

АССОЦИАЦИЯ ДЕТСКИХ ПСИХИАТРОВ И ПСИХОЛОГОВ

**ВОПРОСЫ
ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ
ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

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

2013 (13), № 2

Москва. 2013

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, В.В. Зарецкий, 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, 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
ISSN 2305-9133**

© Ассоциация детских психиатров и психологов. 2013

Перепечатка запрещена. При цитировании ссылка обязательна.

**Выпуск журнала осуществляется при финансовой поддержке
Института Гармоничного Развития и Адаптации («ИГРА»).**

СОДЕРЖАНИЕ

ПЛЕНАРНЫЕ ДОКЛАДЫ **V МЕЖДУНАРОДНОГО КОНГРЕССА** **«МОЛОДОЕ ПОКОЛЕНИЕ XXI ВЕКА:** **АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ** **СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ»** **(24-27 СЕНТЯБРЯ 2013 Г., МОСКВА)**

А.А. Северный, Ю.С. Шевченко ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПРОБЛЕМЫ СИСТЕМЫ ОХРАНЫ ДЕТСКОГО ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ.....	5
Г.В. Козловская, М.А. Калинина, М.В. Иванов, Т.А. Крылатова, Л.Г. Кузьменко, Л.Ф. Кремнева АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.....	11
Л.О. Пережогин СИСТЕМАТИКА И КОРРЕКЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ С БЕЗНАДЗОРНОСТЬЮ И КРИМИНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТЬЮ.....	16
Н.М. Иовчук СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ В ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ.....	30
Шевченко Ю.С., Северный А.А. КОНЦЕПЦИЯ МНОГОУРОВНЕВОЙ ТЕРАПИИ КАК ИДЕОЛОГИЯ МЕЖПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ.....	35
А.П. Чуприков ЛЕЧЕБНОЕ И ОЗДОРОВЛИВАЮЩЕЕ ОБЩЕНИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ЖИВОТНЫМИ.....	40
Л.П. Великанова СТРАТЕГИЯ И ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ ПСИХОГЕННЫХ (НЕВРОТИЧЕСКИХ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ) РАССТРОЙСТВ.....	46
Н.В. Зверева ВОЗРАСТНЫЕ КРИЗИСЫ И ПРОБЛЕМА ПСИХОПАТОЛОГИИ РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.....	51
Н.Л. Белопольская ДИАГНОСТИКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ ДЕТСКОЙ И ПОДРОСТКОВОЙ ЛИЧНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ЖИЗНЕННОГО ПУТИ.....	59
А.М. Щербакова ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИНКЛЮЗИИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ.....	67
Е.О. Смирнова НОВЫЙ СТАНДАРТ ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ С ПОЗИЦИИ ПСИХОЛОГА.....	74
В.С. Собкин, К.Н. Скобельцина, А.И. Иванова СОЦИОЛОГИЯ ДОШКОЛЬНОГО ДЕТСТВА: ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ЖИЗНЕННОЙ СРЕДЫ РЕБЕНКА.....	79

ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ, СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА И СМЕЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ

Н.М. Иовчук

БИПОЛЯРНЫЕ АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА

В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ (окончание)..... 86

Н.В. Зверева, С.Е. Строгова

ПОДХОД К ОЦЕНКЕ КОГНИТИВНОГО ДЕФЕКТА

ПРИ ШИЗОФРЕНИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ..... 94

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

Т.А. Басилова

50 ЛЕТ ДЕТСКОМУ ДОМУ СЛЕПОГЛУХИХ: ТРАДИЦИИ

И СОВРЕМЕННОСТЬ..... 101

Н.Н. Якушенкова, М.Н. Бреева

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ

С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В УСЛОВИЯХ

ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ДОШКОЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ..... 109

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ, ЛЕКЦИИ, МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

И.В. Макаров

СИНДРОМ ФАНТАЗИРОВАНИЯ У ДЕТЕЙ (лекция)..... 118

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ КОНСИЛИУМ..... 125

ОФИЦИАЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, РЕЦЕНЗИИ, ИНФОРМАЦИЯ

МЕМОРАНДУМ V МЕЖДУНАРОДНОГО КОНГРЕССА

«МОЛОДОЕ ПОКОЛЕНИЕ XXI ВЕКА: АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ»..... 138

ЮБИЛЕЙ

ЭДМОНД ГЕОРГИЕВИЧ ЭЙДЕМИЛЛЕР..... 141

НЕКРОЛОГИ

НИНА КОНСТАНТИНОВНА СУХОТИНА..... 142

ВИЛЕНИН ИСАКОВИЧ ГАРБУЗОВ..... 143

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ПЕЧАТНЫХ РАБОТ..... 144

Материалы для публикации в журнале «ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО
ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ» направляются с **адресными рекви-
зитами автора** (для последующей высылки ему экземпляра журнала с публикацией)
- электронной почтой **вложенным файлом в формате Word.rtf** на адрес:
<acpp@inbox.ru> либо acpprf@gmail.com.

ПЛЕНАРНЫЕ ДОКЛАДЫ
V МЕЖДУНАРОДНОГО КОНГРЕССА
«МОЛОДОЕ ПОКОЛЕНИЕ XXI ВЕКА:
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ
СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ»
(24-27 СЕНТЯБРЯ 2013 г., Москва)

А.А. Северный, Ю.С. Шевченко
ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПРОБЛЕМЫ СИСТЕМЫ ОХРАНЫ
ДЕТСКОГО ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

НЦ психического здоровья РАМН, Российская медицинская академия последипломного образования МЗ РФ, Ассоциация детских психиатров и психологов (Москва).

В 1996 г. Ассоциация детских психиатров и психологов совместно с Российским обществом психиатров представила в Госдуму и Минздрав РФ Проект Развития службы психического здоровья детского населения России и Проект Приказа Минздрава, где были четко очерчены основные проблемные сферы службы охраны психического здоровья детей и подростков в России:

- а) она финансируется по остаточному принципу от общей психиатрии;
- б) она отделена от систем образования, социальной защиты и других государственных ведомственных институтов;
- в) она отделена и от общей медицины (педиатрии), лишена такого важнейшего связующего с последней звена, как детская психосоматическая помощь;
- г) отсутствуют профилактические и реабилитационные подходы;
- д) отсутствует психиатрическая служба для детей раннего возраста;
- е) отсутствует такое актуальнейшее направление психиатрической помощи, как детско-подростковая наркология;
- ж) система подготовки кадров не обеспечивает необходимого набора специалистов, их квалификации на современном уровне;
- з) отсутствуют социальные и юридические службы для детей с психическими расстройствами и их семей. Отсутствует законодательная защита прав детей с проблемами психического здоровья;
- и) отсутствует взаимодействие между государственными (ведомственными) и негосударственными организациями, работающими в сфере охраны и коррекции психического здоровья детей;
- к) отсутствует научно-методический центр федерального уровня по психосоциальным проблемам детства.

В упомянутом выше проекте предлагались следующие принципиальные изменения в существующей системе:

- 1) создание самостоятельной службы охраны психического здоровья детей и подростков на уровне региона в виде сети разнопрофильных учреждений, консолидированных в единую систему, финансирование которой исходит из доли детско-подростковой популяции в населении региона;
- 2) кардинальное изменение характера подготовки и повышения квалификации специалистов, работающих в службе охраны психического здоровья детей и подростков;
- 3) создание условий для повышения психопрофилактической компетентности специалистов смежных профессий (педагогических, социальных и др.).

Что же изменилось за прошедшие 17 лет? Хотя совместно с Российским обществом психиатров нами был подготовлен соответствующий проект приказа Минздрава РФ; хотя по нашей инициативе была проведена первая и, кажется, единственная коллегия Минздрава РФ по проблемам детской психиатрической помощи, нам так и не пришлось дожидаться какого-либо содержательного ответа на наши предложения. Уже не первый год находится на стадии решения (но не решен) вопрос о восстановлении специальности «психиатр детский» в перечне медицинских специальностей.

Негативным аргументом против самостоятельности детско-подростковой службы психического здоровья выдвигается опасность научно методического «отрыва» детской психиатрии от общей, что также представляется необоснованным. Родившись в недрах общей психиатрии, детско-подростковая психиатрия продолжает развиваться в ее русле, однако в настоящее время способна обогащать свою *alma mater* как в теоретическом, так и в практическом смысле. Так, вне концепции психического дизонтогенеза и его различных вариантов (акселерация, ретардация, асинхрония, регресс) трудно продвинуться в понимании многих психопатологических феноменов, например кататонии, галлюцинаций и бреда воображения, мизофобии, клептомании, социофобии, истерии, сексуальных перверсий, гемблинга, сектомании и других аддикций, психосоматических расстройств и проч. С другой стороны, существование психических расстройств, начинающихся преимущественно в детском и подростковом возрасте (т. е. первично- и вторично-дизонтогенетических) не является поводом для игнорирования их общепсихиатрической практикой. Так, если «взрослый» психиатр редко сталкивается с такой патологией, как трихотилломания, элективный мутизм, СДВГ, заикание, функциональный энурез и энкопрез, РДА, моторная алалия, специфические расстройства развития, то это не значит, что данные расстройства, возникнув у ребенка, закономерно исчезают по мере его взросления.

Остается все такой же значимой проблема межпрофессионального и межведомственного взаимодействия разнопрофильных специалистов в психопрофилактике, диагностике, коррекции и социально-психологической реабилитации при работе в детско-подростковом населении.

В нашей стране все еще располагается в «зоне ближайшего развития» психиатрия раннего возраста. Такая ситуация представляется парадоксальной, поскольку чем младше возраст ребенка, тем в большей степени любое саногенное воздействие способно оказать благотворное влияние на формирующуюся психику. При этом сохраняется укоренившаяся без каких-либо содержательных оснований практика оказания психиатрами помощи пациентам лишь после трехлетнего возраста.

Не в лучшем положении находится и детско-подростковая психосоматика. Несмотря на широчайшее распространение в детско-подростковой популяции психовегетативных расстройств, затрагивающих самые разные анатомо-физиологические системы организма, несмотря на целый ряд проведенных в отечественной детской психиатрии многосторонних исследований в данной области, до сих пор она остается «белым пятном» как для детских психиатров, так и для педиатров, лишенных каких бы то ни было организационных условий (не говоря уже о специальной подготовке) для эффективного взаимодействия в целях оказания помощи детям с функциональными гипертермиями, функциональными расстройствами сердечного ритма, кожными и многими другими нарушениями, глубоко дизадаптирующими детей, которым, как и их родителям, в подавляющем большинстве случаев остается надеяться лишь на природные компенсаторные и саногенные возможности детского организма.

Особо следует остановиться на службе психического здоровья детей в сельской местности и в малонаселенных городах. Безусловно, село и маленький город невозможно обеспечить детским психиатром. Единственный специалист, способный включиться в службу психического здоровья детей, проживающих в сельской местности, очевидно, школьный педагог-психолог, получивший соответствующую подготовку. К сожалению, перевод сельского образования на «подушевое финансирование» привел к сокращению ставок психологов. И это не так безобидно, как кажется. Можно привести трагический случай, когда в одном селе Республики Карелия старшеклассник повесился в школьном саду. Анализируя ретроспективно его поведение, знавшие подростка отметили особенности его поступков и высказываний, которые внимательный специалист мог бы взять на заметку. И таким специалистом раньше в этой школе был психолог. Возможно, если бы этот специалист продолжал работать в школе, трагедии бы не произошло. Взаимодействие выездных психиатрических бригад (которые функционируют в некоторых регионах) с указанными специалистами могло бы существенно улучшить положение с детским психическим здоровьем на селе.

Важной проблемой детско-подростковой психиатрии является диагностическая область, в частности, дефицит современных патопсихологических методов обследования и диагностики, дефектная практика их применения. Батарея диагностических процедур детских патопсихологов нуждается в расширении как за счет адаптации известных «взрослых», так и за счет разработки специальных «детско-подростковых» качественных и количественных методик. Создается впечатление, что в настоящее время обученные детские психологи не знакомы с понятиями целостного психологического (патопсихологического) диагноза и не способны адекватно взаимодействовать с психиатрами. Отсюда все более явной становится тенденция многих детских психологов вообще отказаться от патопсихологической диагностики (или предельно минимизировать ее) и полностью посвятить себя психокоррекции (более престижной и выгодной, но вряд ли эффективной без полноценного диагностического этапа).

То же следует сказать и о нейропсихологии. Актуальность энцефалопатических и диснейроонтогенетических механизмов психических расстройств в детском возрасте, с одной стороны, и высокая пластичность детского мозга, с другой, делают данное направление все более перспективным. Но нельзя не отметить и опасность абсолютизации нейропсихологического подхода, присущей многим его энтузиастам, полагающим, что они могут корректировать практически любое расстройство развития и поведения, «обособившись» от психиатрии.

Для отечественной психиатрии абсолютным «белым пятном» остается этологический подход в диагностике и терапии, при том что метод наблюдения (для этологов наблюдение и сравнение являются основными способами изучения поведения) остается ведущим, а порой и единственным источником психопатологической информации, особенно у психически больных детей. Овладение данным методом дает исследователю возможность качественной и количественной оценки таких характеристик, как тревожность, агрессивность, виктимность, перверсность и пр., которые зачастую не поддаются вербализации и не контролируются сознанием ребенка. Точность этологического анализа, который при наличии современной видеотехники доступен перепроверке и сравнению в динамике, на несколько порядков выше известных опросников и стандартизированных интервью. Перспектива данной методологии - эволютивно-биологические методы психотерапии и психокоррекции на основе понимания инстинктивных механизмов нормального и патологического поведения.

Психическое состояние ребенка определяется взаимодействием биологических, психологических, педагогических и социальных факторов. Четко разделить лечебно-психотерапевтические, коррекционные психологические, педагогические и социализирующие воздействия можно лишь с большой степенью условности. В то же время большинство отечественных детских психиатров не владеет методами семейной, групповой и индивидуальной психотерапии. В России «детский психиатр», не существуя как самостоятельный специалист, фигурирует хотя бы на уровне должности. Что касается «детского психотерапевта», то таковой вообще отсутствует в официальной номенклатуре должностей. Вследствие этого место детских психотерапевтов в различных центрах социально-психологической помощи детям и подросткам заняли психологи, педагоги, музыкальные работники и проч. Однако, что и как делают эти специалисты с детьми, страдающими отклонениями в психическом здоровье, не подлежит никакому контролю со стороны профессионалов в области детской психопатологии. С сожалением приходится отметить, что если в последние 10 лет в центрах психолого-педагогической реабилитации и коррекции внедрялись формы междисциплинарного взаимодействия, то в последний год в связи с укрупнением и реорганизацией в них ликвидированы ставки медицинских работников, что разрушает складывавшуюся систему комплексной реабилитации и коррекции.

Внедряемое в настоящее время инклюзивное образование оказалось не всегда доступным для детей с психической патологией, поскольку требует обязательной инвалидности, но родители таких детей зачастую не соглашаются на ее оформление. Таким образом, дети с психическими нарушениями остаются за пределами классно-урочной формы обучения.

Крайне проблемна ситуация со специалистами по детской медицинской психологии, без которой невозможна никакая первичная психопрофилактика у детей и подростков, равно как и практическая психосоматическая помощь в педиатрии да и психотерапевтическая помощь ребенку и семье. Есть опасность, что давно зависший вопрос по поводу введения медицинских (клинических) психологов в реестр медицинских специальностей решится без учета интересов педопсихиатрической службы. Введение детских медицинских психологов (возможно, подготовленных в том числе из детских, школьных психологов и/или дефектологов), облегчило бы взаимодействие детских психиатров с педиатрами и неврологами. Вызывает все более обоснованные опасения, что со стороны последних отмечается неоправданная экспансия в область детской психиатрии. Приветствуя всякое сотрудничество, следует все же разделять полномочия и ответственность в решении вопросов пусть смежных, но все же относящихся (по МКБ-10) к психическим расстройствам. Во всяком случае, принявшее уже повсеместное распространение назначение детям всего спектра психотропных препаратов неврологами, а в последнее время и другими специалистами-педиатрами, не имеющими ни соответствующего образования, ни соответствующего профессионального опыта (не говоря уже о соответствующих сертификатах), свидетельствует об уродливом преломлении «рыночной» психологии в борьбе за пациентов.

При этом сами детские психиатры крайне стеснены в лечебных возможностях, поскольку сверхактуальной проблемой в детской психиатрии остается онтогенетически ориентированная психофармакология, обеспечение современными, малотоксичными и строго дифференцированными по своему действию психофармакологическими препаратами. Достаточно вспомнить, что разрешение на использование rispoleпта, сероквеля и ряда других нейролептиков и антидепрессантов нового поколения пришлось ждать десятки лет.

Что же касается подготовки специалистов в области детской психиатрии, то за прошедшие 17 лет ситуация ухудшилась настолько, что под угрозой оказывается вся система охраны психического здоровья подрастающего поколения. Почти ежедневно приходится сталкиваться с грубыми ошибками диагностики и лечения, назначенного районными детскими психиатрами. Иногда складывается впечатление, что изобретен новый универсальный способ терапии при всех психических нарушениях – сочетание ноотропов, аминокислот, витаминов, биодобавок. Районные психиатры избегают ответственности в установлении диагноза, отправляя для этого ребенка в стационар. Удивляет также требование врачей стационаризовать ребенка для оформления инвалидности, даже если диагноз «виден от двери», при том что инвалидность может быть оформлена не только в стационаре, но и амбулаторно и даже по медицинской документации.

Фактически ликвидирована интернатура и на грани исчезновения ординатура по детско-подростковой психиатрии. Существование единой специальности «психиатрия» дает право кафедрам психиатрии на местах готовить врачей как для взрослой, так и для детской службы. Однако для качественного обучения детской психиатрии большинство «взрослых» кафедр, очевидно, не располагает достаточным количеством соответствующих преподавателей. Кроме того, необходима и клиническая база, включающая дифференцированные по возрасту, полу и психическому состоянию отделения, разветвленную диспансерную сеть, педагогические учреждения для общего и коррекционного обучения. Такая база существует лишь в единичных городах-миллионниках. В то же время борьба за курсанта, которой вынуждены заниматься региональные факультеты повышения квалификации, приводит к тому, что многие детские психиатры и буквально все общие психиатры, совмещающие на местах должности детских специалистов, проходят первичную специализацию и регулярное усовершенствование исключительно на местных кафедрах общей психиатрии. Многие из них ни разу в жизни не обучались на профильных «детских» кафедрах Москвы, Санкт-Петербурга или Челябинска. Соответствующая кафедра в Челябинске ликвидирована. Невозможность проводить на циклах тематического усовершенствования сертификационные экзамены не позволяет кафедрам углубленно повышать знания врачей в узких вопросах специальности. Перспективы министерских инноваций в области последиplomного образования не сулят ничего, кроме дальнейшего забюрокративания живого и творческого педагогического процесса. Отсутствие «детских психотерапевтов», «детских наркологов», «детских медицинских психологов» не только в номенклатуре специальностей, но и в официальном перечне должностей обуславливает ситуацию, при которой их подготовкой официально вообще никто не занимается.

Все перечисленные «болевые точки» организации системы охраны психического здоровья детей и подростков в России становятся тем более болезненными в последние 2 десятилетия, когда происходит отчетливое нарастание психиатрической заболеваемости в детско-подростковом населении, причем этот рост связан, в первую очередь, с психической патологией амбулаторного, пограничного уровня, включающего в том числе, помимо задержек психического развития и легкой умственной отсталости, различные проявления аддикции, соматоформные расстройства, расстройства поведения, социализации. Не нужно доказывать, что именно такого рода патология требует для своей коррекции тесного взаимодействия психиатрии с общей педиатрией, педагогикой, психологией, социальной педагогикой, юридическими службами

При этом следует отметить, что, исходя из актуальных потребностей охраны психического здоровья детей, в регионах происходит процесс развития детских

психиатрических служб в русле предлагавшихся нами изменений. Должности главных внештатных детских психиатров, которые после ликвидации специальности «детский психиатр» в некоторых регионах были отменены, в настоящее время восстановлены. Что наиболее интересно и отрадно, в некоторых регионах уже созданы как самостоятельные структуры детско-подростковые психиатрические службы с тем или иным набором учреждений. Причем, как оказалось, для этого достаточно адекватной оценки ситуации и политической воли на местах, и совсем не являются необходимыми условиями богатство региона, многочисленность и высокая плотность населения, недостаток чего выдвигается как неоспоримая негативная аргументация противниками подобного развития детской психиатрической службы.

Объективный анализ существующей ситуации в организации психиатрической помощи детям в России позволяет сформулировать ряд задач, требующих неотложного решения совместными усилиями заинтересованных государственных и общественных структур.

1. Добиться внесения изменений и дополнений в Закон о психиатрической помощи..., призванных максимально облегчить условия взаимодействия семьи и службы психического здоровья детей и подростков, снять все существующие социально-психологические барьеры в населении, препятствующие своевременному обращению семьи за помощью к детскому психиатру, создать возможности для психопрофилактической работы в детских учреждениях.

2. Решить вопрос восстановления специальности «психиатр детский».

3. Поддержать и развить региональные инициативы по созданию самостоятельных служб психического здоровья детей и подростков, разработав, в том числе, научно-методические и нормативные основы деятельности таких служб.

4. Обеспечить возможность упрощенной процедуры апробации психотропных средств, положительно зарекомендовавших себя во взрослой практике.

5. Создать научно-методические и организационные предпосылки для развития двух важнейших направлений - микропсихиатрии и психосоматики. При этом самым актуальным в данном вопросе следует признать проблему подготовки специалистов. Здесь возможны два пути, не исключающие друг друга. Первый – первичное формирование уникального специалиста – микропсихиатра (психосоматолога), владеющего знаниями, умениями и навыками детского психиатра и одновременно достаточно ориентированного в неврологии, детской и семейной (в том числе перинатальной) психологии (владеющего, кстати, и этологическим методом), семейной терапии. Второй путь – создание полипрофессиональных бригад из узких специалистов (детского психиатра, детского невролога, детского психолога, психотерапевта) для работы в специализированных кабинетах для детей раннего возраста и психосоматических центрах на базе многопрофильных педиатрических стационаров.

6. Создать условия для подготовки узкопрофильных специалистов службы психического здоровья детей и подростков, в том числе по психиатрии раннего возраста («микропсихиатров»), детско-подростковой психосоматике, психотерапии, наркологии (аддиктологов), медицинской психологии, и др.

7. Необходимо поставить перед МЗ РФ вопрос об осуществлении строгого контроля за продолжением подготовки детских психиатров в достаточном объеме по действующим официальным схемам (четырёхмесячная первичная специализация на специализированной кафедре, годичная интернатура, двухгодичная клиническая ординатура). При этом указать, что оптимальной моделью первичной подготовки данного специалиста является: годичная интернатура по общей психиат-

рии (которая может быть обеспечена региональными кафедрами психиатрии), затем – двухгодичная ординатура по детско-подростковой психиатрии и психотерапии на соответствующих кафедрах академий последиplomного образования. Последующая более узкая специализация может осуществляться как на «детских», так и на общих кафедрах усовершенствования (психиатрии, психотерапии, наркологии), на семинарах и рабочих местах в клинических институтах.

8. Рекомендовать главному специалисту МЗ РФ подготовить соответствующий документ, обязывающий главных специалистов регионов в обязательном порядке направлять общих специалистов, совмещающих должности детских психиатров, на очередные циклы повышения квалификации на указанные выше кафедры. При этом удостоверение об обучении на данных кафедрах (выдающих сертификаты по единой специальности - «психиатрия») должно не мешать, а способствовать их профессиональному росту по основной специальности.

9. Для сохранения профессиональной связи детских и общих психиатров с одной стороны, и улучшения их взаимодействия с представителями немедицинских специальностей, работающих в сфере охраны психического здоровья детей и подростков, с другой, РОП и другим профессиональным организациям следует соответствующим образом планировать мультидисциплинарные научно-практические форумы.

Очевидно, что для решения этих сложных проблем требуется концептуально целостный, не скованный узковедомственными интересами, опирающийся на национальные особенности и мировой опыт научно-методический подход, для реализации которого необходима специальная структура федерального уровня. Такого рода структурой должен стать ФЕДЕРАЛЬНЫЙ НАУЧНЫЙ И ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ ДЕТСТВА, подобных которому в отечественной науке и практике не существует. МИССИЯ ЦЕНТРА может быть определена как реализация системного подхода в создании организационно-методических предпосылок для вовлечения всего российского общества в решение проблем защиты прав, социального и душевного здоровья ребенка и семьи, в создание условий для их позитивной социализации.

**Г.В. Козловская, М.А. Калинина, М.В. Иванов, Т.А. Крылатова,
Л.Г. Кузьменко, Л.Ф. Кремнева**

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

**НЦ психического здоровья РАМН, Российский университет дружбы на-
родов (Москва).**

***Резюме.** В статье отмечается высокая распространенность психической болезненности в раннем детстве и рост психических расстройств в детском возрасте в целом, который опережает аналогичное увеличение у взрослых. В то же время вопросам детского психического здоровья уделяется необоснованно мало внимания, не восстановлен статус специальности «детский психиатр», сокращено количество специализированных коек и др. Приводятся данные о росте тяжелых психических расстройств с началом в раннем и дошкольном возрасте.*

***Ключевые слова:** психическое здоровье, детская психиатрия, микропсихиатрия, аутизм, эндогенные психозы.*

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) на настоящий момент заболеваемость психическими расстройствами в мире составляет 13%, в Европейском регионе – 19% (в т. ч. шизофренией – около 1,06 %). Причем по поводу заболеваемости в раннем возрасте сведения отмечены как отсутствующие.

Известно, что истоки большинства психических заболеваний лежат в детстве, причем преимущественно в первых годах жизни ребенка, когда закладывается основа его личности и здоровья в целом. В то же время вопросам психического здоровья детей уделяется необоснованно мало внимания. До сих пор (с 1995 г.) не восстановлен статус специальности «детский психиатр», значительно сокращено количество специализированных коек и не развернуто взамен в должном объеме амбулаторных служб [3, 23]. В Москве, в существовавших с 1995 года психолого-медико-педагогических центрах, курировавших детей начиная с раннего детства (с психологическими проблемами, пограничными психическими расстройствами) и имевших в составе сотрудников врачей - психотерапевтов, неврологов, физиотерапевтов и др., ликвидированы врачебные ставки. Этот факт поставил часть детского населения, нуждающуюся в комплексной медико-психологической помощи в трудное положение из-за существующего повышенного негативного отношения к психиатрии, с одной стороны, и недостаточности психоневрологической помощи в педиатрических поликлиниках, с другой.

Особенно мало внимания уделяется психическому здоровью детей раннего возраста. Известно, что в официальной медицине психиатр курирует детей только старше 3 лет. Несмотря на неоднократные докладные в Министерство здравоохранения РФ со стороны администрации ведущих учреждений по психическому здоровью, детских психиатров и психиатрических ассоциаций с ходатайством разрешить психиатрическое наблюдение детей раннего возраста разрешения на эту работу не получено. В то же время, с осени этого года введена плановая психиатрическая диспансеризация детей, начиная с первого года жизни. К сожалению, положительный в целом данный факт не подкреплен предложениями по обеспечению специалистами, компетентными в области ранней психопатологии [23].

С 1983 г. в ФГБУ «НЦПЗ» РАМН по инициативе академиков АМН СССР А.В. Снежневского и М.Е. Вартаняна организовано научно-практическое подразделение по изучению психической патологии раннего детского возраста, которое в отечественной терминологии получило название – микропсихиатрия. Микропсихиатрия (психиатрия раннего возраста) является новой областью возрастной психиатрии, которая опирается на содружество различных областей медицины, психологии, социологии, этологии, педагогики и др. Автором термина является профессор А.К. Ануфриев, в основе микропсихиатрии лежит концепция о рудиментарности «микроскопичности» психопатологических проявлений в раннем возрасте. Микропсихиатрия занимается диагностикой начальных проявлений психопатологии, поиском факторов как риска, так и антириска психических нарушений, разработкой новых и адаптацией известных форм лечения, а также новых форм психопрофилактики (в т. ч. первичной) и психиатрической помощи для детей раннего возраста, повышением эффективности процесса охраны психического здоровья детского населения с нательного периода.

Психические нарушения раннего детства квалифицируются в основном на уровне симптомов и синдромов, но и в соответствии с МКБ и DSM. Определяется и уровень расстройств – невротический, церебрально-органический, психотический, первазивные нарушения. В рамках выделенных уровней патологии уже с младенческого периода удастся распознать и дифференциально оценить такие психические отклонения, как депрессии, гипомании, страхи, тревога, панические реакции, двига-

тельные стереотипии, разнообразные нарушения поведения, психозы и др.

Был выделен и ряд психопатологических синдромов, характерных для раннего возраста и ранее не описанных – младенческая депрессия [2, 4], шизотипический диатез [1, 10], депривационные нарушения (среди таковых – синдром сиротства [19, 20], синдромы физического [16] и сексуального насилия [17, 21]), атипичные первазивные расстройства, такие как атипичный аутизм [13, 19], и др. Так же проводится изучение психологических маркеров при шизофренических расстройствах [5-7] и выявление особенностей в нервно-психической сфере при соматических заболеваниях [8, 15, 18]. Отдельного внимания заслуживают изучение роли течения беременности в формировании нарушений психобиологической системы «мать-дитя» и психопатология раннего детского возраста [14, 22]. Таким образом, очевидно, что психиатрия раннего возраста, или микропсихиатрия, имеет право быть в общем списке возрастной психиатрии и может быть представлена достаточно дифференцированной психопатологией.

Организация психиатрической помощи начиная с периода раннего детства, кроме всего прочего, имеет определенный экономический эффект, поскольку раннее начало лечебно-профилактической помощи предупреждает развитие более тяжелых форм психической патологии в старших возрастах, в т. ч. детской инвалидности [11, 14].

Следует отметить, что по результатам проведенного эпидемиологического скрининга популяции детей раннего возраста выявлена высокая распространенность психической болезненности в населении, по количеству не уступающая распространенности психопатологии в населении старших возрастов и достигающая 15%-17%. Это касается не только пограничных психических нарушений, но и тяжелых форм психопатологии [9, 10, 24].

За последние 5 лет отмечается небывалый рост тяжелых психических расстройств (эндогенных психозов из группы аутизма) с началом в раннем и дошкольном возрасте. Вместо 4-5 случаев аутизма на 10 тыс. детского населения в 40-х годах XX столетия в настоящее время их число возросло до 30-40 случаев на 10 тыс. детского населения [25, 28, 30]. «Эпидемией аутизма» названо это явление в американской научно-практической медицинской и психологической литературе [28, 31].

Распознавание ранних психозов (в данном случае раннего аутизма) затруднено. Чаще всего состояние ребенка определяется как обычная задержка развития, педагогическая запущенность или даже как невоспитанность, «избалованность», а родителям внушается необоснованный оптимизм на возможную положительную возрастную динамику. Из этого следует, что и диагностика, и лечение своевременно проводиться не будут. Со временем психическое состояние ребенка резко ухудшается и к возрасту 4-5 лет достигает уровня детской инвалидности.

В то же время все больше накапливается фактов, что ранний детский аутизм – заболевание, связанное с аутоиммунными процессами, которые по тем или иным причинам из физиологических, поддерживающих иммунную защиту организма от вредных воздействий среды (в том числе инфекционных болезней) превращаются в аутоагрессивные, разрушающие здоровье в целом, но особенно действуя на нервную систему и психику [12, 28, 31]. Немаловажную патогенную роль в этом процессе играет массированная вакцинация детей [26-28]. Начиная с 1-го года жизни ребенку прививается более 10 инфекционных болезней. Не вызывает сомнения тот факт, что вакцинирование в любом виде влияет на жизнестойкость иммунной системы и вызывает, в ряде случаев обратный желаемому результат – не укрепляет здоровье ребенка, а наоборот ослабляет его [8, 12, 29].

Как показывает наша медицинская практика, рост количества аутизма, этого

удручающе тяжелого заболевания детей, очевиден. Начало его совпадает с последней поливалентной прививкой в 1,5 года, через месяц спустя или ранее. Болезнь начинается либо исподволь, либо резким обрушением – регрессом всей психической деятельности до этого вполне относительно сохранного и практически здорового в психическом отношении ребенка. Он утрачивает прежде имевшиеся навыки речи, опрятности, навыки общения, аутизируется и т. д. Попытки лечить его известными в психиатрии методами малоэффективны. По-видимому, мы имеем дело с новой формой эндогенного психического процесса, требующего своего серьезного изучения, в котором наблюдаются симптомы как энцефалита (воспаления) структур головного мозга, так и аутоиммунного эндогенного заболевания. Этим, по-видимому, объясняется сочетание в картине болезни как признаков органической деменции, так и шизофреноподобной симптоматики в форме аутизма [12, 29, 31].

Следует отметить, что особенно уязвимыми в появлении тяжелых последствий проводимой вакцинации являются дети с легкими шизотипальными генетическими стигмами, которые при щадящем режиме воспитания, в том числе и медицинской интервенции, могут оставаться практически здоровыми и составлять резерв интеллектуально высокого, а в ряде случаев и творческого потенциала общества.

Все вышесказанное свидетельствует о необходимости совершенствования специализированной психиатрической помощи в целом и, особенно, детской психиатрической службы. Одним из положительных событий последнего времени является создание Совета по защите семьи и традиционных семейных ценностей при Уполномоченном по правам ребенка при Президенте РФ. Важно и то, что в указанном Совете организована комиссия по вопросам демографического развития и здоровья семьи с несовершеннолетними детьми, члены комиссии – сотрудники отдела психопатологии раннего детского возраста НЦПЗ РАМН. Работа данной комиссии будет направлена на решение задач по оказанию консультативной и методической помощи, по формированию стратегий реабилитации детей-сирот и охране детского психического здоровья в целом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ануфриев А.К., Козловская Г.В. Изучение шизотипического дизонтогенеза у детей раннего возраста группы высокого риска по эндогенным психозам // XI съезд невропатологов, психиатров и нейрохирургов Латвийской ССР. – Рига. Т.1., 1985. - С. 224-227.
2. Волкова О.М., Козловская Г.В., Проселкова М.О. Тревожно-фобические расстройства в раннем детском возрасте // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2012. Т. 112. № 1. - С. 31-34.
3. Волошин В.М., Казанцев Б.А., Шевченко Ю.С., Северный А.А. Состояние и перспективы развития детской психиатрической службы в России // Социальная и клиническая психиатрия. - 2002. Т. 12, вып. 2. - С. 5-9.
4. Голубева Н.И., Козловская Г.В. Депрессии и принципы лечения в младенческом и раннем возрасте // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2012. № 1. - С. 17-22.
5. Иванов М.В. Пространственные представления при нормативном и нарушенном развитии // Известия Пензенского государственного педагогического университета им. В.Г. Белинского. - 2012. № 28. - С. 1245-1248.
6. Иванов М.В. Пространственные представления у детей и юношей с расстройствами шизофренического спектра: Автореферат дис. ... канд. психол. наук. - СПб., 2013. - 24 с.
7. Иванов М.В. Становление пространственных представлений у детей 4-7 лет с нормативным и дизонтогенетическим развитием по типу шизотипического дизонтогенеза // Украинский научно-медицинский молодежный журнал. - 2011.

№ S3. - С. 29-30.

8. Игнатъева О.Н., Кузьменко Л.Г., Козловская Г.В. Особенности развития нервно-психической сферы у детей раннего возраста с тимомегалией // Медицинские науки. - 2007. № 3. - С. 47-51.

9. Козловская Г.В. Актуальные проблемы микропсихиатрии // Психиатрия. - 2007. № 5(29). - С. 14-18.

10. Козловская Г.В. Психические нарушения у детей раннего возраста (клиника, эпидемиология и вопросы абилитации): Автореферат дис. ... докт. мед. наук. - М., 1995. - 48 с.

11. Козловская Г.В., Баженова О.В. Микропсихиатрия и возможности коррекции психических расстройств в младенчестве // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 1995. № 5. - С. 48-51.

12. Козловская Г.В., Калинина М.А., Котляров В.Л., Кузьменко Л.Г. Аутистические нарушения поствакцинального периода у детей раннего и дошкольного возраста // Современная терапия в психиатрии и неврологии. - 2012. № 2. - С. 27-29.

13. Козловская Г.В., Проселкова М.О. Парааутизм – психогенная форма аутизма // Развитие личности. - 2004. № 3. – С. 73-82.

14. Кремнева Л.Ф. Система «мать-дитя» и психопатология раннего детского возраста // Психиатрия. - 2007. № 5. - С. 43-46.

15. Кузьменко Л.Г., Козловская Г.В., Игнатъева О.Н. Особенности развития нервно-психической сферы у детей раннего возраста с тимомегалией // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. - 2007. Т. 86. № 1. - С. 57-62.

16. Марголина И.А., Козловская Г.В., Проселкова М.Е. Психические расстройства у детей, подвергшихся хроническому внутрисемейному насилию // Психиатрия. - 2003. № 5(5). - С. 17-20.

17. Платонова Н.В., Козловская Г.В., Белопольская Н.Л. Психические нарушения у детей раннего возраста, подвергшихся сексуальному насилию // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2013.

18. Полякова Е.О. Психосоматические расстройства у детей раннего возраста: современное состояние проблемы // Психическое здоровье. - 2009. № 10. - С. 84-88.

19. Проселкова М.О. Особенности психического здоровья детей-сирот (возрастной и динамический аспект): Автореферат дис. ... канд. мед. наук. – М., 1996. – 24 с.

20. Проселкова М.О., Башина В.М., Козловская Г.В. Особенности психического развития детей раннего возраста из условий сиротства // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 1995. Т. 95. № 5. - С. 52-56.

21. Проселкова М.О., Козловская Г.В., Платонова Н.В. Психические расстройства у детей после сексуального насилия // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2006. Т. 106. № 12. - С. 20-23.

22. Римашевская Н.В., Кремнева Л.Ф. Психическое развитие детей раннего возраста при нарушениях материнского поведения // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2003. Т. 103. № 2. - С. 19-24.

23. Северный А.А., Шевченко Ю.С., Иовчук Н.М. Актуальные проблемы организации психиатрической помощи детям в России // XI Мнухинские чтения «Актуальные проблемы психиатрии, психотерапии, клинической психологии семьи и детства: организация, диагностика, лечение, реабилитация, подготовка, специалистов и работа в мультидисциплинарной команде». Международная научная конференция, посвященная памяти профессора С.С. Мнухина. - СПб., 2013. - С. 368-375.

24. Шмаонова Л.М., Либерман Ю.И., Вроно М.Ш. Опыт эпидемиологического изучения детской шизофрении // Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова. - 1980. Т. 80, № 10. - С. 1514-1520.

25. Horning M., Lipkin W.I. Infections and immune factors in the onthogenesis of neurodevelopmental disorders: Epidemiology, hypotheses and animal models // MRDD Research Reviews. - 2001. 7. - P. 200-210.

26. O'Dell L., Bronlow C. Media reports of links between MMR and autism: a discourse analysis // British Journal of Learning Disabilities. - 2005. 33. 4. - P. 194-199.

27. Pleasure D., Soulika A., Singh S. K., Gallo V., Bannerman P. Inflammation in white matter: Clinical and pathophysiological aspects // MRDD Research Reviews. - 2006. 12. 2. - P. 141-147.

28. Rutter M. Incidence of autism spectrum disorders: Changes over time and their meaning // Acta Paediatric. - 2007. 94. 1. - P.2-15.

29. Shoenfeld Y., Aron-Maor A. Vaccinatio and autoimmunity- Vaccinosis: A dangerous liaison? // Journal of Autoimmunity. - 2000. 14. - P. 1-10.

30. Taylor B. Vaccoines and the changing epidemiology of autism // Child: care, health and development. - 2006. 32. 5. - P. 511-519.

31. Wing L., Potter D. The epidemiology of autistic spectrum disorders: is the prevalence rising? // MRDD Research Reviews. - 2002. 8. 3. - P. 151-161.

Kozlovskaya G.V., Kalinina M.A., Ivanov M.V., Krylatova T.A., Kuz'menko L.G., Kremneva L.F.

TOPICAL ISSUES ON EARLY CHILDHOOD MENTAL HEALTH

Summary. *Topical issues on early childhood mental health are considered in the article. There is a high prevalence of psychiatric morbidity in early childhood and increase in mental disorders among children in general, which is ahead of a similar increase among adults. At the same time, unjustifiably on children's mental health little attention is being paid, specialty "children's psychiatrist" is not reestablished, the number of specialized beds is reduced etc. The data on the frowth of severe mental disorders (endogenous psychoses of the autism group) beginning in early and pre-school age.*

Key words: *mental health, children psychiatry, micropsychiatry, autism, endogenous psychoses.*

Л.О. Пережогин

СИСТЕМАТИКА И КОРРЕКЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ С БЕЗНАДЗОРНОСТЬЮ И КРИМИНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТЬЮ

ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского МЗ РФ (Москва).

Резюме: *в работе приводятся данные о распространенности и характере психических расстройств среди несовершеннолетних правонарушителей, беспризорных и безнадзорных, о механизмах формирования асоциального поведения данных категорий несовершеннолетних, что играет главную роль в разработке комплексных программ реабилитации для несовершеннолетних правонарушителей, беспризорных и безнадзорных, ориентированных на профилактику асоциального поведения и коррекцию психических расстройств, социальную реадaptацию и формирование устойчивых паттернов просоциального реагирования. Предложена модель взаимодействия специалистов и учреждений в рамках профилактики и реабилитационной социально-психиатрической помощи несовершеннолетним.*

Ключевые слова: *дети, подростки, беспризорные, безнадзорные, криминальное поведение, психические расстройства, психотерапия, реабилитация*

С 1990 по 2000 г.г. статистика МВД РФ регистрировала рост числа преступлений, совершенных несовершеннолетними. В дальнейшем их число пошло на спад, однако параллельно изменился характер деликтов: стало расти количество тяжких правонарушений, возраст правонарушителей при этом также неуклонно снижался. В это же время шло сокращение числа детских психиатров и увеличивались показатели заболеваемости и болезненности психическими расстройствами в детской и подростковой популяциях.

Наше исследование выполнялось в Государственном научном центре социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского. Клинический материал набирался в Центре временной изоляции несовершеннолетних правонарушителей (ЦВИНП) ГУВД г. Москвы и созданном на его базе социальном приюте, специализированной школе закрытого типа для несовершеннолетних с девиантным поведением г. Анны Воронежской области, социальном приюте «Красносельский» УО ЦАО г. Москвы, центре психолого-педагогической реабилитации и коррекции «Крестьянская застава» ЮВАО г. Москвы. В ходе исследования мы опирались на два основных принципа диагностики и оценки психических расстройств детского возраста: онтогенетический (эволюционно-динамический) и биопсихосоциальный, что позволило рассматривать закономерности психического развития через призму медико-биологических и социально-психологических факторов.

Изложенные в работе данные получены в ходе статистической обработки (выполнялась в соответствии с ГОСТ 11.004-74 и ГОСТ 11.006-74) индивидуальных данных (1) несовершеннолетних правонарушителей в возрасте 12-14 лет, из которых 97 – воспитанники ЦВИНП ГУВД г. Москвы и созданного на его базе социального приюта, 53 – воспитанники специализированной школы для несовершеннолетних с девиантным поведением г. Анны Воронежской области; все несовершеннолетние совершали деяния, соответствующие составам преступлений Особенной части УК РФ, но не были привлечены к уголовной ответственности в связи с недостижением возраста уголовной ответственности; все 150 случаев представляют собой личные наблюдения; **далее по тексту – группа НП** (несовершеннолетние правонарушители); (2) несовершеннолетних беспризорных и безнадзорных в возрасте 12-14 лет, воспитанников социального приюта «Красносельский» УО ЦАО г. Москвы, не совершавших правонарушений, соответствующих составам преступлений Особенной части УК РФ; все 115 случаев представляют собой личные наблюдения; **далее по тексту – группа ББ** (беспризорные, безнадзорные); (3) контрольной группы из 116 московских школьников в возрасте 12-14 лет, не совершавших правонарушений, соответствующих составам преступлений Особенной части УК РФ; все 116 случаев представляют собой личные наблюдения; **далее по тексту – группа К** (контрольная); (4) группы несовершеннолетних, прошедших через реабилитационные психотерапевтические и психокоррекционные программы: из них 77 - несовершеннолетние правонарушители, 49 – воспитанники социального приюта; все несовершеннолетние обследовались дважды (до и после реабилитационной программы); все 126 случаев представляют собой личные наблюдения; **далее по тексту группа РК** (реабилитационно-катамнестическая), ее подгруппы – **РКНП** и **РКББ** соответственно. Продолжительность реабилитационных мероприятий составила 1 год.

В группу НП и ББ не включались подростки, обнаруживающие при поступлении в учреждения признаки психотической психопатологической симптоматики, симптомы острых инфекционных заболеваний и иных urgentных соматических патологических состояний.

В ходе исследования использовались данные следующих методов: **клинико-**

психопатологического; оценка клинического состояния и дифференциальная диагностика психических расстройств проводилась на основании диагностических критериев МКБ-10 (адаптированный вариант для использования в РФ, 1998); для систематики выявленных феноменов использовалась в соответствии со стандартами ВОЗ многоосевая классификация психических расстройств у детей, базирующаяся на МКБ-10 в качестве клинической классификации психических расстройств; **экспериментально-психологического;** **клинико-катамнестического;** **статистического.**

На первом этапе исследования осуществлялось изучение структуры психических расстройств и расстройств поведения, сопутствующих им аномальных психосоциальных ситуаций и других форм патологии, выделения конституционно-биологических факторов и социальных условий, влияющих на их формирование и развитие у НП и ББ подростков. **На втором этапе** проводилось исследование характера психической дизадаптации, выделения ее типов, поиска протективных и стимулирующих развитие асоциального поведения факторов, выявления факторов – мишеней для комплексной терапевтической и коррекционной реабилитационной работы. **На третьем этапе** происходило апробирование в РК группах реабилитационных терапевтических и коррекционных программ, оценки их эффективности с использованием интегративных показателей психического функционирования. **В итоге** была предпринята попытка разработки и внедрения региональной модели комплексной медико-психолого-педагогической профилактической и реабилитационной помощи НП и ББ подросткам и подросткам группы риска.

На первом этапе получены следующие данные: средний возраст в группе НП составил 13,4 года, в группе ББ – 13,6 лет. В группе НП из 150 наблюдений психические расстройства были диагностированы у 113 человек (37 несовершеннолетних правонарушителей психически здоровы, 24,7%). Из 113 наблюдений у 16 (10,7%) диагностирована умственная отсталость (кодируется по оси 3), у 16 – специфические расстройства психического развития (10,7%) (кодируются по оси 2). По оси 1, таким образом, диагностированы психические расстройства у 81 человека (54,0%).

В группе ББ из 115 наблюдений психические расстройства были диагностированы у 106 человек (9 несовершеннолетних психически здоровы - 7,8%). Умственная отсталость диагностирована у 23 человек (20,0%) (показатель достоверно выше группы НП, $t \geq 2$, $p \leq 0,05$), специфические расстройства психического развития диагностированы у 18 человек (15,7%). Таким образом, по оси 1 психические расстройства у 65 человек (56,5%).

Среди психических расстройств, кодирующихся по оси 1, преобладали расстройства поведения (F91), включая несоциализированное, оппозиционно-вызывающее поведение (32 - 39,5% в группе НП и 18 - 27,7% в группе ББ, различия статистически достоверны, $t \geq 2$, $p \leq 0,05$), расстройства личности и поведения органической природы (F07.x) (24 - 29,6% в группе НП и 22 - 33,8% в группе ББ), невротические расстройства, включая расстройства адаптации (F43.x) (9 - 11,1% в группе НП и 10 - 15,4% в группе ББ).

Психическим расстройствам сопутствовал широкий спектр аномальных психосоциальных ситуаций (ось 5), в том числе: аномальные отношения в семье (74 - 49,3% в группе НП и 86 - 74,8% в группе ББ, различия статистически достоверны, $t \geq 2$, $p \leq 0,05$), психические расстройства у родственников (не учитывался F10.x) (31 - 20,7% в группе НП и 42 - 36,5% в группе ББ), аномальные формы и стили воспитания (114 - 76,0% в группе НП и 107 - 93,1% в группе ББ), хронический стресс по

месту учебы (112 - 74,7% в группе НП и 93 - 80,9% в группе ББ).

Также отмечались частые сопутствующие соматические заболевания (ось 4). У групп НП, ББ они встречались в половине случаев – у 86 (57,3%) подростков группы НП и у 53 (46,1%) в группе ББ; в контрольной группе соматическая патология была выявлена у 41 (35,3%) подростка. Особенно часто диагностировались задержки физиологического развития (R62) (18 - 12,0% в группе НП и 22 - 19,1% в группе ББ, различия статистически достоверны, $t \geq 2$, $p \leq 0,05$), употребление органических растворителей (T52) (27 - 18,0% в группе НП и 19 - 16,5% в группе ББ), снижение зрения (H54) (33 - 22,0% в группе НП и 17 - 14,8% в группе ББ), судорожные синдромы (R56) в анамнезе (24 - 16,0% в группе НП и 11 - 9,6% в группе ББ). Удалось выделить группы состояний, в той или иной мере ассоциирующихся с социальным благополучием/неблагополучием. Из состояний, ассоциирующихся с группой благополучных детей, преобладают классические психосоматические расстройства (бронхиальная астма, синдром раздраженной толстой кишки, алиментарное ожирение), в то время как с неблагополучием ассоциированы чаще состояния, являющиеся следствием экзогенно-органических воздействий (судороги, токсическая энцефалопатия, употребление органических растворителей, черепно-мозговые травмы, суицидальные попытки) и задержек развития.

Социальная картина выглядела следующим образом: в группе НП преобладали жители крупных городов (103 – 68,7%), в группе ББ городских жителей было около половины (59 – 51,3%). Обращает на себя внимание большое число сельских жителей (27 – 23,5%) в группе ББ (статистически достоверное различие между группами, $t \geq 2$, $p \leq 0,05$) против группы НП (19 – 12,7%). Очень часто в семьях подростков обеих групп отмечались случаи алкоголизма родителей (документально подтвержден алкоголизм у 57,3% отцов и 22,7% матерей в группе НП и у 68,7% отцов и 47,8% матерей в группе ББ, различия достоверны, $t \geq 2$, $p \leq 0,05$). Неполная семья встречалась в 62 (41,3%) случаях у НП и в 87 (75,7%) случаях у ББ, семья с низким доходом – у 71 (47,3%) НП и 102 (88,7%) ББ, воспитание вне семьи – у 19 (12,7%) НП и у 91 (79,1%) ББ, во всех случаях различия статистически достоверны, $t \geq 2$, $p \leq 0,05$. Анализ семейного статуса несовершеннолетних из группы НП позволяет указывать фактор воспитания в семьях, где члены семьи (отцы, старшие братья) находились в криминальной среде, как на возможный, но не абсолютный предиктор криминального поведения. Вероятно, в этом плане более важным оказывался аналогичный фактор в ближайшем внесемейном окружении подростков. С другой стороны, факторы неполной семьи, низкого дохода, большого количества детей в семье, вероятно, относятся к числу определяющих в случае беспризорности и безнадзорности подростков.

Важным показателем социальной адаптации несовершеннолетнего и характера его референтной группы является обучение в школе. В то же время среди НП 17 (11,3%) никогда не посещали школу, а на момент совершения противоправных действий 134 (89,3%) не учились. Большинство подростков группы НП (128 – 85,3%) совершили криминальные действия в течение года после ухода из школы. Среди подростков группы ББ никогда не посещали школу 9 (7,8%) человек, столько же посещали вспомогательную школу. Среди ББ 24 (20,8%) подростка неграмотны, а 78 (67,8%) имеют только начальное образование.

Большинство несовершеннолетних в качестве предпочтительных источников заработка указывало попрошайничество и криминальный заработок. Попрошайничеством систематически занимались 68,7% подростков в группе НП и 89,6% в группе ББ (различия достоверны, $t \geq 2$, $p \leq 0,05$). Криминальный заработок как источник существования (преимущественно систематические кражи, например, из

автомобилей, с пустующих дач, грабежи) был характерен для 77,3% НП (различия достоверны, $t \geq 2$, $p \leq 0,05$). Среди совершенных подростками группы НП правонарушений доминировали кражи – у 138 (92,0%), грабежи – у 94 (62,7%), причинение вреда здоровью – у 93 (62,0%). Более половины – 81 (54,0%) – совершали групповые деликты, почти половина – 74 (49,3%) – однородные деликты, более трети – 58 (38,7%) – не менее трех правонарушений.

На втором этапе исследования было установлено, что у НП преобладала личностно-обусловленная, социально-обусловленная (различия достоверны, $t \geq 2$, $p \leq 0,05$) и органически-обусловленная дизадаптация; у ББ – органически обусловленная, когнитивно-обусловленная (различия достоверны, $t \geq 2$, $p \leq 0,05$) и личностно-обусловленная дизадаптация. Тип дизадаптации определял характер индивидуального реагирования и основные направления компенсаторного и терапевтического воздействия и терапевтические «мишени» в ходе реализации реабилитационных программ. Кроме того, для каждого типа дизадаптации были выявлены факторы, определяющие внутренние саногенные ресурсы у несовершеннолетних.

При наблюдении за подростками с органически-обусловленной дизадаптацией групп НП и ББ на первый план клинически выступали: вегетативно-сосудистая патология, сопровождавшаяся метеопатиями, колебаниями артериального давления с субъективно испытываемыми приливами жара, или похолоданием конечностей, трудностью перенесения жары, духоты, доходящей порой до возникновения обморочных состояний; психоэндокринные симптомы (ожирение, нарушение темпов полового созревания, отставание от сверстников в росте), сопровождающиеся субъективными переживаниями собственной неполноценности, заостренным вниманием и переживаниями по поводу собственной внешности, негативным отношением к сверстникам, успешным в спорте, учебе; нарушения развития речи (задержки речевого развития, дизартрии, ограниченность словарного запаса) и моторных навыков (моторная неловкость, крайне неразборчивый почерк); симптомы церебростенического регистра (повышенная утомляемость, слабость, истощаемость психических процессов, сочетавшиеся с раздражительностью, вспыльчивостью, готовностью к агрессии). Подростки с большим трудом адаптировались к интеллектуальным нагрузкам, не могли успешно функционировать в школьной среде, у них отмечалось снижение внимания, ригидность и истощаемость мышления, снижение функций памяти. При повышенных физических и интеллектуальных нагрузках возникали головные боли, головокружения, приступы тошноты; депрессивно-дистимические состояния (на фоне пониженного настроения им хотелось плакать, периодически возникали мысли о своей ненужности, беспомощности, бесполезности). У ряда подростков имелись отрывочные идеи ипохондрического характера, но без конкретизации жалоб; симптомы невротоподобного характера – тики (подергивания век, щеки, прищелкивание языком), энурез, наблюдавшийся, как правило, каждую ночь; изменение личности по органическому типу (утрата интеллектуальных интересов, снижение морально-нравственных установок, утрата привязанности, недостаточность волевой сферы). Бросались в глаза зависимость поведения от внешних (в том числе – часто меняющихся) обстоятельств, внушаемость, потребность в получении удовольствий (в том числе от употребления алкоголя и токсических средств, примитивных игр), раннее приобретение сексуального опыта. У многих подростков формировался стереотип взрывного аффективного реагирования, когда по самым незначительным поводам они демонстрировали вспышки агрессии, жестокости, направленные на лиц ближайшего окружения. Иногда отмечались продолжительные дисфорические эпизоды, сопровождающиеся злобным, тоскливым настроением.

Органически-обусловленной психической дизадаптации были свойственны следующие закономерности: (1) Присутствие в раннем возрасте факторов, указывающих на высокий риск формирования дизадаптации: ранних и дополнительных церебрально-альтерерирующих воздействий, признаков отставания в психическом и физическом развитии, присутствия в раннем возрасте астенической и вегетососудистой симптоматики, гипертормотного поведения, присутствие «самоодурманивающего» поведения, наличие признаков избегания интеллектуальных нагрузок, учебных занятий; (2) доминирование в клинической картине в подростковом возрасте церебрастенических расстройств, неврозоподобной симптоматики, дефицита внимания с гиперактивностью, психоэндокринной и личностной органической симптоматики; (3) наличие социальных последствий психического расстройства - трудностей обучения и школьной неуспешности, трудностей в установлении межличностных контактов и ограничении круга общения, формирования гедонистических установок с морально-этическим снижением, зависимости от алкоголя, токсических веществ, игр и необходимости средств для их систематического употребления, формирования малодифференцированного «аморфного» поведения (бродяжничество, попрошайничество) или патологической компенсации (криминальное поведение). Вместе с тем при органически-обусловленной дизадаптации выявлено несколько самостоятельных объектов для коррекционной и реабилитационной работы: это (1) неглубокие когнитивные расстройства, (2) нарушения речи и школьных навыков, (3) расстройства поведения и антиобщественные установки, (4) аддиктивное поведение и (5) криминальный поведенческий стереотип. От их наличия и присутствия защитных (компенсаторных) факторов зависит успех реабилитационных мероприятий. Корреляционный анализ клинических и социальных слагаемых органически-обусловленной психической дизадаптации показал, что предикторами криминального поведения в данной категории подростков являются (1) физическое насилие в семье ($\gamma=0,77$), (2) наличие лиц с криминальным прошлым в ближайшем окружении ($\gamma=0,73$), (3) отсутствие (отрицательная корреляция) раннего опыта употребления алкоголя и токсических веществ ($\gamma=0,71$), (4) отсутствие (отрицательная корреляция) выраженных неврологических и моторных нарушений ($\gamma=0,70$).

При наблюдении за подростками с когнитивно-обусловленной дизадаптацией групп НП и ББ в условиях ЦВИНПа, специальной школы и социального приюта на первый план выступали: интеллектуальная недостаточность (выражалась отсутствием или примитивностью интересов, их бытовой ограниченностью, снижением способности к абстрактному мышлению, крайне низким уровнем школьных знаний, низким уровнем вербальной продукции со скудным словарным запасом, нарушением понимания сложных грамматических и флективных конструкций, поверхностностью, незрелостью суждений, снижением волевых и моральных качеств); невротические и неврозоподобные расстройства (проявлялись высоким уровнем тревоги, страха, особенно при нарушении интеграции в школьный коллектив, сопровождающемся фрустрирующим воздействием, неврозоподобным энурезом, расстройствами засыпания и кошмарными сновидениями; дисфорически-депрессивные расстройства (сопровождались устойчивым злобно-тоскливым настроением, тревогой, выраженным агрессивным и аутоагрессивным поведением, отрывочными идеями собственной неполноценности); расстройства влечений со склонностью к побегам и бродяжничеству, ранним приобретением сексуального опыта, мастурбацией, склонностью к обжорству; неспецифическая органическая симптоматика (полиморфные астенические, вазо-вегетативные симптомы, неспецифическая неврологическая микросимптоматика).

Когнитивно-обусловленной психической дизадаптации были свойственны: (1) присутствие в раннем возрасте факторов, указывающих на высокий риск формирования дизадаптации: патология беременности и родов у матери, алкогольная интоксикация плода в результате пьянства матери во время беременности или иных тератогенных факторов, наличие травм, интоксикаций или тяжелых инфекционных заболеваний раннего периода жизни, наличие выраженных неспецифических стигм нарушения внутриутробного развития, присутствие интранатальной и перинатальной гипоксии, обуславливающей неспецифические неврологические нарушения, наличие примитивной, лишенной познавательного компонента игровой деятельности, присутствие грубых нарушений речевой продукции, затрагивающих функции понимания речи, недоразвитие высших эмоций и ситуативное, недифференцированное поведение; (2) доминирование в клинической картине в подростковом возрасте признаков интеллектуальной недостаточности, невротических и неврозоподобных расстройств, патологии влечений, дисфорически-депрессивных аффективных расстройств с выраженной склонностью к агрессии, присутствие неспецифической органической симптоматики на уровне астенических, вегетососудистых и неспецифических неврологических симптомов; (3) наличие социальных последствий психического расстройства - трудностей обучения и школьной неуспешности, трудностей в установлении межличностных контактов и ограничении круга общения, формирования примитивных потребительских установок с общим нравственным оскудением, формирования зависимости от алкоголя, токсических веществ, формирования малодифференцированного копирующего или зависимого поведения (бродяжничество, попрошайничество) или патологической компенсации в виде криминального поведения (как правило, в составе группы, на второстепенных ролях). При когнитивно-обусловленной дизадаптации объекты для коррекционной и реабилитационной работы схожи с таковыми при органически-обусловленной дизадаптации: это (1) когнитивные расстройства, (2) нарушения речи и школьных навыков, (3) антиобщественные установки, (4) аддиктивное поведение и (5) криминальный поведенческий стереотип. Однако, в отличие от органически-обусловленной дизадаптации, характер реабилитационных мероприятий носит менее отвлеченный характер, упор делается на приобретение трудовых навыков, навыков самостоятельного проживания в социально-ориентированной среде, закрепление социально-значимых установок, формирование стойкого дистанцирования от алкоголя и токсикантов. Корреляционный анализ клинических и социальных слагаемых органически-обусловленной психической дизадаптации показал, что предикторами криминального поведения в данной категории подростков являются (1) физическое насилие в семье ($\gamma=0,84$) и в детском учреждении ($\gamma=0,78$), (2) сексуальное насилие, унижение в семье или в детском учреждении ($\gamma=0,74$), (3) раннее включение в подростковую асоциальную группу ($\gamma=0,71$), особенно с участием взрослых преступников ($\gamma=0,69$) (4) отсутствие (отрицательная корреляция) грубых неврологических, моторных и речевых нарушений ($\gamma=0,69$). Таким образом, в пользу потенциального формирования криминального поведения указывает относительная интеллектуальная и поведенческая сохранность, что делает эту группу несовершеннолетних особым объектом профилактической работы.

При наблюдении за подростками с личностно-обусловленной дизадаптацией групп НП и ББ в условиях ЦВИНПа, специальной школы и социального приюта на первый план клинически выступали: формирующегося расстройства личности с заострением патохарактерологических черт тормозимого или истеро-возбудимого круга, инфантильностью, эмоциональной лабильностью, нарушении-

ем социального взаимодействия, склонностью к непосредственным формам реагирования, неадекватной самооценкой; невротические и неврозоподобные расстройства (проявлялись эпизодической тревогой, страхами, нерегулярным неврозоподобным энурезом, преходящими астеническими симптомами, явлениями соматизации); неспецифическая органическая симптоматика (полиморфные астенические, вегетативные, сосудистые симптомы, неспецифическая неврологическая микросимптоматика); симптомы формирующейся зависимости от алкоголя и других ПАВ.

Личностно-обусловленной психической дизадаптации были свойственны: (1) присутствие в раннем возрасте факторов, указывающих на высокий риск формирования дизадаптации: для тормозимого типа - интранатальной и перинатальной органической патологии с тенденцией к быстрой компенсации, частой соматической патологии детского возраста, опережающих темпов развития высших психических функций, высокой познавательной активности и продуктивной сюжетной игровой деятельности, упорядоченного поведения, дистанцирования от сверстников, избирательности в контактах; для возбудимого типа – воспитания в социально-неблагополучных условиях с преобладанием аномальных стилей воспитания (гипоопеки, отвержения), стремления к лидерству, вызывающего и оппозиционно-протестного поведения, эгоцентризма на фоне нормативного психического развития, быстрой смены интересов, нестойкости увлечений, слабости социальных контактов; (2) доминирование в клинической картине в подростковом возрасте невротических и неврозоподобных синдромов, зависимого поведения, неспецифической органической и неврологической микросимптоматики с формированием патохарактерологических черт тормозимого или истеро-возбудимого круга. Предиспозицией криминальной активности для личностей тормозимого круга выступает сглаживание тормозимых черт, появление эксплозивности в сочетании с эмоциональной холодностью, агрессией, диссоциальным поведением. Углубление замкнутости, отчужденности, появление специфических индивидуальных интересов, парциальная дезорганизация поведения (шизоидизация) ведут к бродяжничеству, попрошайничеству, гомосексуальной проституции как формам асоциального поведения; (3) наличие социальных последствий психического расстройства - трудностей обучения и школьной неуспешности, трудностей в установлении межличностных контактов и ограничения круга общения, десоциализации (для тормозимого типа), формирования эгоцентрических потребительских установок (для возбудимого типа), формирования зависимости от алкоголя, токсических веществ, формирования потребности в асоциальном поведении как факторе, обеспечивающем внутригрупповой рост (для возбудимого типа). При личностно-обусловленной дизадаптации объекты для коррекционной и реабилитационной представляют собой: (1) инфантилизм, личностную незрелость, (2) психопатические индивидуально личностно-детерминированные поведенческие стереотипы, (3) антиобщественные установки и аддиктивное поведение и (4) криминальный и асоциальный поведенческий стереотип.

Корреляционный анализ клинических и социальных составляемых личностно-обусловленной психической дизадаптации показал, что предикторами криминального поведения в данной категории подростков являются (1) преобладание эксплозивных, истерических личностных черт ($\gamma=0,81$), (2) высокий уровень интеллекта ($\gamma=0,78$), (3) высокий уровень притязаний, лидерских амбиций ($\gamma=0,72$), (4) раннее инкорпорирование в криминальную группу ($\gamma=0,72$). Данная группа НП, ББ отличается глубоким личностным потенциалом развития и в этом плане особенно благоприятна в качестве объекта для профилактической работы.

При наблюдении за подростками с реактивно-обусловленной дизадаптацией групп НП и ББ в условиях ЦВИНПа, специальной школы и социального приюта на первый план клинически выступали: психогенные расстройства настроения с преобладанием эмоциональной лабильности, капризности, плаксивости (у подростков 11-12 лет) либо кратковременных депрессивно-дисфорических реакций, периодов возбуждения, агрессивности (у подростков 13-14 лет); расстройства сна с нарушением засыпания или крайне поверхностным, чутким сном с многочисленными пробуждениями, с ночным энурезом, ночными страхами - от нестойких страхов темноты до развернутых картин ночных ужасов и панических атак; психогенный энурез и энкопрез практически ежедневно, иногда на протяжении нескольких месяцев и лет со склонностью к спонтанным кратковременным ремиссиям; двигательные расстройства – повышенная моторная активность с суетливостью, доходящей до ажитации, с избыточной речевой продукцией; тики, иногда принимаемые за гримасы, привычные действия – кусание ногтей, перебирание пальцами, сосание пальцев; заикание как психогенное моторное расстройство; невротическое развитие личности с преобладанием тревожных, астенических, зависимых черт; вегетативно-сосудистые расстройства с хроническими, рецидивирующими приступами головных болей, головокружениями, обмороками, возникающими в острых психотравмирующих ситуациях; часто вегетативно-сосудистая симптоматика сопровождала психосоматическую патологию - аллергические дерматиты, приступы удушья, близкие по характеру к астматическим; неспецифическая органическая симптоматика – полиморфные неспецифические неврологические микросимптомы.

Для реактивно-обусловленной психической дизадаaptации были характерны следующие закономерности: (1) присутствие в раннем возрасте факторов, указывающих на высокий риск формирования дизадаптации: воспитание с отчетливым депривационным характером с доминированием гипоопеки, отвержения в относительно социально-благополучной семье; раннее появление на фоне нормативного развития полиморфной невротической симптоматики с тенденцией к углублению на фоне острых психотравмирующих событий; формирование «неврастенического» типа реагирования; появление соматизированных расстройств; (2) доминирование в клинической картине в подростковом возрасте психогенных расстройств настроения, расстройств сна, психогенного энуреза и энкопреза, двигательных расстройств, включая тики, привычные действия, заикания, неспецифических вегетососудистых и неврологических расстройств с формированием у части подростков невротического развития личности с преобладанием тревожных, астенических, зависимых черт; (3) наличие социальных последствий психического расстройства - нарушений адаптации в коллективе сверстников, трудностей в установлении межличностных контактов и ограничении круга общения, отсутствия стойких интересов, привязанностей с формированием гиперкомпенсаторного, протестного или пассивно-зависимого поведения в составе асоциальной группы или индивидуально.

При реактивно-обусловленной дизадаптации объекты для коррекционной и реабилитационной представляют собой: (1) невротическое «избегающее», уклоняющееся поведение, (2) формирующийся тревожный личностный радикал, (3) аддиктивно-компенсаторное (как правило, клинически зависимость не выражена) и криминальное поведение, (4) симптомы невротического круга, негативно влияющие на самооценку (негативная оценка внешности, заикание и т. д.). Корреляционный анализ клинических и социальных слагаемых реактивно-обусловленной психической дизадаптации показал, что предикторами криминаль-

ного поведения в данной категории подростков являются (1) физическое и сексуальное насилие в семье или в учреждении ($\gamma=0,75$), (2) наличие стереотипного реагирования на фрустрацию по типу короткофазовых аффективных вспышек ($\gamma=0,72$), (3) наличие в ближайшем окружении криминальных элементов и раннее включение в криминальную группу ($\gamma=0,71$). Данная группа НП, ББ, как и группа с личностно-обусловленной дизадаптацией, отличается глубоким личностным потенциалом развития и в этом плане особенно благоприятна в качестве объекта для профилактической работы.

Группу подростков с социально-обусловленной дизадаптацией составили психически здоровые дети. Здесь причинами побегов из дома (детского учреждения) были прежде всего: (1) отсутствие достаточного надзора; отсутствие у ребенка в жизни реальных целей в отношении будущей профессии, собственной семьи; скука, обусловленная невозможностью себя занять; одиночество в отсутствие родителей; педагогическая запущенность у воспитанников детских домов; (2) страх перед наказанием, нежелание выполнять домашние задания, опоздание домой с прогулки, чрезмерная строгость и жесткость родителей или воспитателей; побег могут быть реакциями на эпизодические конфликты, а возвращению препятствует уже не сам конфликт, а боязнь наказания за продолжительное отсутствие дома; (3) протест против жесткого воспитания; недостаточного внимания в силу профессии родителей или рождения в семье младшего ребенка; появления в семье отчима или мачехи, невозможности жить с одним из родителей (предпочитаемым) в случае распада семьи; (4) поиск романтических приключений, поиск средства и способа для самоутверждения. В любом случае отсутствие психопатологической почвы, обуславливающей в большинстве случаев беспризорность и безнадзорность (наряду с социальными факторами) давали основание полагать, что побег в данном случае обусловлен случайным стечением обстоятельств. Причинами криминальных действий несовершеннолетних были: (1) внезапно возникшее желание обладания каким-либо предметом без учета возможных последствий, приводившее к его краже (так похищались главным образом часы, мобильные телефоны, карманные микрокомпьютеры и никогда – деньги, драгоценности и т. д.), совершавшейся спонтанно, импульсивно, без предварительного планирования и намерений относительно того, как распорядиться похищенным; (2) участие в драке, приводившее к причинению телесных повреждений различной степени тяжести, причем, как правило, зачинщиком драки и обидчиком оказывалась потерпевшая сторона; (3) ориентация на представления о справедливости и законности, свойственные микроокружению, как правило, подростковой группе, сопровождавшаяся желанием самоутверждения, поддержания собственного группового авторитета (например, угоны автомобилей без цели хищения); (4) влюбленность, необходимость любыми средствами обратить на себя внимание объекта поклонения (кражи денег и дорогих вещей для преподнесения в подарок, угоны автомобилей, участие в драках). При социально-обусловленной дизадаптации объекты для коррекционной и реабилитационной работы представляют собой: (1) черты личностной незрелости, инфантильности, детскости представлений и форм реагирования, (2) признаки педагогической запущенности, (3) непродуктивные стереотипы внутрисемейных, внутригрупповых отношений, (4) потенциальный риск аддиктивного и асоциального поведения – в рамках общих, неспецифических профилактических программ, программ личностного роста, развития. Данная группа НП, ББ отличается глубоким личностным потенциалом развития и в этом плане особенно благоприятна в качестве объекта для профилактической работы.

На третьем этапе исследования были разработаны и апробированы в РК

группах основные психотерапевтические и психокоррекционные лечебные и профилактические программы. Реабилитационный процесс объединил 4 блока мероприятий (осуществляются по большей части параллельно друг другу):

(1) Блок диагностики ведущих проблем ребенка и нарушений возрастного психического развития и, прежде всего, личностных свойств и факторов риска нарушений социального функционирования; ведущие специалисты: патопсихолог (клинический психолог), психиатр; основные задачи: комплексная патопсихологическая и психопатологическая диагностика, определение приоритетных направлений психотерапевтической помощи и коррекции; ожидаемый результат: установление диагноза, определение типа психической дезадаптации, выявление мишеней для психотерапии и психокоррекции, определение тактики психотерапевтической и психокоррекционной работы. Сроки осуществления мероприятий первого этапа (блока) при условии работы бригады специалистов из 2 психиатров и 2 патопсихологов в расчете на группу из 20 несовершеннолетних составляют 2-3 месяца, в условиях работы выездной бригады специалистов – 2-3 недели.

(2) Блок педагогической коррекции различных форм отставания в обучении; ведущие специалисты: педагоги, воспитатель; основные задачи: формирование школьных навыков и базового уровня знаний по школьным учебным дисциплинам; результат: приобретение школьных навыков и базового уровня знаний по школьным учебным дисциплинам, а также необходимых в процессе психотерапевтической и коррекционной работы навыков абстрагирования, визуализации представлений, группового взаимодействия и т. д.

(3) Блок специальной психотерапевтической помощи; ведущие специалисты: психиатр, психотерапевт, клинический психолог; основные задачи: в условиях индивидуальной и групповой психотерапии и психокоррекции осуществить основные психотерапевтические задачи: достичь сплоченности, обеспечить рост надежды на благополучный исход, единство, универсализацию форм реагирования, рост альтруизма, обмен информацией, межличностное обучение и личностный индивидуальный рост, развитие навыков общения, подражание другим членам группы, катарсис; добиться формирования стойких установок на здоровый и социальный образ жизни; ожидаемый результат: приобретение навыков социального поведения и социально-одобряемых форм реагирования в субъективно и объективно сложных жизненных ситуациях; продолжительность работы – 8-9 месяцев.

(4) Блок социально-психологической поддержки; ведущие специалисты: социальный педагог, воспитатель, психиатр; основные задачи: формирование навыков самостоятельного социального функционирования (в рамках правового поля, в образовательной среде, микросоциуме, в т. ч. в семье); результат: интеграция предыдущих этапов работы, социализация поведения.

Терапевтические блоки 1-4 представляют собой единую технологическую цепь медико-психолого-педагогической и социальной реабилитации детей и подростков – НП, ББ. Она осуществляется на принципах междисциплинарного взаимодействия педагогов, психологов, социальных работников, психиатров. Наш опыт работы свидетельствует о достижении терапевтических целей в 65%-70% случаев. Нами использовались нозологически-ориентированные терапевтические и коррекционные программы, неспецифические универсальные техники, в частности диагностические и профилактические тренинговые группы, методики, направленные на мишени терапевтической и коррекционной работы (таргетно-ориентированные техники) и ролевые игры в рамках ситуационно-ориентированных техник. Конечной целью, итогом реабилитационных программ должно было стать возвращение подростка в социум, в идеале - в семью, в образо-

вательную среду, приобретение навыков и стереотипов нормативного социального взаимодействия, т. е. восстановление всего комплекса взаимоотношений индивидуума с макро- и микросредой.

Основными защитными факторами, обеспечивающими реабилитационный потенциал, по данным корреляционного анализа, оказались: (1) в контексте психического состояния: сохранный интеллект ($\gamma=0,74$), сохранный аффективный статус ($\gamma=0,72$), отсутствие зависимости от алкоголя и других ПАВ ($\gamma=0,67$); (2) в контексте микросоциального взаимодействия: сохранность семейных отношений ($\gamma=0,81$), вовлеченность в образовательную среду ($\gamma=0,77$), отсутствие в микроокружении лиц с асоциальными установками или дистанцирование от них ($\gamma=0,73$); (3) в личностном контексте: навыки межличностного взаимодействия ($\gamma=0,68$), высокий личностный и творческий потенциал ($\gamma=0,62$). Наличие 3-4 защитных факторов позволяет надеяться на успех реабилитационной работы.

При органически-обусловленной дизадаптации первыми редуцировались депрессивно-дистимические симптомы, а в случае возникновения подобных состояний у подростков менялся тип реагирования, снижалась его агрессивная составляющая (3-6 месяцев). Приблизительно в то же время исчезали тики, однако другая неврозоподобная симптоматика, в особенности энурез, сохранялась на протяжении всего периода наблюдения. Большая часть церебростенической симптоматики редуцировалась в течение 6-9 месяцев. Значительно улучшались внимание и переносимость интеллектуальных нагрузок, речевое и моторное развитие (6-9 месяцев). Психозэндокринные симптомы редуцировались в еще более поздние сроки – 9-12 месяцев. Практически не поддавались обратному развитию вегетососудистая симптоматика и изменения личности по органическому типу. Навыки межличностного взаимодействия формировались в течение 6-9 месяцев. В тот же период можно было говорить о трансформации антиобщественных установок и криминального поведенческого стереотипа. В целом отдаленный прогноз в данной группе был относительно благоприятным при условии дальнейшего системного наблюдения и поддерживающего психотерапевтического воздействия, вовлечения в профессиональную деятельность и возвращения в образовательную среду (ПТУ по выбранной специальности).

При когнитивно-обусловленной дизадаптации наблюдалась быстрая и полная редукция невротической и неврозоподобной симптоматики: в течение 1-3 месяцев исчезали страхи, восстанавливался сон; относительно долго (6-9 месяцев) отмечались эпизоды энуреза, в дальнейшем он становился редким явлением, но имел склонность к рецидивам на фоне даже малозначительных эмоциональных перегрузок; отмечались выраженная редукция дисфорически-депрессивных симптомов (6-9 месяцев) и незначительная редукция когнитивного дефицита за счет приобретения навыков интеллектуальной работы (9-12 месяцев). Практически не подвергались обратному развитию органическая неспецифическая симптоматика и обусловленное волевыми нарушениями поведение (тяга к обжорству, бродяжничеству). Трансформация антиобщественных установок и криминальных стереотипов носила по большей части поверхностный и, вероятно, нестойкий характер. Общий прогноз в этой группе носил неблагоприятный характер в связи с невозможностью устранить главные психопатологические предикторы асоциального поведения, в первую очередь, интеллектуальное снижение. К тому же данная группа имела сравнительно неблагоприятные социальные показатели.

При личностно-обусловленной дизадаптации быстро, в течение 1-3 месяцев, исчезали явления соматизации, затем страхи и тревога (3-6 месяцев), относительно быстро прекращался неврозоподобный энурез (6-9 месяцев); в течение 3-9 ме-

сяцев редуцировалась астеновегетативная и частично - резидуально-органическая симптоматика. В интервале 6-12 месяцев психотерапевтических и коррекционных занятий формировались навыки межличностного взаимодействия, становилась более адекватной самооценка, формировались увлечения и интересы, начиналась реализация творческого и интеллектуального потенциала, появлялись успехи в учебе и освоении профессиональных навыков. Патохарактерологические личностные черты сглаживались, формировалась компенсация личностного расстройства. Отдаленный прогноз в этой группе носил благоприятный характер при условии формирования социальных условий для реализации высокого реабилитационного потенциала. На текущем этапе для подростков, имеющих относительно благополучные семьи, наиболее перспективным являлся вариант специализированной школы открытого типа или средней общеобразовательной школы с наблюдением специалистами ЦППРК. Для подростков, лишенных семьи, оптимальным вариантом, вероятно, являлся детский дом семейного типа или патронат.

При реактивно-обусловленной дизадаптации в течение 3-6 месяцев подвергались обратному развитию расстройства сна, психогенные расстройства настроения, менялся характер эмоционального реагирования. В течение 6-9 месяцев частично исчезали вегетативно-сосудистые симптомы (головные боли, обморочные состояния). К концу года (9-12 месяцев) частично редуцировались двигательные расстройства, включая привычные действия. Стойким, рецидивирующим характером отличался энурез, практически не подвергались трансформации изменения личности по тревожно-мнительному, зависимому типу. Несмотря на рост самооценки, приобретение коммуникативных навыков, улучшение учебных показателей, рост статуса в подростковой группе прогноз в этой категории подростков носил лишь относительно благоприятный характер при условии дальнейшего системного наблюдения и поддерживающего психотерапевтического воздействия, вовлечения в профессиональную деятельность и возвращения в образовательную среду.

Изменение клинического состояния повлекло за собой качественное улучшение показателей психосоциального функционирования (ось 6). В исходном составе группы РКНП хорошее психосоциальное функционирование демонстрировали 8 (10,4%) подростков, низкое - 53 (68,8%), плохое - 16 (20,8%). После года работы показатели стали 18 (23,4%)*, 53 (68,8%) и 6 (7,8%)* соответственно (звездочкой отмечены достоверные ($t \geq 2$, $p \leq 0,05$) различия показателей). В группе РКББ исходно хорошее функционирование не обнаруживалось ни у кого, низкое - у 33 (67,3%), плохое - у 16 (32,7%) подростков. После года работы показатели выросли до 24 (48,9%)*, 14 (28,6%)* и 11 (22,4%) соответственно (звездочкой отмечены достоверные ($t \geq 2$, $p \leq 0,05$) различия показателей).

На четвертом этапе работы была проанализирована существующая система оказания профилактической и реабилитационной помощи подросткам-правонарушителям, беспризорным и безнадзорным. У нее был выявлен ряд существенных недостатков: (1) основные функции по профилактике возложены на органы внутренних дел (КДН, ЦВИНПы), а реабилитации и коррекции - на учреждения системы образования и социальной защиты, в том числе специализированные школы закрытого типа; и те, и другие учреждения имеют явный пенитенциарный оттенок, способствуют маргинализации своих воспитанников, создавая вокруг них собственную среду, а не обеспечивая их возвращения в социум; (2) система недостаточно использует ресурсы, имеющиеся в распоряжении организаций системы образования, в первую очередь общеобразовательных школ и центров психолого-педагогического сопровождения (ЦППРК), внешкольных спортивных и

досуговых центров; (3) система не работает на возвращение ребенка в его собственную семью, которая, как правило, лишается всякой социальной поддержки, и в образовательную среду, где, как правило, не заинтересованы в возвращении ребенка; (4) внутри системы плохо функционирует взаимодействие между специалистами (педагогами, психологами, инспекторами КДН) и совершенно отсутствует взаимодействие со специалистами системы здравоохранения – психиатрами и психотерапевтами поликлиник и ПНД; (5) реабилитационные и коррекционные мероприятия осуществляются с подростками, сгруппированными по формальным признакам (возраст, пол, характер правонарушений), без учета индивидуальных клинико-психологических факторов, в том числе нозологической специфики и характера явлений дизадаптации; таким образом, игнорируется самый важный – внутренний саногенный ресурс несовершеннолетнего.

Эти особенности существующей системы реабилитации и коррекции подростков группы риска были учтены при разработке региональной модели оказания профилактической и реабилитационной помощи несовершеннолетним правонарушителям, беспризорным и безнадзорным. Модель предполагает функционирование на базе муниципального образования (города, района, нескольких сельских поселений) с населением от 100 до 250 тысяч человек. Отдельные элементы данной модели апробированы на уровне Центрального административного округа и Юго-Восточного административного округа г. Москвы. Особенностью предложенной модели является создание единого функционального реабилитационного комплекса – в составе Центра психолого-педагогической реабилитации и коррекции (ЦППРК) и реабилитационного центра (объединяет силы и средства ЦВИН-Па, психологической службы КДН и социального приюта), на базе которого происходит взаимодействие специалистов системы образования (средние общеобразовательные и специализированные школы), здравоохранения (поликлиники, диспансеры), социальной защиты и помощи семье, включая службу занятости, органов внутренних дел. Внедрение элементов этой системы на уровне Центрального административного округа г. Москвы показало ее высокую эффективность.

Perezhogin L.O.

**SYSTEMATICS AND CORRECTION OF MENTAL DISORDERS
IN THE JUVENILE WITH NEGLECTION AND CRIMINAL ACTIVITY
Serbsky research center for social and forensic psychiatry, Moscow, Russia**

Abstract: the paper presents data on the prevalence and nature of mental disorders among juvenile offenders, homeless and neglected, on the mechanisms of formation of asocial behavior of these categories of minors, which plays a major role in the development of integrated programs rehabilitation for juvenile offenders, homeless and neglected, aimed at prevention of asocial behaviour and correction of mental disorders, social reintegration and the formation of sustainable patterns of prosocial response. The suggested model of interaction of experts and institutions in the framework of the prevention and rehabilitation of socio-psychiatric assistance to minors.

Key words: children, adolescents, homeless, neglected, criminal behavior, mental disorders, psychotherapy, rehabilitation

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ В ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ

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

Возрастные особенности являются объективными причинами трудностей квалификации психических расстройств у детей и подростков, а нередко - и ошибок диагностики. В отличие от взрослых, психические расстройства у детей почти никогда не представляют собой завершенного, монолитного психического синдрома. Они рудиментарны, изменчивы, то исчезают, то появляются вновь, иногда ограничиваются одним-двумя очевидными симптомами. Несовершенный речевой контакт с ребенком (а иногда и отсутствие речевого контакта) и присущая и детям, и подросткам алекситимия (неспособность осознать и выразить свои эмоции) не всегда позволяют получить субъективные данные о переживаниях ребенка. Наконец, пожалуй, самой главной причиной трудностей выявления и правильной диагностики психических нарушений в детско-подростковом возрасте является их «маскированность», то есть скрытость, завуалированность соматическими, поведенческими или временными интеллектуальными расстройствами. Между тем, нозологический диагноз – это лишь слово, только формальный ярлык, из которого, однако, вытекает множество важнейших для развития ребенка и его адаптации в будущем проблем: медикаментозная терапия, организация адекватной коррекционной помощи, форма и место обучения, профессиональная ориентация, возможность службы в армии, целесообразность оформления инвалидности и т. д. Ошибки диагностики небезобидны и в том, что они грубо искажают статистику, а также порождают хаос в научных исследованиях при неадекватном нозологическом выделении групп больных.

Постоянно консультируя детей с 2 до 18 лет на амбулаторном приеме, мы практически ежедневно сталкиваемся с ошибками диагностики и, соответственно, с ошибками лечения и психолого-педагогического сопровождения.

Самыми распространенными диагнозами у детей, обратившихся в последние годы за помощью амбулаторно, оказываются СДВГ (синдром дефицита внимания с двигательной расторможенностью) и РДА (ранний детский аутизм). При ближайшем рассмотрении эти диагнозы очень часто не подтверждаются, а назначенное лечение не только неэффективно, но часто оказывает определенно негативное действие на психическое состояние ребенка.

Под диагнозом «РДА», известным и родителям, и специалистам немедицинского профиля, во многих случаях скрывается ранняя детская шизофрения. Диагноз раннего детского аутизма в этих случаях является или «реабилитационным» (т. е. устанавливается психиатром сознательно для облегчения адаптации ребенка), или ошибочным, или результатом простой небрежности психиатра.

Действительно, и при раннем детском аутизме, и при ранней детской шизофрении отмечаются одни и те же расстройства: наряду с выраженной интровертированностью наблюдаются аффективные расстройства, сверхценные увлечения, необычные влечения и страхи, патологические фантазии, а главное – кататонические и регрессивные расстройства. Дифференциальная диагностика практически невозможна, если четко не обозначить сущность каждого из этих патологических состояний. С нашей точки зрения, которой мы и придерживаемся в дифференциальной диагностике, ранний детский аутизм – это врожденное уродство характера, пожизненное тяжелое расстройство, для максимальной коррекции требующее

многолетних усилий разных специалистов. Ранняя детская шизофрения – процессуальное заболевание, неминуемо приводящее к более или менее тяжелому нарушению развития и оставляющее неизгладимый след на всей психической структуре личности. Рано начавшаяся шизофрения, как и всякая другая шизофрения, развиваясь по своим эндогенным законам, имеет начало и стадии прогрессивного (т. е. прогрессирующего) течения и регрессивного (т. е. ослабевающего) течения, иногда с полным исчезновением продуктивной симптоматики. В последнее время очень часто приходится слышать в докладах и на защитах диссертаций и видеть на страницах научных книг упоминание об аутизме как о болезни. Если с этим согласиться, то сразу придется закрыть вопрос о разграничении этих двух нозологических единиц и объединить их в одну нозологию - шизофрению. Таким образом, для установления диагноза шизофрении важно найти начало болезни, психоз с особой симптоматикой, который возникает после более или менее продолжительного периода нормального развития ребенка, не вызывающего никаких опасений у родителей ребенка.

Между тем, далеко не во всех случаях представляется возможным выявление раннего шизофренического приступа. Нарушение развития, нередко трактуемое как результат раннего резидуально-органического поражения ЦНС или соматического неблагополучия, в этих случаях отмечается по существу с рождения ребенка, т. е. в данном случае речь идет о врожденных формах шизофрении, описанных как и внутриутробные приступы-шубы во многих работах детских психиатров. Очевидно, что здесь дифференциальная диагностика чрезвычайно затруднена и должна быть основана преимущественно на особенностях динамики психопатологической симптоматики. Главным диагностическим критерием при невозможности выявить начало заболевания, является признак развития с углублением и сменой симптоматики, а также нарастанием изменений личности. При раннем детском аутизме, в отличие от ранней детской шизофрении, клиническая картина оказывается более однообразной и стабильной, ограничиваясь многие годы одними и теми же расстройствами и не усложняясь за счет присоединения симптомов другого регистра.

Разграничение раннего детского аутизма и ранней детской шизофрении имеет не столько академический интерес, сколько играет принципиальную роль в отношении терапевтической позиции врача-психиатра. Если ранняя детская шизофрения – болезнь (по-моему, это ни у кого не вызывает сомнения), то ее, как и всякую другую болезнь, надо лечить и лечить своевременно. Исследования показывают, что правильное лечение больных шизофренией детей не только ослабляет симптоматику и создает условия для коррекционной помощи, но и снижает выраженность процессуального личностного дефекта. Имея документальное подтверждение раннего детского аутизма, родители больного шизофренией, активно поддерживаемые специалистами немедицинского профиля, часто отказываются от лечения ребенка, блуждая в поисках других методов терапии (диет, ноотропов, биодобавок и т. п.). Наконец, они все же просят начать лечение, но иногда бывает уже поздно, когда период активного течения болезни окончен и остается только специфический личностный дефект.

Еще более болезненным является официальное установление диагноза умственной отсталости у ребенка, больного шизофренией. Кажется, какая разница, если у ребенка все равно олигофреноподобный дефект и он представляется необучаемым. Кроме того, что надо быть честным во всем, касающемся ребенка и его родителей, и лечить ребенка в соответствии с его расстройствами, встречается немало случаев, когда после окончания активного периода болезни (продолгован-

ного психоза) ребенок оказывается способным к обучению и серьезно морально страдает из-за того, что перед ним открыта только вспомогательная школа, и тем более, если он признан необучаемым.

Следующим моментом, также имеющим прямое отношение к раннему детскому аутизму и ранней детской шизофрении, является их ошибочная диагностика как задержки развития вследствие раннего резидуально-органического поражения. И шизофрения, и ранний детский аутизм могут возникнуть не только у детей с ранней резидуально-органической церебральной недостаточностью, но и у детей с хромосомными заболеваниями, и у детей с тяжелыми эндокринными заболеваниями, и у детей с ДЦП. Одно другому не мешает, но зато очень мешает адекватной диагностике. Ребенок имеет все признаки раннего органического поражения ЦНС, что подтверждается и неврологическим и параклиническими обследованиями, и наличием церебрастенического синдрома или энцефалопатии. Но грубо диспропорциональное развитие, вычурные стереотипии, нелепые страхи, архаичные симптомы, регресс поведения и навыков совсем не укладываются в клинику собственно органического поражения ЦНС. Между тем, ребенок по назначению сначала невролога, а затем и психиатра получает лечение ноотропами, ангиопротекторами, витаминами, аминокислотами, мочегонными средствами. И это правильно, но при своевременной диагностике эндогенного заболевания или раннего детского аутизма на фоне очевидной резидуально-органической недостаточности в лечении ребенка невозможно обойтись без специфической психотропной терапии. Кроме того, многие препараты, которые назначаются для стимуляции развития (например, ноотропы со стимулирующим действием) приводят к усилению или возникновению возбуждения. Родители, полностью доверяющие врачу, мужественно соблюдают его рекомендации, и только ретроспективно удается выяснить, что обострение основного заболевания было спровоцировано именно такими ноотропами.

В последние годы, однако, все чаще и чаще отмечается и противоположная тенденция, когда задержки развития в связи с ранней резидуально-органической церебральной недостаточностью ошибочно расцениваются как ранний детский аутизм. Здесь видимость дефицита общения возникает в силу выраженности задержки интеллектуального развития, отсутствия или недоразвития речи, психоорганического синдрома с чрезмерной утомляемостью, истощаемостью, робостью и «бестолковостью». Такие дети либо вялы, безынициативны, требуют стимуляции, либо, что бывает значительно чаще, двигательны расторможены, не способны к целенаправленной деятельности, не концентрируют внимания даже в простой игре и взаимодействии с другими детьми. В отличие от истинных аутистов, у таких детей сохранным остается эмоциональное ядро личности: они искренне любят родителей, ласковы, стремятся к тактильному контакту, сохраняют возможность сопереживания, порой тяжело переживают неудачные попытки общения со сверстниками. Они стремятся познакомиться и поиграть с другими детьми, но из-за непонимания условий игры, невозможности полноценного речевого контакта, хаотичной двигательной активности, недержания аффекта не принимаются ими или подвергаются откровенным издевательствам. Между тем, главным в дифференциальной диагностике остается все же отсутствие специфических продуктивных симптомов аутизма и, прежде всего, нелепых, вычурных кататонических расстройств.

Наконец, с проявлениями раннего детского аутизма внешне сходна клиническая картина ранних (наступающих в младенческом или младшем дошкольном возрасте) затяжных депрессивных состояний – невротических (обусловленных материнской депривацией) или эндогенных (в основном, в рамках циклотимоподобной шизофрении и, реже, циклотимии). В этих случаях отгороженность, «де-

прессивный аутизм», приостановка развития или ощутимый регресс поведения и навыков, отсутствие естественного возрастного усложнения игры или даже ее полное отсутствие нередко диагностируются как ранний детский аутизм. Не только отсутствие антидепрессивной терапии, но и активное стимулирующее лечение и избыточно интенсивная коррекционная работа с таким ребенком нередко ведут к углублению и затягиванию депрессивного состояния. В дифференциальной диагностике в этих случаях необходимо учитывать свойственный детской депрессии «пульсирующий» характер психических расстройств с чередованием «светлых» периодов с ухудшением состояния, выраженность эмоциональных проявлений, плаксивость, отдельные высказывания (конечно, при наличии речи) депрессивного содержания (идей заброшенности, ревности, неуверенности в материнской любви и, значительно реже, собственной неполноценности). Кроме того, важным для окончательной диагностики является обязательный выход из болезненного состояния с минимальным эмоциональным изъясном и постепенным восполнением той задержки развития, которая возникла во время депрессивного состояния.

Переходя к диагностике синдрома дефицита внимания с гиперактивностью, следует прежде всего отметить, что с его клиническими проявлениями внешне чрезвычайно сходна картина гипоманиакального состояния. По нашим данным, среди детей диагноз СДВГ подтверждается не более, чем в 1/3 случаев, а в остальных случаях речь идет об аффективных расстройствах – гипоманиакальных или тревожно-депрессивных. Это впечатление совпадает с данными зарубежных исследователей, которые находят в частности маниакальные расстройства у 23%-57% детей с диагнозом СДВГ.

Проведение дифференциального диагноза между гипоманиакальными расстройствами эндогенной природы и гиперкинетическим синдромом представляется крайне важным, но не всегда легким делом. В качестве диагностических критериев для разграничения этих психопатологических образований служат признаки церебрастенического синдрома (повышенная утомляемость, неустойчивость внимания, эмоциональная лабильность с раздражительностью, плаксивостью, злобностью), выраженные вегетососудистые расстройства, а также нарушения координации, дислексия, дисграфия, дислалия, недостаточность фонематического слуха, т. е. признаки нарушения высших корковых функций. Положительный эффект от регулярных курсов дегидратационной терапии также позволял снять предположение об эндогенном характере состояния. Признавая правоту данных заключений, стоит все же оговориться, что гипоманиакальные состояния могут развиваться и у детей с резидуально-органическим поражением ЦНС, и тогда дифференциальная диагностика СДВГ и гипомании становится особенно затруднительной, но тем более необходимой, т. к. эти два патологических состояния предполагают существенно различающиеся коррекционно-реабилитационные подходы и прогностические оценки.

Отмеченные в самом начале выступления объективные трудности диагностики в детской психиатрии во многом нивелируются одной характерной особенностью детско-подростковых психических расстройств - это быстрая динамика психопатологической симптоматики. И если у ребенка с диагнозом СДВГ при повторном осмотре через 2-3 мес. отмечаются все клинические признаки адинамической, тревожной или дистимической депрессии, то становится совершенно ясным, что мы имеем дело с биполярным аффективным расстройством, а то, что казалось гиперактивностью, было затяжной гипоманиакальной фазой (или продромальной манией, как ее еще называют).

Здесь особый акцент хотелось бы сделать на диагностике биполярных аффек-

тивных расстройств. Удивительное психическое заболевание, в картине которого уживаются следующие друг за другом с перерывом или без них депрессии и мании, существует не только у подростков и взрослых, но и у маленьких детей, но почему-то детские психиатры, если и видят депрессию, то, как правило, не замечают перехода к состоянию с противоположным знаком. Опасность состоит в том, что ребенок продолжает получать антидепрессанты, причем нередко антидепрессанты стимулирующего действия, что усугубляет выраженность маниакального состояния. И наоборот, лечение возбуждения некоторыми нейролептиками-депрессогенами (галоперидолом, неуплептилом, аминазином и т. п.) ведет к углублению депрессии и создает серьезную суицидальную опасность. Кроме того, если обнаруживаются повторяющиеся аффективные фазы и тем более биполярные аффективные фазы, необходимо думать об их профилактике, что вполне возможно в рамках современной психофармакологии. Тем не менее, почему-то крайне редко назначается даже простой в применении финлепсин, не говоря уже о солях лития, о которых молодые врачи даже не слышали, а те, кто постарше, постарались забыть, хотя ничего сложного в таком лечении нет, кроме длительности, необходимости периодически делать анализ крови и определения времени отмены профилактического лечения.

Современная система диагностики, в отличие от классической психиатрической диагностики, открывает широкие возможности для формального обозначения психической патологии. Можно одно и то же заболевание обозначить разными словами, например, шизофрению подогнать под шизотипическое расстройство личности или, если захочется, атипичный аутизм. Можно поставить несколько диагнозов. Этот широкий диапазон диагностики иногда даже импонирует, когда для относительного спокойствия родителей удастся заменить неприятно звучащий диагноз на более благозвучный и, с точки зрения обывателя, свидетельствующий о меньшем повреждении психики. Между тем, система диагностики, в рамках которой работает современный психиатр, не дает никаких указаний ни на социальный прогноз, ни на методы лечения. Но, к сожалению, именно МКБ нередко становится для врача настольной книгой или даже единственным учебником по детской психиатрии. И не только психиатры, но и психологи, и даже родители больных детей предпочитают разговаривать цифрами в дополнение к букве «F».

Я очень прошу не расценивать эти слова как ностальгический монолог об ушедших 70-х. Мы никуда не уйдем от тех всемирных тенденций на всеобщую формализацию всего, в том числе диагностики и лечения психически больных детей. Просто очень хочется, чтобы современные психиатры знали, что кроется за рубриками международных классификаций, и сохранили открытия многих поколений гениальных клиницистов. Для этого достаточно читать классическую специальную литературу, в том числе старые книжки с прекрасными клиническими иллюстрациями, и то немалое число исследований целых проблемных институтов, которые теперь почему-то нередко стыдливо замалчиваются. Все, как известно, развивается по спирали, и будет очень жаль утратить весь полуторавековой опыт психиатрической науки и начать учиться заново, когда родятся новый Ясперс, Блейлер, Сухарева, Снежневский.

КОНЦЕПЦИЯ МНОГОУРОВНЕВОЙ ТЕРАПИИ КАК ИДЕОЛОГИЯ МЕЖПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

Российская медицинская академия последипломного образования, НЦ психического здоровья РАМН, Ассоциация детских психиатров и психологов (Москва).

Диалектическая биопсихосоциальная сущность ребенка характеризуется активным эволютивным онтогенезом, т. е. формированием, созреванием и развитием тела, души и духа в едином контекстуальном процессе, определяемом наследственностью, изменчивостью и отбором. Это обуславливает тот факт, что любое серьезное или длительное неблагополучие ребенка в его соматическом здоровье или в условиях жизни и воспитания чревато возникновением дизонтогенетических механизмов на уровне психики – психическим дизонтогенезом (Г.Е. Сухарева, Г.К. Ушаков, В.В. Ковалев, В.В. Лебединский), проявляющимся эмоциональными, волевыми и интеллектуальными нарушениями.

Помимо экзогенно-органических (соматогенных и первично-энцефалопатических) и экзогенно-психогенных (депривационных и социогенных) факторов дизонтогенез психических свойств, функций и компонентов личности того или иного типа или сочетания нескольких типов (В.В. Ковалев, В.В. Лебединский) может быть обусловлен и несовершенством генетической программы. Последняя определяет как первично-дизонтогенетические формы патологии (врожденные формы умственной отсталости или задержек интеллектуального развития, психический инфантилизм, наследственно-конституциональные психопатии), так и вторично-дизонтогенетические эффекты так называемых эндогенных заболеваний (шизофрении, криптогенной эпилепсии, МДП). Эти эффекты могут преимущественно затрагивать интеллектуальную сферу («олигофренический плюс» при рано начавшемся заболевании, деменция при распаде уже сформированных функций, а также сочетание признаков ущерба и недоразвития), либо в большей степени отражаться на эмоционально-волевых свойствах (психопатоподобный дефект основного заболевания).

Изучение динамики психических расстройств у детей показывает, что энцефалопатические, дизонтогенетические и психогенные механизмы находятся в непрерывном динамическом взаимодействии, передавая «эстафету лидерства», что отражается на клинической диагностике одного и того же наблюдения в разном возрасте пациента. Так, «перинатальная энцефалопатия», связанная с повреждением мозга во время беременности или родов, частично компенсировавшись, но до конца не исчезнув, реализуется в минимальной мозговой дисфункции, клинически обозначаемой как дизонтогенетическое расстройство в форме «синдрома дефицита внимания с гиперактивностью», либо «гиперкинетическое расстройство поведения». Последнее, в свою очередь, само порождает конфликты ребенка с окружающими и ответное реагирование на них в форме «невротических», «психосоматических» или «патохарактерологических» реакций, что свидетельствует о приобретении ведущей роли психогенными механизмами. Длительное же существование психогенных реакций (через этап затяжного психогенного состояния) приводит к нарушению формирования социальных структур индивидуальности, т. е. к дизонтогенезу на уровне характера и личности. Это диагностируется уже как «невротическое», «психосоматическое» или «патохарактерологическое» развитие личности, являющееся по сути «нажитой», или «краевой», психопатией (О.В. Кербиков, А.Е. Личко, В.В. Ковалев). Описанная динамика взаимодействия

энцефалопатических, дизонтогенетических и психогенных факторов является тем «бермудским треугольником», в котором нередко «тонут» пациенты и беспомощно «барахтаются» специалисты, искренне пытающиеся им помочь.

Особенно наглядна указанная безысходность в тех случаях, когда диагностикой и коррекцией сложной патологической системы пытаются заниматься представители смежных специальностей в отрыве друг от друга, забывая о том, что всякая система характеризуется «устойчивым патологическим состоянием» (Н.П. Бехтерева) и обладает механизмами самосохранения, упорно сопротивляющимися односторонним попыткам ее изменения. Так, не решив проблемы с источником дисметаболической энцефалопатии (гипоксической, печеночной, почечной, гипогликемической, тиреоидной, витаминдефицитной, интоксикационной или медикаментозной природы) трудно рассчитывать на серьезный и стойкий эффект коррекционно-педагогических мероприятий в отношении когнитивных нарушений (А.Н. Боголепова, Н.Н. Яхно, В.В. Захаров). С другой стороны, ни одна таблетка ничему не учит, а пропущенные или несовершенно пройденные сенситивные периоды развития сами по себе не компенсируются, и требуется специальная интенсивная и кропотливая работа по ликвидации дизонтогенетически обусловленной дефицитарности пациента в его психическом функционировании (В.В. Лебединский). Если ребенок не слушается собственных родителей, то без серьезной психотерапевтической работы с семьей трудно рассчитывать как на успешность усилий логопедов, дефектологов, психологов, педагогов по коррекции его интеллектуально-мнестических нарушений, так и на позитивные перспективы его дальнейшей социализации.

Не случайно современный подход к оценке психического состояния детей и подростков (одна из немногих безусловно положительных характеристик действующей Международной классификации) предполагает осуществление многоосевой диагностики, включающей три клинические и три психологические (в т. ч. социально-психологические) шкалы (МКБ-10). Первая ось – «клинические психопатологические синдромы» - включает: общие расстройства развития; поведенческие и эмоциональные расстройства, характерные для детского и подросткового возраста; органические, в том числе симптоматические психические расстройства; состояния химической зависимости; шизофрению; аффективные расстройства; невротические, обусловленные стрессом и соматоформные расстройства; поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами; расстройства и поведения у взрослых (психопатии). Вторая ось – «специфические расстройства психического развития» - включает: специфические расстройства развития речи; расстройства развития школьных навыков (дислексию, дисграфию, дискалькулию); специфические расстройства развития двигательных функций и смешанные расстройства развития. Третья ось – «уровень интеллекта» - предполагает диагностику умственной отсталости: легкой; умеренной; тяжелой и глубокой степени вне зависимости от ее природы (которая может быть отражена в других осях). Четвертая ось – «соматические состояния, часто сочетающиеся с психическими и поведенческими расстройствами», шифруемые в разных (непсихиатрических) рубриках МКБ-10. Пятая ось – «сопутствующие аномальные психосоциальные ситуации» отражает: внутрисемейные отношения; особенности микросоциального окружения; острые стрессовые события; факторы, связанные с психическими расстройствами самого ребенка. Наконец, шестая ось предназначена для общей оценки нарушений психосоциальной продуктивности: от отличного социального функционирования до глубокого общего нарушения социальной продуктивности.

Многоосевая диагностика, таким образом, предполагает комплексное участие разных специалистов, прежде всего врачей разного профиля, психологов, педагогов и социальных работников в терапии и реабилитации детей с различными формами психической патологии (А.А. Северный).

В свете вышеизложенного нами предлагается концепция многоуровневого лечебно-коррекционного подхода к терапии детей и подростков с психическими расстройствами, успешно реализуемая в отношении пациентов с самой различной патологией (Ю.С. Шевченко). Каждый уровень включает как общую, так и специфическую направленность лечебно-коррекционных воздействий и, соответственно, ведущую роль того или иного специалиста.

Первый уровень – метаболический. Биологическая, в первую очередь медикаментозная терапия на этом уровне имеет несколько ориентиров: общесоматический, соответствующий принципу «В здоровом теле – здоровый дух» и предполагающий при необходимости участие педиатров различного профиля (в соответствии с четвертой осью многоосевой диагностики); церебральный, направленный на улучшение обменных процессов в мозге, его насыщение кислородом, повышение энергетики, нормализацию внутричерепного давления, компенсацию резидуальной энцефалопатии и сглаживание ее интеллектуально-мнестических проявлений, что предполагает взаимодействие психиатра и невролога; психопатологический, ориентированный на астенические, аффективные, неврозоподобные, психопатоподобные проявления психоорганического синдрома, а также пограничные и/или психотические симптомы иной природы.

К этому уровню в качестве дополнительных средств воздействия можно отнести различные формы физиотерапии, лечебной физкультуры, ароматерапию, магнитотерапию, гипербарическую оксигенацию, используемую как в педиатрии, так и в общей психиатрии и совершенно не освоенную детскими психиатрическими учреждениями (С.А. Байдин, В.Г. Подсеваткин) и проч.

Второй уровень – нейрофизиологический. Он представлен нейропсихологической коррекцией (А.В. Семенович, Б.А. Архипов, В.А. Корнеева, Ю.С. Шевченко), направленной на исправление дизнейроонтогенетически-дизонтогенетических дефектов функций основных блоков мозга (по А.Р. Лурия), ответственных за *энергетическое обеспечение* всего организма (1-й блок - функции активации, энергоснабжения и статокINETического баланса психических процессов), *операциональную деятельность* мозга на уровне сенсорно-информационных систем, их внутри- и межполушарное взаимодействие и психомоторную реализацию (2-й блок - функции операционального обеспечения сенсомоторного взаимодействия с внешним миром), произвольно-волевое, разумное поведение и чисто человеческое мышление (3-й блок - функции произвольной регуляции и смыслообразования психомоторных процессов). Ее неспецифическое воздействие на те или иные интрапсихические и психосоматические расстройства реализуется за счет оптимизации церебральных процессов, повышения их экономичности, улучшения «материального» обеспечения душевно-духовного существования и саногенного взаимодействия «тела» и «духа». Специфический эффект нейропсихологической коррекции заключается в воздействии на церебральные причины когнитивных расстройств, в частности, за счет расширения и развития связей между полушариями, совершенствования функциональных механизмов сенсомоторных и пространственно-временных предпосылок речевых и счетных операций, церебральных механизмов вербального и невербального интеллекта и его предпосылок. *Так, работа с доминантной рукой (у правшей с правой) стимулирует левые поля Бродмана 44 и 45, образующие зону Брока, что у детей с мо-*

торной алалией способствует освоению членораздельных звуков. Тогда как нагрузка на левую руку, активизируя те же поля правого полушария, развивает у них, а также у детей с элективным мутизмом (отличающихся бездумной болтовней в привычных, обычно домашних условиях) интонационную и контекстную сторону речи. В филогенезе человека эволюция мозга определялась параллельным развитием совершенствования орудийной деятельности и речи (А. Марков). В онтогенезе этот путь повторяется от забивания гвоздя и приготовления пищи до изготовления ребенком из ветки дерева рогатки или свистка с помощью перочинного ножика.

Кстати, тот факт, что многие современные дети практически не играют в традиционные подвижные игры ни с родителями, ни со сверстниками, а также, как правило, не занимаются трудовой деятельностью (требующей сложного мышления, планирования и координации последовательностей целенаправленных действий), крайне негативно сказывается на их как социальном, так и психомоторном, интеллектуальном и речевом развитии. Естественной профилактикой нейропсихологической дефицитарности являются также регулярное плавание и занятия спортом.

К сожалению, количество детских нейропсихологов в стране ничтожно мало, а профессионально занимающихся не только диагностикой, но и сенсомоторной коррекцией – единицы. Это ставит вопрос об их подготовке и официальном введении в номенклатуру специалистов.

Третий уровень – синдромальный. В случае когнитивных расстройств работу на этом уровне осуществляют коррекционный педагог, логопед-дефектолог, детский психолог, также ставящие перед собой как общеразвивающие, так и специальные задачи, обусловленные конкретным патопсихологическим синдромом – моторная или сенсомоторная алалия; нарушение созревания счета, чтения, письма; дефицит внимания, расторможенность и импульсивность в структуре СДВГ; алекситимия при психосоматических расстройствах; антиципационная недостаточность при формирующейся психопатии, разноплановость мышления при шизофрении и т. д. (Б.В. Зейгарник, С.Я. Рубинштейн, В.Д. Менделевич).

Оснащенность указанными выше специалистами, хоть и недостаточная, но все же представляется более благополучной, чем теми, кто должен работать на прочих «немедикаментозных» уровнях (А.А. Северный, Н.М. Иовчук, Ю.С. Шевченко). Однако это справедливо только для крупных городов. Что касается сельской местности, то там учитель начальных классов оставлен один на один с интеллектуальными, речевыми, эмоциональными и поведенческими проблемами своих пациентов, не имея для соответствующей работы с ними ни профессиональных, ни организационных, ни временных ресурсов. Ситуация усугубляется тем, что после перевода сельских школ на «подушевое» финансирование в них не осталось ни школьных психологов, ни социальных педагогов.

Четвертый уровень – поведенческий. Его задача - формирование и закрепление желательных и подавление нежелательных моделей поведения для облегчения социальной адаптации и повышения конформности в референтной группе с помощью бихевиоральной, когнитивной, суггестивной и других видов психотерапии. Неспецифический аспект данного уровня, обуславливающий в ряде случаев необходимость именно с него начинать всю психокоррекционную программу, заключается в том, что прежде всего бывает необходимо добиться от ребенка элементарного послушания родителям, а затем и другим взрослым, с которыми ему предстоит работать. Только сформировав у ребенка принятие и выполнение инструкций «нельзя» и «надо» (с помощью приемов жесткого моделирования поведения, включая холдинг-терапию), т. е. преодолев эти первые ступени индивидуаль-

ной «лестницы поведенческих проблем» пациента, можно приступать к работе на втором, третьем и пятом уровнях комплексной терапии, а также решать более высокие задачи диагностико-терапевтического процесса данного уровня.

В процессе когнитивно-поведенческой психотерапии преодолеваются ригидные архаические механизмы психологической защиты, расширяется поведенческий диапазон реагирования в конфликтных ситуациях, осваиваются социально приемлемые способы экспрессивной канализации агрессии, приемы саморегуляции в эмоционально значимых ситуациях (АТ, парадоксальная интенция), десенсибилизируются индивидуально типичные стрессогенные факторы, анализируются и дезактуализируются вторичные рентные установки. Работу на данном уровне, предполагающем обучение родителей и педагогов технике модификации поведения (когнитивно-бихевиоральная психотерапия..., Б.З. Драпкин), в принципе могут осуществлять специально подготовленные психиатры (в Германии соответствующая врачебная специальность называется «детский психиатр-психотерапевт»), а также школьные психологи и социальные педагоги.

Обучение социальным «правилам игры» раньше спонтанно происходило в многодетных семьях, дворовых ватагах, культивировалось пионерскими организациями, тимуровскими командами и трудовыми лагерями. Современной альтернативой исчезнувших носителей социальных институций могут служить (хоть и далеко не полностью) скаутские организации, летние оздоровительные и военно-спортивные лагеря, групповые виды спорта.

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

Примером преодоления родительско-детского перфекционизма может служить беседа, объективизирующая (по часам) школьную перегрузку, нарушающую положения «гигиены труда» («учебная неделя» одного из наших пациентов, ученика 6 класса, насчитывала 60 часов без учета занятий музыкой), исправляющая нереалистическое отношение к оценкам (пять – «хорошо», три — «плохо»), завышенный уровень притязаний («чемпионство во всех видах школьного многоборья») и подводящая к выводу о том, что главный учебный «предмет» - это ПРИЛЕЖАНИЕ. Кстати, и в царской России, и в советское время в начальной школе оценка за прилежание официально существовала наряду с другими. Соответственно, родителям следует оценивать, в первую очередь, отношение ребенка к труду (которое будет определять его успешность всю последующую жизнь) и хвалить, прежде всего, за старание, а не за конечный результат (который зависит от многих объективных и субъективных факторов) и уж тем более не за поставленную учителем отметку. Моделируя на этой основе ситуации успеха можно формировать у ребенка «комплекс полноценности» без угрозы надорвать его силы еще до того, как он сам выберет себе работу «по душе» и «по способностям».

Ключевой организационно-методической формой работы на этом уровне (завершающей, а порой предвосхищающей прочие формы немедикаментозного воздействия) является интегративная семейно-групповая методика интенсивно-экспрессивной психотерапии и психокоррекции (ИНТЭКС), разработанная Ю.С. Шевченко и В.П. Добриденем (2004) на основе концепции онтогенетически-ориентированной (реконструктивно-кондуктивной) психотерапии (Ю.С. Шевченко). Особенности проведения методики ИНТЭКС - восемь дней непрерывного погружения в психотерапевтический процесс (минимум 64 часа собственно лечебно-коррекционной работы), завершаемого сеансом эмоционально-стрессового воздействия, построенного по сценарию традиционно-архетипического

ритуала инициации, позволяют, помимо всего прочего, разрушить инертные интра- и экстрапсихические механизмы устойчивого патологического состояния.

Изложенная концепция не только дает ориентиры для продуктивного взаимодействия специалистов, отвечающих за социально-психологическое здоровье подрастающего поколения, но и показывает необходимость преодоления сохраняющейся межведомственной разобщенности, а также планирования подготовки соответствующих специалистов при реализации реформ здравоохранения и образования.

А.П. Чуприков

ЛЕЧЕБНОЕ И ОЗДОРАВЛИВАЮЩЕЕ ОБЩЕНИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ЖИВОТНЫМИ

**Национальная медицинская академия последипломного образования им.
П.Л. Шупика (Киев).**

Резюме. В мире отмечается бурный рост анималотерапии, распространены центры иппотерапии. Существуют питомники для разведения собак для людей с особыми потребностями. Существует около 600 дельфинариев, в большинстве которых проводится купание с больными детьми. При этом в странах СНГ анималотерапия игнорируется детскими психоневрологами, и ею занимаются коррекционные педагоги и психологи. Считаем, что настало время серьезно отнестись к тем позитивным результатам анималотерапии, которые наблюдаются у детей с аутизмом, с интеллектуально-когнитивным дефицитом, детей с ДЦП и др. Анималотерапия должна входить в комплексную терапию и реабилитацию детей с особыми потребностями.

Ключевые слова: анималотерапия, детский аутизм, умственная отсталость, реабилитация, коррекция.

В жизни современных детей и подростков виртуальный мир все более вытесняет ранее привычные формы общения с окружающим миром, природой и животными. Кое-кто из публицистов утверждает, что мы, старшее поколение, присутствуем при рождении новой цивилизации, в которой электронное взаимодействие, все более качественное и изощренное, заменит многие нынешние сферы жизнедеятельности. Тем не менее, потребность в общении с природой и животными остается важным лечебным и оздоравливающим фактором для подрастающего поколения [5].

Лечебное общение с животными получило название анималотерапии. Анималотерапия считается комплексным многофункциональным методом реабилитации. В ее современном виде анималотерапия была начата канадским детским психиатром Б. Левинсоном в 1962 г., на приеме у которого «работала» собака, помогая врачу налаживать контакт с маленькими пациентами, ускоряя терапевтический процесс. Это было особенно необходимо в работе с замкнутыми, нелюдимыми детьми, в частности, страдающим аутизмом и шизофренией. Сейчас в мире наблюдается настоящий бум анималотерапии. Во многих клиниках и лечебных центрах проводятся оздоравливающие и лечебные процедуры с привлечением различных животных. Особенно распространены иппотерапевтические центры, которые, в отличие от ситуации в странах Восточной Европы, получают муниципальную и государственную финансовую поддержку и нацелены на помощь детям-инвалидам с различными психоневрологическими заболеваниями. Анималотерапевты также работают в больницах для детей и взрослых, в домах для лиц пожилого возраста, в воинских частях и тюрьмах США. Зарубежный опыт показывает

перспективность широкого использования методов анималотерапии для социокультурной коммуникации людей с инвалидностью.

Выделяются следующие виды взаимодействия [3]: деятельность с участием животных (пассивная и активная) и терапия с участием животных. Наиболее распространенными и известными направлениями терапии являются канистерапия, иппотерапия и дельфинотерапия.

Канистерапия. Как и все другие направления анималотерапии, она является междисциплинарной сферой деятельности, которая сочетает теорию и практику кинологии, медицины, педагогики и психологии.

Уважения заслуживает опыт российских специалистов (Фонд «Ордынцы»), которые работают с учащимися школ-интернатов, воспитанниками социально-реабилитационных центров, воспитанниками интернатов системы соцзащиты, пациентами психоневрологических больниц и интернатов. В Фонде «Ордынцы», разработаны и реализуются специальные программы терапевтического взаимодействия детей с собаками в виде реабилитационного курса «Юный кинолог» [3]. Курс осуществляет следующие задачи: углубление социализации детей и подростков путем терапевтического воздействия на эмоционально-волевую и когнитивную сферы; активизация психомоторики; формирование экологогуманистического мировоззрения с усвоением знаний в области ветеринарии и кинологии; формирование умений и навыков воспитания и дрессировки животных. Подобные задачи имеют место и при других видах анималотерапии. Курс рассчитан на 24 академических часа (10 занятий) с группой 10—20 детей (подростков) с нарушениями развития. Занятия проводятся в питомнике, имеющем площадку для проведения соревнований. В курсе принимают участие 10 специально обученных собак: среднеазиатская овчарка, немецкая овчарка, ротвейлер, лабрадор, фокстерьер, шелти, карликовый пинчер, ирландский волкодав, боксер, вельш-корги. Дети получают и выполняют домашние задания: раскраски, рисунки собак, сочинения, скульптурки из глины и пластилина.

Дельфинотерапия. Мысль о том, что общение с дельфинами может создавать лечебное воздействие, была высказана в 50—60 годы прошлого века. С того времени дельфинотерапию начали применять для реабилитации детей и подростков с психоневрологическими расстройствами. В настоящее время в мире существует около 600 дельфинариев. В Украине дельфинотерапией стали заниматься в 80-х годах в г. Севастополе, в Государственном океанариуме Министерства обороны СССР под руководством Л.Н. Лукиной. За последние годы появились новые дельфинарии в Киеве, Донецке, Харькове, Одессе, Сочи, под Анапой (объединение «Немо»).

Эффективность дельфинотерапии обусловлена уникальными способностями дельфинов. У них развиты когнитивные способности и любознательность, что дает возможность их легко обучать. Им присуща вариативность поведения, они обладают высокой степенью социализации, что выражается в зооиерархии — системе общения как внутри стаи, так и в дружелюбном отношении к представителям других видов, в частности, к человеку [2].

Считается, что основным фактором, действующим в дельфинотерапии, является локация пациента в воде дельфином с помощью сонара, излучающего звуки разной частоты. Прикосновение к коже дельфина в ходе поглаживания и выполнения упражнений считается весомым лечебным фактором, тем более что кожа животного имеет большое количество биологически активных точек и определенный электромагнитный потенциал. Большое значение имеет также психотерапевтический радикал. Общение с экзотическим доброжелательным и жизнерадост-

ным животным содержит элементы эмоционального потрясения, или эффект «позитивного культурного шока». Дельфинотерапия, проводимая квалифицированными психологами, имеет и элементы игровой терапии [4].

При проведении дельфинотерапии работает команда: врач (желательно детский психоневролог), тренер-специалист по содержанию, кормлению и воспитанию животных и медицинский психолог.

Рекомендуется прийти за 30—40 мин. до начала сеанса, чтобы ребенок успел адаптироваться к новому помещению, увидел, как другие дети занимаются с дельфинами, а также для получения рекомендаций психолога до начала занятия. Психолог, выполняя рекомендации врача, знакомится с родителями, изучает анамнез и индивидуальные особенности ребенка, вырабатывает стратегию проведения занятия.

Как правило, психолог просит ребенка погладить дельфина, который по знаку способен выпрыгнуть на помост. Дельфины обладают способностью к межвидовой коммуникации, что позволяет им находить разнообразные способы общения, гибко изменять свое поведение в зависимости от психофизического состояния ребенка. Игровое общение с дельфинами проходит в комплексе с выполнением физических упражнений, направленных на развитие крупной моторики, ориентацию в пространстве, координацию движений. Для детей с нарушением коммуникации, моторных навыков и познавательных процессов игра с дельфином является стимулом к развитию психики и овладению новыми действиями. Ребенок (в случае необходимости — с помощью взрослых) бросает дельфину в воду игрушку, кольца или мяч, которые дельфин сразу возвращает ему. Следующим этапом может быть приближение к дельфину и его поглаживание. Проводится психологическая подготовка ребенка к проведению последующих сеансов в воде. После тактильного контакта с водой и дельфином ребенка просят сесть на помост и опустить ноги в воду. Тренер в это время определяет задачи дельфину, руководствуясь стремлением максимально сформировать визуальные, тактильные, акустические и биоэнергетические связи «дельфин—ребенок». Когда ребенок попадает в бассейн, он выполняет различные упражнения согласно своим коммуникативным и речевым возможностям. Желательно сформировать положительный эмоциональный фон у ребенка при контакте с животным, поощряются различные виды тактильной стимуляции и самостоятельные действия ребенка при этом. Тренером поощряются акустические сигналы дельфина в направлении ребенка с соответствующим голосовым сопровождением. В конце сеанса отрабатывается прощание ребенка с дельфином.

Желательно провести не менее 10 сеансов. В ходе их закрепляются навыки общения ребенка с дельфином. Например, возможно совместное рисование ребенка с дельфином. Ребенок с родителями заранее готовит рисунок, во время сеанса дельфин «дорисовывает» изображение, которое держит перед ним ребенок.

После курса дельфинотерапии у детей с аутизмом, задержками психоречевого и статокинетического развития, умственной отсталостью, как правило, улучшается эмоционально-волевая сфера, они становятся более самостоятельными, самоорганизованными, растет контактная доступность детей.

Московские специалисты Е.Л. Бутова и О.А. Насибулова разработали реабилитационную программу дельфинотерапии для детей с расстройствами спектра аутизма (РСА) и с ДЦП. Содержание занятий определялось интеллектуальными, коммуникативными и физическими возможностями каждого ребенка, для каждого составлялась индивидуальная программа. Построение программы проходит по концентрическому принципу, предусматривается увеличение уровня знаний и умений, т. е. содержание занятий усложняется на каждом последующем курсе. В украинских

дельфинариях «Немо» также выполняются специально разработанные программы.

Под влиянием дельфинотерапии у детей с расстройствами спектра аутизма (РСА) улучшается коммуникация с окружающим миром, улучшается настроение и аппетит, появляется дневной сон, а ночной становится длительным и глубоким. Важным положительным эффектом можно считать появление зрительного контакта, который появляется, как правило, уже после первого курса дельфинотерапии. По данным Б.П. Поповского и соавт. [2], из общего количества детей, которые прошли дельфинотерапию в киевском дельфинарии «Немо», до 75%—80% демонстрировали те или другие признаки улучшения психического состояния.

При сочетании РСА с гиперактивностью и дефицитом внимания дельфинотерапия положительно влияет также и на симптомы СДВГ. Улучшается ситуация также в случаях энуреза и нервных тиков. У детей с умственной отсталостью улучшается социализация, появляются новые коммуникативные навыки.

Электроэнцефалографические исследования показывают, что помимо эффекта синхронизации биоэлектрической активности мозга имеет место активизация тех участков мозга, которые почти не работали до дельфинотерапии. Вместе с психоэмоциональным эффектом после сеансов дельфинотерапии наблюдаются существенные спазмолитические, миорелаксирующие эффекты, нормализация мышечного тонуса и висцеральной мускулатуры, существенное обогащение энергетики биоритмики мозга.

В Вюрцбурге (Германия) разработали программу для детей 5—10 лет, имеющих проблемы в общении. Смысл терапии заключается в том, что дельфин понимает ребенка, которого даже родители понимают не очень хорошо. Общение с животным обеспечивает ребенку принятие, создает ощущение успеха. Во Флориде (США) семьи детей 3—9 лет плавают все вместе. Было замечено, что меняется поведение не только детей, но и родителей: если с начала они особенно контролировали поведение ребенка, то в конце курса они уже вместе играли и общались с дельфином. То есть в присутствии дельфина быстро развивалось понимание и взаимодействие между родителями и детьми.

Дельфинотерапия может сочетаться с другими методами лечения и психолого-педагогической коррекции. Иногда дельфинотерапия позволяет уменьшить дозы некоторых препаратов, поскольку может усиливать их действие.

Вместе с тем, противопоказаниями для проведения дельфинотерапии являются дезинтегративные психические расстройства, шизофренический процесс, эпилепсия и эпилептиформные состояния.

Фундаментальные научные исследования и практика показывают беспочвенность требований «защитников животных» отказаться от использования дельфинов для терапии детей и взрослых с различными расстройствами и заболеваниями, и вообще — отказаться от содержания морских животных в неволе. В дельфинотерапии используются животные, родившиеся в дельфинариях, а также те, которые пострадали от болезней и аварий, были вылечены и приручены человеком — они уже не способны жить в условиях дикой природы. Бережное отношение к этим животным, полноценное питание, ветеринарный осмотр являются необходимыми условиями работы дельфинария.

Дельфинотерапия, безусловно, имеет право на существование в качестве одного из многих методов улучшения состояния ребенка с РСА и другими расстройствами, улучшения качества его жизни и жизненной компетенции.

Иппотерапия — еще один комплексный многофункциональный метод реабилитации. Центры иппотерапии есть во многих странах: в США, странах Латинской Америки, Великобритании, Германии, Франции, Испании, Польше, России,

Белоруссии, Грузии и др.

Многовековое сосуществование коней с человеком дало возможность хорошо изучить способности и возможности лошадей: чувствительность, доброжелательность по отношению к людям. Лошадь чувствует настроение, эмоции, состояние человека и реагирует на них. Может приспосабливаться к всаднику, к его движениям, состоянию и т. п. Поведение лошади хорошо предсказуемо, конь способен к обучению и с удовольствием взаимодействует с человеком, приспосабливается к нему, учит держать баланс. Температура тела лошади на 1,5—2 градуса выше, чем у человека, что само по себе имеет терапевтический эффект.

Механизмы положительного влияния на психомоторику человека иппотерапии сегодня известны. В процессе верховой езды в работу включаются все группы мышц тела. Это происходит на рефлекторном уровне, поскольку сидя на лошади, двигаясь вместе с ней, человек старается сохранить равновесие, чтобы не упасть, и тем самым побуждает к активной работе все группы мышц. В удерживании телом всадника вертикального положения значительную роль играет система координации и активность мышц таза и спины. Симметричность нагрузок на всех осях предусматривает необходимость симметричного функционирования всех групп мышц, которые обеспечивают посадку ребенка. Этот фактор играет важную роль при работе с детьми, имеющими асимметричные двигательные расстройства (которые присущи, в том числе, и детям с аутизмом). Коррекционный эффект имеет также влияние на мускулатуру всадника низкочастотных колебаний тела движущегося животного, что способствует снижению повышенного тонуса и росту объема движений в конечностях. Дозированные нагрузки на вестибулярный аппарат благотворно влияют на нормализацию его функции, улучшают статико-кинетическую организацию моторики, способствуют приобретению уверенности в движениях. Нейрофизиологически влияние упомянутых колебательных движений лошади на систему вестибулярного аппарата приводит к притоку импульсов с его проводящих путей.

Этапы иппотерапевтического процесса: ознакомление с лошастью, посадка на лошадь, самостоятельное спешивание, езда с седлом и без седла, посыл в шаг и остановки на шагу, применение средств управления во время езды шагом (остановки, обороты, изменения направления при езде шагом), гимнастические упражнения сначала на неподвижном животном, затем — во время ходьбы, применение элементов манежной езды шагом, управление без подстраховки (в отдельных случаях со стременем и езда на корде), применение бега лошади — рыси (для старших и уверенных в себе детей).

Упражнения на неподвижном коне для маленьких детей: укладывание вдоль и поперек лошади (на спину и на живот); движения руками (вверх, в сторону, вперед с акцентом на супинацию и работу пальцами): «Покажи, где у лошади ушки, грива, хвост?»; повороты в стороны (руки на пояс или в стороны); вращательные движения в плечевых, локтевых и лучезапястных суставах; подъемы плеч поочередно и вместе; упражнения с фиксацией рук в положении «за голову» и на поясе (наклоны и повороты из этих исходных положений); наклоны вперед и назад; наклоны с касанием пальцами руки области голеностопного сустава противоположной конечности; разгибание в голеностопных суставах — подъемы на стременах; дыхательные упражнения; выполнение упражнений с асимметричной посадкой; использование элементов подвижных игр — набрасывание кольца и др..

Когда ребенок хорошо выполняет упражнения на неподвижном животном, предлагается выполнение упражнений во время ходьбы животного.

Целесообразно акцентировать внимание на следующих моментах:

- адекватная эмоциональная окраска занятия;
- как можно более четкое выполнение ребенком инструкций;
- качество выполнения упражнений;
- движения верхними и нижними конечностями;
- выполнение дыхательных упражнений, которые согласуются с ритмом движения лошади;
- отслеживание фиксированного предмета с поворотом глаз, головы и корпуса во время движения лошади широким кругом и по сложным траекториям.

Другие виды анималотерапии. За последнее десятилетие в дельфинариях начали использовать в качестве «терапевтов» других морских животных — белух, морских зайцев и т. п. В московском центре иппотерапии «Наш солнечный мир» накоплен успешный опыт попутного использования многих домашних животных: морских свинок, кроликов, черепах и т. д.

Таким образом, в современном обществе необходимо создавать условия для более тесного общения детей и подростков с животными. Это будет в определенной мере способствовать обогащению их психофизической картины окружающего мира и собственного места в нем, развитию экологической грамотности. Особенно это необходимо для детей с психоневрологическими проблемами, задержками развития психики и нервной системы разной природы. Пусть мы еще не в полной мере изучили природу влияния разных видов животных, их биоэнергетики на детей и подростков, но, тем не менее, по клиническим эффектам можно судить об их целебном воздействии, а также возможности потенцирования фармакотерапии. В некоторых странах министерства здравоохранения официально признают вспомогательными реабилитационными методами дельфино- и иппотерапию, в частности это случилось в Украине. Следует признать, что медики при осуществлении анималотерапии беспомощны без привлечения коррекционных психологов, педагогов, ветеринаров и других специалистов. Т. е. анималотерапия – междисциплинарный процесс. Однако развитие ее полностью зависит от коммерческих организаций, взявших на себя труд создания условий ее осуществления и одновременно развития и извлечения прибыли. Видимо настало время обратить внимание общества на многофункциональное значение анималотерапии и необходимость ее всесторонней поддержки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лукина Л.Н. Дельфинотерапия как система психофизической реабилитации людей. - НПП «ЭКОСИ-Гидрофизика», 2012. - 209 с.
2. Поповский Б. Удивительный мир дельфинов. – Киев, -2013,- 160 с.
3. Субботин А.А., Рашевская Л.Л. Лечебная кинология. Теоретические подходы и практическая реализация. - М., 2004, - 100 с.
4. Chuprikov A.P., Vanchova A., Keliushok S.V. et al. Dolphin Therapy for Children and Their Parents. – Odessa: Astroprint, 2009. - 17 p.
5. Veleminsky M. (Ed.) Zooterapie ve svete objektivnich poznatku. - Ceske Budejovice: Dona, 2007. - 335 p.

Chuprikov A.P.

MEDICAL AND HEALTH-IMPROVING COMMUNICATION OF CHILDREN AND TEENAGERS WITH ANIMALS

Shupik National Medical Academy of Postgraduate Education (Kiev, Ukraine).

Abstract: The rapid growth of animal therapy can be observed in the world today. There are different farms for breeding of dogs for the people with special needs. In the world there are about 600 dolphinariums, in the majority of which the bathing with sick children is carried out. Thus in Commonwealth of Independent States countries the ani-

mal therapy is ignored by children's psychoneurologists but correctional teachers and psychologists are involved in it. We consider that it is the time to consider those positive results of animal therapy which are observed at the children suffering from autism, mental and cognitive retardations, the children with cerebral spastic infantile paralysis, etc. The animal therapy should be included to the complex therapy and rehabilitation of the children with special needs.

Key words: animal therapy, child's autism, mental backwardness, rehabilitation, correction.

Л.П. Великанова

СТРАТЕГИЯ И ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ ПСИХОГЕННЫХ (НЕВРОТИЧЕСКИХ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ) РАССТРОЙСТВ

Астраханская государственная медицинская академия МЗ РФ (Астрахань).

«Будущее принадлежит медицине предупредительной.»

Н.И. Пирогов

Резюме. В статье представлена концепция стратегии первичной профилактики психогенных (психосоматических и невротических) расстройств, сформированная на основе анализа современного состояния психосоматического подхода в медицине и результатов клинко-психологического исследования свыше трех тысяч человек в возрастном диапазоне от 5 до 26 лет в 1986-2012 г.г. Изложены организационно-методические подходы к практической реализации первично-профилактических мероприятий с использованием психодиагностического скрининга на донозологическом этапе путем оптимизации работы психологических служб различных учреждений (здравоохранения, образования, военных ведомств).

Ключевые слова: первичная профилактика, психогенные расстройства, организация и реализация, психологическая служба.

Концепция стратегии первичной профилактики психогенных психосоматических расстройств сформировалась на основе анализа современного состояния психосоматического подхода в медицине, а также собственного клинко-психологического исследования в 1986-2012 г.г. В основу исследования были положены комплексный подход к изучению взаимосвязи соматической и психической сфер и анализ совокупности клинко-психопатологических и психодиагностических показателей на донозологическом и нозологическом этапах динамики развития психогенных (невротических и психосоматических) форм дизадаптации в различных возрастных группах. В возрастном диапазоне от 5 до 26 лет было обследовано свыше трех тысяч человек (3110).

Разработка принципов профилактики психогенных заболеваний предполагает современное понимание этиопатогенетических механизмов возникновения и течения указанных расстройств, динамическую связь первично-профилактических подходов с более общими гигиеническими (психогигиеническими) мероприятиями, с одной стороны, и собственно лечебными и вторично-профилактическими, с другой. Необходимым условием является организационная реалистичность предлагаемых технологий в плане их методического оснащения и кадрового обеспечения; достижение максимально большего охвата населения; возможность отслеживания и оценки эффективности профилактических мероприятий в процессе мониторингирования. В современной медицинской практике психосоматические рас-

стройства рассматриваются в рамках различной патологии, но около 95% из них имеют психогенное начало [12]. По определению 6-го семинара ВОЗ (1970), основной вариант психосоматических расстройств - это психофизиологическое сопровождение эмоций, являющееся их обязательной составной частью [цит. по 3]. Природа психогенных психосоматических и невротических расстройств на этапе психогенеза рассматривается как единая [1, 2, 4, 7, 13, 14], что обуславливает и единый подход к их первичной профилактике.

Собственно первичная профилактика должна ориентироваться и быть рассчитана на практически здоровых людей, но имеющих предрасполагающие (психологические, соматические) факторы, специфичные для развития психогенной патологии и ее соматоформной реализации. Первичная профилактика предполагает саногенное воздействие на «крайние варианты психического здоровья» [5] или на «предболезнь» [10].

С позиций системного анализа адаптация включает несколько подсистем: биологическую, психическую, социально-психологическую. Индивидуально-типологические (биотипические) характеристики играют роль в формировании типа реагирования на стресс, ведущих защитных механизмов, что открывает возможность прогнозирования путей развития психогенных реакций и их коррекции еще до того, как психогенез (характеризующийся эмоционально-личностным реагированием на индивидуально-значимые события) перейдет в патогенез (когда дизадаптирующие механизмы заболевания затрагивают всю социально-биологическую сущность человека). Подсистема эмоционального реагирования является определяющим регуляторным звеном в формировании адаптивной деятельности [11]. Именно эмоции сопрягают и объединяют в единую функциональную систему нейрофизиологический и социально-психологический уровни [1]. Исследование эмоциональной сферы способно дать значимую информацию о донозологическом этапе психогении, служащую также важным критерием ее количественной и качественной динамики. Следует учитывать также, что эмоциональные нарушения могут выступать не только как первое пусковое звено возникновения психогенных расстройств, но также и как фактор, способствующий декомпенсации и неблагоприятному течению (утяжелению) уже имеющихся расстройств, как психических (психогенных), так и соматических.

Связующей концепцией между психологической и соматической сферой является аффект, выражающийся в виде тоски, тревоги, страха нейро-вегетативно-эндокринных и моторных реакций [9]. Еще З. Фрейд описал модель формирования соматических симптомов как «эквивалента приступов невротической тревоги» [15]. Вегетативная нервная система благодаря ее особой чувствительности является приводным ремнем психического для всей соматики: висцеровегетативные реакции возникают в ходе адаптации в ответ даже на слабые эмоциональные стимулы [6]. Таким образом, исследование эмоциональной сферы дает возможность выявления индивидуального уровня устойчивости к различным формам и степеням стрессовых воздействий.

В разных возрастных группах наиболее подверженными риску развития невротической и психосоматической патологии следует считать контингенты с повышенным уровнем тревожности. Наиболее значимыми психологическими свойствами, влияющими на адаптацию в детско-подростковом и юношеском возрасте, являются особенности эмоционального статуса и эмоционального реагирования (эмоциональная устойчивость, уровень тревожности) и определяемые ими личностные качества - сенситивность, стеснительность, робость, педантизм, застреваемость. Прогностически наиболее значимыми показателями являются показатели уровня тре-

возможности, как личностной, так и ситуационной. В дошкольном возрасте прогностически неблагоприятным является и низкий уровень тревожности за счет доминирования в этом возрасте механизмов соматизации при психогенных расстройствах.

Как неврозы, так и психосоматические расстройства объединяет общая предрасположенность к психогенным декомпенсациям, о чем свидетельствуют выявленные корреляции клинических проявлений дизадаптации и устойчивые паттерны психодиагностических эмоциональных характеристик личности, прослеженные в динамике. Наиболее демонстративно эта общность проявляется на начальном, донозологическом этапе. Для дальнейшей динамики невротических расстройств более значимым является эмоциональная реактивность (высокая импрессивность), для патогенеза психосоматических расстройств - способность отреагирования эмоционального напряжения (низкая экспрессивность). На этапе развернутых невротических и психосоматических состояний включаются закономерности «сквозного синдрома»: при психосоматических состояниях происходит «выбор органа» (по В.Н. Мясищеву, [8]), то есть соматовегетативной системы, при невротических – окончательный выбор ведущего психопатологического синдрома.

Психодиагностическое исследование позволяет выявить те стороны и особенности личности, которые недоступны при обычном клиническом исследовании, тем более что речь идет об условно здоровых людях или о «группах риска», которые за медицинской помощью не обращаются и длительное время могут не попадать в поле зрения клиницистов. Психодиагностический скрининг с использованием батареи адекватно подобранных тестов - доступный и достоверно чувствительный инструментальный для донозологической диагностики и ранней профилактики психогенных психосоматических и невротических расстройств.

С практической точки, зрения реализация концепции профилактики в ходе практикуемых массовых профилактических осмотров едва ли выполнима. Выявить специфическую микросимптоматику, соответствующую напряжению адаптационного барьера или начальным формам дизадаптации, возможно в рамках целенаправленного и углубленного клинического интервью, занимающего около 1,5 часов при условии достаточной квалификации специалиста (психиатра, психотерапевта) в сочетании со специфическим клиническим опытом. При существующей системе организации общемедицинской практики, дефиците кадров специалистов, в частности детских и подростковых психиатров и психотерапевтов, такое обследование практически не осуществимо.

Посещение соматолога или психиатра – безусловное свидетельство манифестации расстройств (психических или психосоматических), выход их на клинический уровень. К тому же, обращению к психиатрам препятствует распространенная социальная стигматизация психических больных, несовершенство правового обеспечения психиатрической помощи, недостаточная обеспеченность практической медицины специалистами (особенно детскими психиатрами, которые изъяты из номенклатуры специальностей).

Необходимо изыскивать возможности для выявления латентных стадий заболеваний в формах, приемлемых для населения, не создавая дополнительных стрессовых ситуаций (в частности, ятрогении). Учитывая, что первично-профилактические мероприятия ориентированы на работу с практически здоровыми людьми, они должны проводиться соответствующими специалистами: психологами, психофизиологами, валеологами, а не психиатрами и терапевтами, с использованием атравматичных психодиагностических, психофизиологических скрининговых методик. Данная задача вполне в пределах компетенции и правовых возможностей психологических служб образовательных, дошкольных, меди-

цинских учреждений.

Представляется, что первый этап донозологической диагностики и выявления групп риска психогенных расстройств адаптации может быть реализован посредством использования потенциала практических психологов и их инструментария - психодиагностического скрининга - и их широкого внедрения в сферы здравоохранения и образования, обеспечивающие доступ к большим разновозрастным группам населения. Психологическое тестирование, столь распространенное в учреждениях системы дошкольного, школьного, специального, высшего образования, может быть дополнено конкретным и целенаправленным практическим профилактическим содержанием. Определенность психодиагностической мишени - эмоциональная сфера, а также адекватные возрасту тестовые комплекты формализованных и проективных психодиагностических методик, позволяют минимизировать и унифицировать усилия специалистов-психологов.

Психодиагностический скрининг групп населения призывного возраста может осуществляться в районных, областных, городских комиссариатах. Использование тестирования при поступлении в учебные заведения дает возможность решать проблемы не только адаптивности и психопрофилактики, но также и задачи определения профессиональной пригодности и толерантности к выбранной профессии и профилактировать развитие профессионального выгорания. Аналогичным образом первый этап может реализовываться в учреждениях здравоохранения медицинскими психологами.

На втором этапе, принимая во внимание выявленные в исследовании показатели тревожности, субдепрессии, нейротизма, состояние вегетативного тонуса, уточняется целостная картина психологического и соматического статуса с привлечением родителей, воспитателей, педагогов, школьных врачей и врачей детских образовательных учреждений, социальных педагогов. На этом этапе возможны упорядочивание режима, закаливающие процедуры, оптимизация внутрисемейных, школьных, межличностных отношений, коррекция психофизических нагрузок, программ и форм обучения с учетом выявленной уязвимости, мест «наименьшего сопротивления», физиологических особенностей. Каждый из специалистов - психолог, педагог, воспитатель, социальный педагог - работает в рамках своих профессиональных задач и профессиональной компетентности. В совокупности результатов разнонаправленных воздействий реализуется комплексный подход и обеспечивается интегративный результат. Такая модель не является единственной, возможна и другая организация первых этапов в зависимости от территориальной принадлежности (город, село) и кадрового обеспечения учреждения.

На третьем этапе, в случаях получения при психодиагностическом скрининге результатов, вызывающих сомнение в квалификации состояния или выходящих за пределы компетенции практического психолога (выраженные проявления акцентуированных черт характера, высокий уровень тревоги, депрессии, расстройства влечений, поведения), врачей образовательных учреждений, привлекаются более узкие специалисты: соматологи, психотерапевты, психиатры, медицинские психологи.

В общемедицинской практике целесообразно внедрение комплексных клинико-психологических обследований с привлечением медицинских психологов, что обеспечит полипрофессиональный, бригадный подход к профилактической работе, преемственность в работе различных специалистов - психологов, педагогов, врачей - соматологов, педиатров, психотерапевтов.

Перечисленные мероприятия позволят осуществлять медико-психологическое сопровождение здоровых в различных возрастных группах, которое предполагает использование психологических и физических методов повы-

шения стрессоустойчивости, толерантности к психическим нагрузкам, состояниям стресса и фрустрации. Решение этих задач требует не привлечения дополнительных ресурсов, а лишь более полного и рационального использования уже имеющихся психологов и педагогов-психологов в образовательной сфере и медицинских психологов в системе здравоохранения и интеграции их с другими специалистами образования, здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анохин П.К., Судаков К.В. Эмоции и здоровье // Будущее науки. – М., 1973. – С. 190-211.
2. Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. Лечение детей с психосоматическими расстройствами. – СПб.: Речь, 2002. – 560 с.
3. Губачев Ю.М., Стабровский Е.М. Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений. – Л.: Медицина, 1981. – 216 с.
4. Исаев Д.Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. – СПб.: Речь, 2005. – 400 с..
5. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. – М.: Медицина, 1979. – 608 с.
6. Краснушкин Е.К. Избранные труды. – М.: Медгиз, 1960. – 608 с.
7. Менделевич В.Д., Соловьева С.Л. Неврология и психосоматическая медицина. – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 608 с.
8. Мясищев В.Н. Личность и неврозы. – Л.: Изд-во ЛГУ, 1960. – 426 с.
9. Психосоматические расстройства. Тринадцатый доклад Комитета экспертов ВОЗ по психогигиене. – ВОЗ, Женева, 1965. – 128 с.
10. Семичов С.Б. Предболезненные психические расстройства. – Л., 1987. – 184 с.
11. Случевский Ф.И. Место психосоматических заболеваний в иерархии психических расстройств // Материалы VIII Всесоюзного съезда невропатологов, психиатров и наркологов, 1988. т.1. с.130-131.
12. Смулевич А.Б. Психосоматические расстройства // Руководство по психиатрии. В 2-х т. / А.С. Тиганов, А.В. Снежневский, Д.Д. Орловская / Под ред. А.С. Тиганова. – М.: Медицина, 1999. Т. 2. – С. 466-489.
13. Alexander F. (Александр Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение / Пер. с англ.- М.: ЭКСМО-Пресс, 2002. – 352 с.
14. (Bräutigam W.) Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: Кратк. учебн. Пер. с нем. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. – 376 с.
15. Freud S. On the grounds for detaching a particular syndrome from neurasthenia under the description “anxiety neurosis” (1895{1984}) / Freud S. // In Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud / Translated and edited by Strachey J. - London, Hogarth Press, 1962. – Vol. 3. – P. 85-117.
16. Mitscherlich. A. The mechanism of bi-phasic defense in psychosomatic diseases // Int. J. Psychoanal. – 1968. – V. 49. - P. 236-240.

L.P. Velikanova

THE STRATEGY AND ORGANIZATIONAL AND METHODOLOGICAL APPROACHES TO THE PREVENTION OF PSYCHOGENIC (NEUROTIC AND PSYCHOSOMATIC) DISORDERS

State educational institution of higher professional education, Astrakhan state medical Academy, the Ministry of Health of the Russian Federation (Astrakhan).

The article presents the concept of primary preventive strategies of psychogenic (psychosomatic and neurotic) disorders, formed on the basis of analysis of the current state of the psychosomatic approach in medicine. It is the result of clinical-psychological research of over three thousand people in the age range from 5 to 26 years in the period from 1986 till 2012 years. We represented the organizational and

methodical approaches to the practical implementation of primary preventive activities using psycho-diagnostic screening on prenatal stage through the optimization of the work of the psychological services of various agencies (health, education, the military departments).

Key words: primary prevention, psychogenic disorder, organization and implementation, psychological service.

Н.В. Зверева

ВОЗРАСТНЫЕ КРИЗИСЫ И ПРОБЛЕМА ПСИХОПАТОЛОГИИ РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

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

В этой теме, конечно, представлен взгляд психолога, поскольку психопатология развития – это медицинский термин, который используют в основном наши зарубежные коллеги для обозначения проблем нарушенного психического здоровья детей и подростков. Но прежде чем говорить о соотношении психологического понимания возрастных кризисов и психопатологии развития, необходимо сказать несколько общих слов о том, что такое возрастная периодизация и кризисы развития.

Проблема периодизации развития психики человека – действительно очень серьезный вопрос, в каждой науке о человеке находятся свои базовые возрастные периоды, обозначены их границы, определены главные фундаментальные основания для их выделения. Известно, что все науки о человеке опираются на собственные варианты периодизации человеческой жизни. В настоящее время указанная проблема претерпевает изменения в медицине, психологии, социологии не только в направлении выделения этапов жизни современного человека, их значения и смысла, но и в определении хронологических рамок выделяемых этапов. Мы, психологи, работаем вместе с психиатрами, с физиологами, а вот представления о возрастных границах периодов развития человека не совпадают. В психиатрии и психологии не совпадают временные рамки подросткового, юношеского и зрелого возрастов. Термин «пубертатный период» относится психиатрами к возрастному диапазону гораздо более широкому, чем тот, к которому его относят психологи. В частности, для Д.Б. Эльконина 16 лет – это последняя граница подросткового возраста, а для психиатров пубертат имеет место от 11 до 20-23 лет, включая т. о. подростковый и юношеский возраст в соответствии с психологическими критериями деления возрастов.

Безусловно, наиболее детально возрастная периодизация разработана в медицине и биологии, существует две категории принципов возрастной периодизации индивидуального развития человека:

1. Основаны на **биологических признаках**, рассматривающих жизненный цикл как ряд последовательно сменяющих друг друга стадий формирования индивида (например, зубной возраст, костный возраст и т. п.).

2. Опираются на **социальные характеристики** становления личности (отражает институты социализации – ясельный возраст, дошкольный, школьный).

Если в качестве основания для классификации берутся биологические признаки, которые рассматривают жизненный цикл как последовательно сменяющие друг друга стадии развития, в этих случаях мы можем говорить о «зубном» возрасте, или костном возрасте. Очевидно, когда речь идет о младенце, очень важно,

в каком возрасте появились зубы, когда речь идет о старике – важно, насколько сохранены кости, насколько все это позволяет самостоятельно жить.

Когда в качестве основания для классификации (периодизации) выбираются социальные параметры, характеристики становления личности, обычно используются институты социализации, тогда мы говорим о ясельном, дошкольном (детсадовском), школьном возрасте, сейчас можем еще говорить о студенческом возрасте.

Следующий важный момент – определение **границ онтогенеза**. Профессор факультета психологии СПбГУ, В.А. Ганзен, в своей работе «К системному описанию онтогенеза человека» (1980) представляет историю границ онтогенеза следующим образом: Э. Геккель – онтогенез ограничивается только эмбриональным периодом; А.Н. Северцов расширил понятие онтогенеза до возникновения взрослого половозрелого состояния; в дальнейшем В.Н. Никитин и другие определяли понятие онтогенеза как связующее для всей совокупности последовательных изменений организма от оплодотворенной яйцеклетки до старости и смерти. Таким образом, налицо эволюция содержания термина «онтогенез»: вначале оно включало только эмбриональный период - онтогенез, дальше – расширение границ на постнатальный период (детство) а теперь многие специалисты рассматривают онтогенез фактически как некий аналог, синоним развития вообще, и понятие «онтогенез» связывает всю совокупность последовательных изменений организма от зачатия жизни до смерти.

Отечественный психологический подход мне, как представителю московской психологической школы, импонирует. Невозможно говорить о психическом развитии, не обращаясь к нашим предшественникам, не обращаясь к имени Льва Семеновича Выготского, о котором сегодня на Конгрессе уже не раз говорили. Итак, психическое, физическое развитие ребенка протекает гетерохронно. Сменяют друг друга периоды – критические (быстрые по Л.С. Выготскому) и стабильные (медленные). Возрастные кризисы выделяются в различных психологических теориях. В отечественной психологии это культурно-историческая теория Л.С. Выготского, а также деятельностный системный подход к развитию (А.Н. Леонтьев, Д.Б. Эльконин). Дадим определение: возрастные кризисы – это периоды в развитии ребенка, характеризующиеся резкими качественными психологическими изменениями, это переходная фаза от одного возрастного периода к другому. Кризис разделяет стабильные возрастные периоды, связан со сменой ведущей деятельности и рождением психологических новообразований. Кризис –необходимый этап развития человека. Возрастные кризисы - это периоды, которые в развитии ребенка характеризуются, резкими, качественными психологическими изменениями. В контексте и отечественного, и современного зарубежного культурно-исторического подхода следует говорить о социальной ситуации развития, меняющейся в современном мире.

Отдавая дань Ленинградской психологической школе, следует обязательно назвать имя нашего замечательного ученого Бориса Герасимовича Ананьева, который говорил об эволюции и инволюции развития, внес существенный вклад в развитие наших представлений об индивидуальном развитии человека. Один из его учеников В.А. Ганзен говорил что есть «онтогенетическая сетка» (форма системного описания онтогенеза), охватывающей все этапы и уровни онтогенеза.

Традиционно в отечественной психологии выделяют следующие кризисы детства (Л.С. Выготский, Д.Б. Эльконин, Л.Ф. Обухова, Д.И. Фельдштейн, А.А. Реан, К.Н. Поливанова и мн.др.):

- новорожденности,
- первого года жизни,

- трех лет,
- семи лет,
- пубертатный (подростковый).

Все кризисы протекают у детей с широким спектром индивидуальных особенностей, обусловленных социальной ситуацией развития, морфофункциональными параметрами и другими индивидуальными особенностями ребенка. Не рассказывая подробно обо всех кризисах, остановимся, в качестве примера, на кризисе первого года жизни. Одним из новообразований первого года жизни выступает опосредствованность отношений ребенка и предметного мира, окружающих взрослых. Вообще говоря, психическое развитие ребенка в любом возрасте может быть либо «подстегнуто», либо «заторможено» в зависимости от характера взаимоотношений ребенка с окружающими взрослыми. Типичные проявления кризиса первого года жизни - «непослушание» в режимных моментах (сон, кормление, одевание и т. п.), однако «непослушание» может быть не только в период кризиса первого года жизни, но и вообще всех кризисов. Неадекватные требования взрослых могут порождать обидчивость, капризность, упрямство, агрессию, аффективные вспышки. По Л.С. Выготскому, в младенчестве можно выделить 2 стадии: пассивного и активного интереса к миру. Отметим, что выделяемые отечественными психологами кризисы развития неравнозначны. Авторы этих концепций предлагают разделить все кризисы на две группы. Первая группа - это кризисы, характеризующиеся недоразвитием операциональной сферы (кризис 1 года, 7 лет); кризис разрешается в предметной деятельности, системе «ребенок-вещь». Вторая группа включает кризисы, вызванные прежде всего отставанием мотивационной сферы ребенка в сравнении с развитием его операциональной стороны (кризис 3 лет, кризис 12-13 лет) - кризис разрешается в сфере человеческих отношений, системе «ребенок-взрослый». Такой подход опирается на представления Д.Б. Эльконина о содержании и направленности ведущей деятельности в разные возрастные эпохи.

Кризисы развития в представлении клинических и возрастных психологов, а также детских психиатров и педагогов, всегда связаны с риском возникновения заболевания. Об этом много говорится, хотелось бы обобщить некоторый имеющийся эмпирический материал по этой теме, а также осмыслить интуитивные переживания и представления, возникающие в связи с ней. Когда мы анализируем интеллектуальное и эмоциональное развитие ребенка, то видим, что возрастной кризис, его проживание ребенком иногда совпадает с началом заболевания. Дополнительное патологическое воздействие в период кризиса может быть настолько серьезным, что приводит к прерыванию, искажению, изменению всего последующего психического развития. Знание рисков развития патологии в кризисный период облегчает поиск возможных путей коррекции ребенка.

Рассмотрим соответствие ведущего типа деятельности и возрастного периода ребенка.

- Младенчество – общение со взрослым
- Раннее детство – предметная деятельность
- Дошкольное детство – игровая деятельность
- Младшие школьный возраст – учебная деятельность
- Подростковый возраст – интимно-личностное общение

Что будет, если болезнь возникнет в один из этих периодов? А мы знаем, что это регулярно происходит на каждом из них. Какие формы психопатологии развития будут этому соответствовать? Я, конечно, не отвечу на эти вопросы, я хочу еще раз их поставить. Думается, что в некоторых учебниках психиатрии и психо-

логии развития можно найти своего рода ключи к ответам на поставленные вопросы. Очевидно, что возрастные кризисы у детей и подростков с разными типами дизонтогенеза могут быть измененными по сравнению с нормативной группой или могут выступать как периоды высокого риска развития заболевания или обострения состояния при наличии текущего заболевания, даже в фазе ремиссии.

Могут изменяться:

- ✓ границы возникновения-окончания основных возрастных кризисов,
- ✓ степень выраженности и тяжесть их протекания,
- ✓ сам спектр кризисов (могут быть пропущены либо никогда не возникают

определенные кризисы детского или подросткового возраста). Например, можно ли себе представить полноценный кризис подросткового возраста у ребенка с высокой степенью умственной отсталости, я думаю очень сложно. Я предполагаю, что, возможно, некоторые возрастные кризисы практически не проживаются при наличии определенных видов психической патологии.

Говорить о значении кризисов развития в психопатологии развития невозможно без обращения к психологической типологии дизонтогенеза, которая предложена В.В. Лебединским. Важно отметить два момента, прежде всего то, что эта типология - психологическая, с опорой на психологические механизмы, а с другой стороны, в ней представлена попытка интегрировать весь большой материал, который был собран по крупицам нашими выдающимися учеными-психиатрами. Итак, Виктор Васильевич попытался дать и типологию нарушенного онтогенеза, и попытку схематизации возрастного развития, его особенностей, анализ тех видов патологии, которая может возникнуть. В основу своей классификации он положил ряд параметров дизонтогенеза:

- ✓ Функциональная локализация поражения
- ✓ Время поражения
- ✓ Наличие и соотношение первичного, вторичного и др. уровней дефекта
- ✓ Нарушение межфункциональных связей и взаимодействий в процессе

аномального системогенеза.

В.В. Лебединским были определены следующие соответствия базовых механизмов и типов дизонтогенеза:

- ✓ Отставание в развитии (типы дизонтогенеза - недоразвитие и задержанное развитие);
- ✓ Поломка развития (типы дизонтогенеза - дефицитарное и поврежденное развитие);
- ✓ Асинхрония развития (типы дизонтогенеза - искаженное и дисгармоническое развитие).

Хотелось бы два слова сказать и о некоторых зарубежных подходах, которые так или иначе отражают современное состояние дел. Мы видим, что в зарубежной возрастной психологии и психопатологии развития не так много общих теорий, которые бы ставили задачей объяснение общих закономерностей психического развития человека на протяжении всей жизни. Обычно рассматривается спектр, множественность развитий, а его неравномерность обусловлена контекстом, который направляет развитие посредством обратных связей. За рубежом предпочитают говорить о вариантах или траекториях развития, содержание и направление которых определяются влиянием наследственности и среды, однако взаимодействие этих двух факторов описывается более сложными, чем раньше, связями.

Очень популярная и интенсивно разрабатываемая концепция - это «всевозрастной подход» к развитию известного геронтолога Пауля Бальтеса (1939-2006). Он рассматривает всю жизнь человека как постоянно осуществляющееся развитие, при

котором возможны как новые психологические приобретения на любом этапе жизненного пути, так и потери, которые тоже могут быть на любом возрастном этапе. Это дает возможность думать о когнитивных тренингах не только на ранних этапах, но и на более поздних. Еще одна особенность этого «всевозрастного подхода» в том, что он предполагает действительное сотрудничество всех представителей науки и практики, которые занимаются человеком. При таком подходе кризисы развития принимают иное значение, чем в привычных нам теориях развития.

Еще один подход «Междисциплинарная теория вероятностного эпигенеза» (probabilistic epigenesis), связанный с именем Г. Готтлиба. Это очень популярная теория, именно тот базис, на который опираются зарубежные психиатры, рассматривая психопатологию развития. Выделяя разные уровни жизни (от генетического до поведенческого и средового), авторы сводят их воедино за счет системы прямых и обратных связей разных уровней. Данная попытка все систематизировать – не только схема, но отражает еще и близкий нам в определенной степени культурно-исторический, социальный подход. Г. Готтлиб уделял особое внимание развитию высших функций, вслед за Л.С. Выготским отмечая, что эти функции определяются не только состоянием организма, но также и отношением к действительности, которое опосредовано орудием деятельности и значением. И потому они представляют собой результат двойного обусловливания: как «снизу» (генетика-протеины-нейрональные процессы-поведение в среде), так и «сверху» – от смысла ситуации, в которой оказался человек (высшие психические функции-управление поведением-нейрональные процессы). Позиция Г. Готтлиба разделяется многими специалистами в области психического здоровья детей и подростков – психопатологии развития (development psychopathology).

Влияние биологических и социальных факторов рассматривается в разных сочетаниях. Ниже представлена одна из схем, которую предложили израильский профессор медицины Miri Keren и французский профессор медицины Sam Yuapo (2012), для рассмотрения формирования личностных расстройств от младенчества до детства и дальше во времени. На шкале времени (возраста) размещены и кризисы развития.

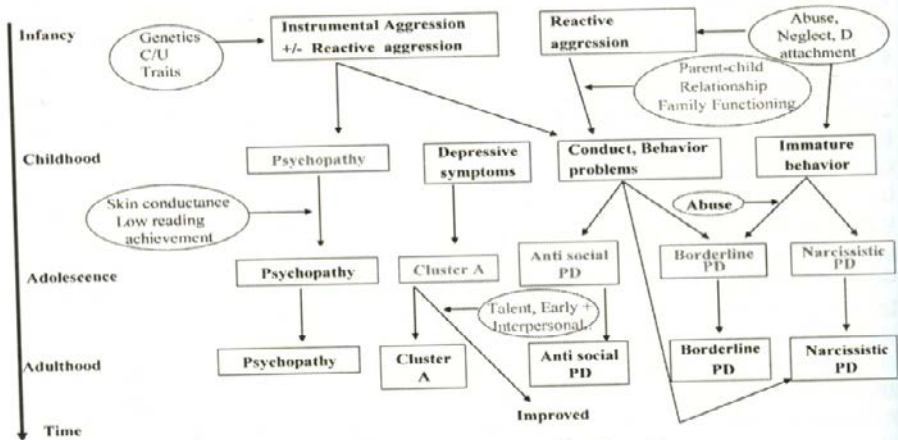


Figure 2.1. Pathways of the antecedents to personality disorders

Формирование личностных расстройств в разные периоды обусловлено различными возрастными и средовыми факторами. Miri Keren и Sam Tuano предлагают использовать новый термин, предложенный L.A. Sroufe и коллегами (2005), «нозология развития» «Developmental Nosology». Излагаются основные принципы данного подхода в психиатрии, многие из которых полностью нами разделяются. Среди них: различные нарушения развития могут приводить к одному и тому же выходу; сходство начального пути может приводить к многообразным выходам; изменения возможны в разных точках развития, что может приводить и к новым вызовам (проблемам) и новым возможностям; изменение ограничено предшествовавшим развитием; очень важно раннее вмешательство: чем дольше патологический путь развития, тем тяжелее последствия. Классический психиатрический подход предполагает изначальную сущность заболевания, тогда как подход в рамках нозологии развития (м.б. онтогенеза? – Н.З.) и, шире, психопатологии развития (м.б. дизонтогенеза? – Н.З.), предполагает динамическое взаимодействие индивидуальных и средовых факторов.

Все-таки: онтогенез и развитие, дизонтогенез и психопатология развития, как они соотносятся? В течение ряда лет эта тематика разрабатывается нами совместно с И.Ф. Рощиной. По нашему мнению, понятия «онтогенез» и «дизонтогенез» связаны со следующими проблемами психологии развития:

- ⊙ социальная ситуация развития и онтогенез (дизонтогенез)
- ⊙ временные рамки разворачивания онтогенеза (дизонтогенеза) и его этапы
- ⊙ возрастная периодизация в целом и кризисы развития
- ⊙ влияние фактора индивидуальности на специфику проявлений онтогенеза (дизонтогенеза) на разных этапах

Мы считаем, что онтогенез и дизонтогенез могут быть равны продолжительности жизни человека, и тогда социальная ситуация, с которой мы сталкиваемся каждую минуту нашей жизни, будет действительно серьезно влиять на проявления дизонтогенеза, в том числе и новые социальные ситуации, о которых сегодня здесь тоже много говорилось.

Нормально протекающие (хотя, что такое норма, - это тоже вопрос) кризисы развития могут включать и негативные поведенческие феномены, даже у младенцев, о чем говорилось выше. В критических точках выше вероятность «накопления» и проявления различного рода девиаций, в т. ч. формирования пограничных расстройств, вплоть до манифестации эндогенных психических заболеваний. Разнообразие компонентов кризисов развития требует дифференцировать негативные поведенческие феномены патологического и непатологического уровня. К сожалению, выверенных инструментов для этого недостаточно. Мы пытаемся находить какие-то прямые или обходные пути, для того чтобы выявить и отличать патологические и непатологические черты психики и поведения в кризисах.

При рассмотрении вопроса о соотношении возрастных кризисов и нарушенного развития возникает много проблем, кроме очевидного факта, что в кризисы больше рисков развития болезни, в том числе из-за несоответствия физических и психических нагрузок в кризисном периоде. Итак, психопатология развития или психология дизонтогенеза? Являются ли идентичными эти понятия? Мой ответ на это – конечно, нет. Возрастные симптомы – это болезнь или расстройство развития? Когда мы говорим своим студентам, что есть возрастные симптомы и ссылаемся на уважаемого В.В. Ковалева, тогда мы понимаем, что, действительно, есть возрастные симптомы и уровни нервно-психического реагирования, однако не все из них встречаются только в соответствующем возрастном периоде, например, плакать можно и в год, и в пятьдесят и в сто лет, скорее, речь идет либо о времени

возникновения определенного типа реагирования, симптомов, либо о преимущественной частоте их встречаемости в данный период. Сходно следует рассматривать диаду «возрастной кризис» и «болезнь», когда необходима дифференциальная диагностика проявления кризиса от болезни (начального ее этапа или обострения уже имеющегося заболевания). Другие проблемы связаны с возможным изменением видов и форм кризисов при разных вариантах дизонтогенеза, обусловленного наличием нервно-психической патологии. В этом случае встает вопрос о квалификации особенностей начала и проявлений дизонтогенеза в кризисные периоды жизни. Если мы придерживаемся позиции, что дизонтогенез может начинаться не с нуля, а с любой другой точки жизненного пути, то в чем психологическая специфика дизонтогенеза, совпадающего по времени с первым годом жизни, с другими кризисными периодами? Проблему составляет дифференциация симптомов возрастной нормы реагирования и патологических проявлений разных уровней в кризисные периоды жизни.

Психиатрами описаны варианты нарушенного развития у детей и подростков при различных психических и нервно-психических заболеваниях. В.М. Башина в книге «Диагностика аутистических расстройств в хронобиологическом аспекте» подробно описывает нарушения базового психомоторного развития ребенка-аутиста, сопоставляет сроки его развития - когда он начинает ходить, сидеть, какие игровые действия совершает, какие ему недоступны и т. д. Важно, что первичное неумение в одном вызывает целую цепочку других неумений и, как следствие, дизадаптацию ребенка. Особенное внимание уделяется т. н. кризовым периодам, определяемым, прежде всего, биологическими особенностями развития индивида, а также условиями социализации ребенка (Г.Е. Сухарева, С.С. Мнухин, М.Ш. Вроно, В.В. Ковалев, Д.Н. Исаев, В.М. Башина, Н.М. Иовчук, И.А. Козлова, Н.В. Симашкова и др.).

Рассмотрим некоторые экспериментально-психологические данные, которые, собственно, и заставили обратиться к этой теме. Влияние болезни на познавательное развитие было показано в работе С.М. Алейниковой (1982), по результатам которой можно выделить варианты познавательного развития (мыслительной деятельности) в соответствии с дизонтогенезом искаженного и задержанного типов. (С.М. Алейникова, 1982). В работе А.А. Коваль-Зайцева, выполненной под нашим руководством, показано своеобразие познавательного развития (когнитивного дизонтогенеза) у детей при эндогенной психической патологии, протекающей с аутистическими расстройствами (выделены три варианта когнитивного дизонтогенеза: искаженный, дефицитарный и регрессивно-дефектирующий). Совместно с А.И. Хромовым нами проводилась оценка когнитивного (познавательного) развития детей и подростков, больных шизофренией и шизотипическим расстройством. Исследованная выборка достаточно большая по возрастному диапазону (от 7 до 17 лет), объему нормативной (свыше 450 испытуемых) и 3-х клинических групп (свыше 470 испытуемых с разными диагнозами – F20.8 шизофрения, детский тип, F21, шизотипическое расстройство, F2х.х неуточненные формы шизофрении – больные с диагнозами круга шизофрении). Было получено, что при оценке методом срезов познавательного развития (мышление, память, внимание, восприятие) детей и подростков при эндогенной психической патологии, значимые отличия наименее выражены в крайних возрастных периодах (младший школьный и старший подростковый), различия с нормой значимы в возрасте 9-14 лет. Возникает вопрос: что в кризисный период - норма приближается к патологии или наоборот? Когда мы более прицельно посмотрели по клиническим группам, оказалось, что дети с расстройствами шизофренического спектра имеют сходную картину уровня познавательной

деятельности в младшем школьном возрасте, и по мере взросления намечается и усиливается расхождение: при детском типе шизофрении наблюдается увеличение дефицитарности в сферах произвольной памяти и внимания по отношению к норме в сопоставлении с шизотипическим расстройством. Больные с детским типом шизофрении и шизотипическим расстройством демонстрируют значительное сходство в период кризиса 7 лет и различия в пубертатном периоде. Почему в близких видах патологии имеются различия в отношении протекания указанного возрастного кризиса? При детской шизофрении существенно более грубо изменены сроки и возрастная динамика познавательного развития, отмечается стойкое отставание от возрастной нормы на всех возрастных этапах, кроме первого младшего школьного возраста (кризиса 7 лет). Таким образом, можно полагать, что более легкое заболевание снижает проявления пубертатного кризиса в познавательной деятельности. В группе шизотипического расстройства (F21) в подростковом возрасте обнаруживается сближение с нормой по всем анализируемым параметрам познавательного развития, а в группе детской шизофрении (F20.8) этого сближения мы не наблюдали. Возможно рассуждение и в логике различий начала заболевания, его длительности, а также собственно возрастных периодов.

Наиболее существенные различия в когнитивном развитии при психологических исследованиях детской и подростковой шизофрении были получены для периода от младшего школьного возраста до младшего подросткового возраста. В этом периоде ведущей сначала является учебная деятельность, а затем – интимно-личностное общение. Другое исследование (Н.В. Захарова, 1990), проведенное в 80-90-х годах и направленное на анализ становления произвольной регуляции деятельности больных шизофренией, аналогичное по возрастному охвату и достаточное по количеству испытуемых, было выполнено в контексте изучения связи нарушений общения и произвольной регуляции деятельности. Показано, что дети с расстройствами круга шизофрении не имеют выраженной динамики по ориентации на подсказку взрослого при решении задачи. Подсказка, подражание, работа по образцу – важные элементы готовности к школьному обучению, что хорошо демонстрировали здоровые школьники. В младшей возрастной группе опора на подсказку выявлялась примерно у 70% здоровых детей, а к подростковому возрасту эта доля снижалась до 30%, тогда как у больных шизофренией в разные возрастные периоды доля ориентирующихся на подсказку оставалась в пределах 30%-40%. Значение общения, эмоционально личностной сферы можно увидеть в связи с возрастными кризисами и по другим исследованиям больных шизофренией детей и подростков. В младшем школьном возрасте здоровые дети в совместной деятельности чаще предпочитают пассивную роль слушателя, больные шизофренией – индивидуальную активность. В следующем возрастном периоде предпочтение активной и пассивной роли в общении меняется в обеих выборках на противоположное. К подростковому возрасту – возникают сходные предпочтения. Т.К. Мелешко (1982, 1991) рассматривает нарушение потребности в общении как базовое для возникновения когнитивного своеобразия детей и подростков при шизофрении.

Приведем резюме разных исследований познавательной и эмоционально-личностных сфер в подростковом возрасте. В познавательном развитии больные шизофренией сближаются с нормой по ряду параметров (мышление и память), а в личностном такое сближение не очевидно, в частности, самооценка разная в норме и при патологии развития. Проведенный А.Е. Назаренко (1990) анализ распознавания эмоционально-выразительных движений (поз и жестов) детьми и подростками в норме развития и при шизофрении показал, что для больных шизофренией характерно снижение установки на восприятие эмоционального состояния дру-

того человека, содержание и значение совершаемых им действий. Отставание от здоровых сверстников по этим параметрам наблюдается во всех возрастных группах, кроме старших подростков. Снова можно задаться вопросом: это пубертатный кризис у здоровых детей протекает таким образом, что сближает их с патологией, или это своеобразие подросткового кризиса при патологии развития?

Подобных вопросов можно задать множество. Цель доклада - постановка проблемы соотношения возрастных кризисов и психопатологии детского возраста, психопатологии развития, психологического и психиатрического подходов. Обозначены общие задачи специалистов в этом вопросе. В психологическом подходе – возрастные кризисы могут укладываться в рамки онтогенеза и дизонтогенеза, необходимы выделение сохранных линий развития, психологическая поддержка, которая будет основана на сохраненной линии, возможны коррекция, обучение и профориентация, психолого-педагогическое сопровождение детей и подростков. Для психиатрического подхода к pervasive расстройствам, психопатологии развития, характерно отставание возрастного своеобразия «взрослых» нозологий в детском и подростковом возрасте, абилитация больных, оценка когнитивного и социального функционирования и адаптации. Несмотря на то что у психологии и психиатрии есть свои отдельные предметы науки, методы и инструменты работы, общая базовая задача здесь одна - помочь пациентам преодолеть болезнь, найти выход из кризиса, адаптироваться в социуме. Мультидисциплинарный подход в решении этих вопросов соответствует духу времени и научным достижениям психологии и психиатрии.

Н.Л. Белопольская

ДИАГНОСТИКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ ДЕТСКОЙ И ПОДРОСТКОВОЙ ЛИЧНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ЖИЗНЕННОГО ПУТИ

**Российская медицинская академия последиplomного образования МЗ
РФ, Московский городской психолого-педагогический университет (Москва).**

Резюме. В статье анализируются проблемы клинико-психологической диагностики нарушений психического развития у детей, их связь с проблемами этих детей, возникающими в пубертатном периоде, а также перспективы будущей социальной и трудовой адаптации подростков. Подчеркивается необходимость диагностики и последующей коррекции единиц самосознания, в частности идентификаций и представлений подростков о своем жизненном пути. Приводятся данные лонгитюдных наблюдений.

Ключевые слова: самосознание, психологическая диагностика, дети и подростки с нарушениями психического развития, половозрастная, именная и телесная идентификации.

Проблемы клинико-психологической диагностики.

Традиционно, психологическая и клинико-психологическая диагностика пользуется методиками и тестами, которые дают информацию «параллельно»: с одной стороны, о состоянии психических функций и интеллекта ребенка или подростка в целом, и с другой, о состоянии его эмоционально-личностной сферы. Остальная диагностическая информация «добирается» через наблюдение и беседу с ребенком, если таковая возможна. Психологическая диагностика через единицы, а не элементы анализа психики, в соответствии с теорией Л.С. Выготского, преду-

смачивает выделение таких структур, в которых интеллектуальные и аффективные составляющие слиты воедино [6]. Компоненты самосознания отвечают этим требованиям, так как их формирование предполагает наличие у ребенка, подростка и взрослого человека определенного уровня как интеллектуального, так и эмоционального развития.

Отдельные компоненты детского самосознания формируются очень рано и могут быть диагностированы. Наши исследования половозрастной идентификации показали, что уже в полтора-два года дети при нормативном развитии способны правильно определять свой пол (мальчик-девочка) и возраст (маленький-большой). Также достаточно рано формируется именная и телесная идентификации, самоотношение и самооценка (хороший-плохой). В старшем дошкольном и школьном возрасте формируются основные компоненты самосознания, которые в подростковом возрасте переосмысливаются и переоцениваются заново.

В 70-годы усложнение школьных программ в нашей стране привело к тому, что большая группа детей с пограничными психическими нарушениями не могла справиться с программой массовой школы уже с первого класса. Изучение состава неуспевающих школьников показало, что многие из этих детей имеют небольшую органическую недостаточность мозговых структур, создающую предпосылки для возникновения задержки психического развития. Всестороннее изучение специалистами [8, 9] состава детей с задержкой психического развития позволило выявить у них некоторое недоразвитие практически всех высших психических функций, а также отсутствие личностной мотивации к учению. Однако дети с задержкой психического развития отличались и от детей с диагностированной легкой степенью умственной отсталости, показывая гораздо лучшие результаты в различных интеллектуальных пробах. Дифференциальная диагностика этих достаточно близких состояний требовала от специалистов высокого уровня квалификации в области психологической диагностики. Эта проблема относится и к другим пограничным отклонениям в психическом развитии ребенка, наличие которых приводило детей к школьной неуспеваемости и вторично - к ухудшению их общего психического здоровья.

Дифференциальная диагностика пограничных форм интеллектуальной недостаточности и нормативного детского развития должна предусматривать большое количество индивидуальных различий. Бесполезно сравнивать познавательную потребность одаренного ребенка или ребенка с высокими интеллектуальными способностями и познавательную потребность ребенка с интеллектуальной недостаточностью или нарушением поведения. Гораздо эффективнее определить для ребенка приемлемый объем знаний, обеспечивающий ему в будущем выход в продуктивную жизненную фазу. Решая частные диагностические и психокоррекционные задачи, как специалисты, так и родители, порой забывают о том, что центральная задача, объединяющая усилия и тех, и других, заключается в решении вопроса о том, сможет ли данный конкретный ребенок жить самостоятельно в продуктивном периоде своей жизни? В этом отношении задачи, стоящие перед родителями, имеющими психически здоровых детей, и задачи родителей, имеющих детей с различными отклонениями и заболеваниями, одни и те же. В их решении родителям соответственно помогают специалисты разного профиля.

Диагностируя уровень развития самосознания, можно обнаружить большое количество детей и подростков, которые демонстрируют определенные навыки выполнения патопсихологических и нейропсихологических методик, принятых в клинике, читают наизусть стихи, знают таблицу умножения. Однако эти же дети не имеют четкого представления о том, что они «люди», такие же, как их родители.

ли и учителя, только другого возраста, мальчики или девочки, подростки, юноши или девушки. Дети могут не знать правильного названия своего имени, не ориентируются в ближайшем окружении, не имеют представлений о том, какими станут в будущем. Дети и подростки, формально владеющие некоторыми знаниями, часто демонстрируют неблагополучие в психологическом развитии. Формально успевающие в школе, дети и подростки могут иметь серьезные проблемы в самоотношении, самовосприятии и идентификации, которые принципиально изменяются при развитии психических заболеваний. Подростки с нарушением поведения, как правило, имеют отклонения в структуре самосознания, но могут хорошо справляться с выполнением стандартных личностных тестов, так как знают «как надо» отвечать на те или иные вопросы.

Проблемы психологической коррекции нарушений развития у детей и подростков.

Социальная и школьная адаптация детей и подростков с нарушением психического развития и здоровья невозможна без своевременной диагностики нарушений самосознания и своевременной профилактики и коррекции этих нарушений.

Психологическая коррекция интеллектуального развития детей является, пожалуй, самой сложной проблемой в психологической коррекции в целом. Во-первых, психологическая коррекция принципиально отличается от детской психотерапии именно тем, что ее цели и задачи направлены как непосредственно, так и косвенно именно на интеллектуальное развитие ребенка, в то время как психотерапия работает с эмоционально-личностной сферой. Всем известно, что детям с интеллектуальными и речевыми нарушениями многие методы детской психотерапии малодоступны, так как требуют развитого воображения, развернутых речевых формулировок и т. д.

Второй проблемой психологической коррекции нарушений детского развития является необходимость создания для ребенка таких психологических условий, в которых он способен максимально реализовать свои интеллектуальные возможности. Для любого ребенка существует вероятность возникновения трудностей реализации и демонстрации своих интеллектуальных способностей, возникающих в той или иной ситуации: например, процедура тестирования, требование учителя или воспитателя давать быстрые или развернутые ответы, частые порицания и переживание неуспеха и своей несостоятельности, насмешки окружающих детей или членов семьи.

Часто проблема психологической коррекции интеллектуального развития упирается именно в то, что ребенка с интеллектуальной недостаточностью пытаются развивать на неадекватном материале. Например, посещая музеи и театры, консерваторию, читая сложные тексты, такие дети не только не развиваются интеллектуально, а приобретают стойкий негативизм к искусству и чтению, которые им не доступны в силу разных причин. Современная психологическая коррекция и психотерапия, располагая довольно большим количеством методов, порой излишне увлекается самими методами, забывая о том, что конечная цель любой коррекционной работы с детьми - их будущая социальная и трудовая адаптация в обществе.

Все дети, признанные специалистами обучаемыми, могут осваивать новые области знаний, доступные для их уровня развития. Комбинирование коррекционных методов обучения и воспитания может дать весьма хороший результат, позволяющий ребенку рассчитывать на успех в продуктивной деятельности в будущем.

Вступление детей с нарушениями психического развития и здоровья в подростковый период.

Все дети, с любыми нарушениями развития, вступают в подростковый пери-

од с набором дополнительных факторов, осложняющих процесс их взросления. Дети с пограничными нарушениями, такими как задержки психического развития и синдром дефицита внимания с гиперактивностью, а также дети с легкой степенью умственной отсталости в будущем могут выйти в варианты нормативного социального развития, основными критериями которого являются социальная и трудовая адаптация в обществе.

В подростковом периоде эти дети фактически проходят новое, порой достаточно суровое испытание, так как должен решиться центральный вопрос их жизненного пути: смогут ли они в своей взрослой жизни соответствовать нормативным требованиям общества. В этом контексте характер формирования самосознания у подростков с нарушениями интеллекта или поведения приобретает принципиальное значение для решения задач их адаптации в современном обществе и касается таких важных аспектов этой проблемы, как обучение, воспитание и будущее трудоустройство.

Одной из важных характеристик самосознания является идентичность. При нормативном развитии идентичность - это достаточно осознаваемый и эмоционально принимаемый образ себя, обеспечивающий личности возможность адекватного решения жизненных задач, которые возникают перед ней на определенных возрастных этапах. Развитие идентичности проходит через «кризисы идентичности». Подростковый возраст – время одного из таких кризисов, который может протекать весьма бурно. Ребенок должен как бы «пересмотреть» свои детские идентификации и «примерить», принять взрослые идентификации [13]. Становление идентичности напрямую зависит от идентификационных процессов, протекающих в подростковом возрасте. Идентичность складывается из различных идентификаций. Предполагается, что в подростковом возрасте идентификации должны выйти на достаточно осознанный уровень. Нарушение отдельных идентификаций ведет к нарушению идентичности.

В подростковом возрасте обостряются противоречия между поведением подростка и внешним миром, прежде всего, требованиями социального окружения. Но помимо этого обостряются противоречия и во внутреннем мире подростка, в его представлениях о себе и понимании себя [7, 11]. Подросток иначе начинает воспринимать и своих родителей. Фактически отношения подростка с членами семьи выстраиваются заново. Известны случаи, когда послушный, ласковый ребенок становится грубым неуправляемым подростком. Из общей массы выделяется группа девиантных подростков.

Особые психологические проблемы содержатся в формировании идентичности у подростков с ограниченными возможностями. Структура идентичности включает в себя множество идентификаций: половую, возрастную, национальную, именную, этнолингвистическую, профессиональную и т. д., которые в подростковом возрасте начинают осознаваться индивидом. До сих пор мало изучено, как происходит становление идентичности у подростков с ограниченными возможностями. Такие подростки в силу своих особенностей нуждаются в дополнительных воздействиях для адаптации к тем требованиям, которые предъявит им социум во взрослой жизни. Становление идентичности и отдельных идентификаций у подростков с ограниченными возможностями зачастую определяют их поведение, общение в семье и школе, переживания и вторичные нарушения нервной системы, социальную, учебную и трудовую адаптацию. Естественно, что подростки с ограниченными возможностями имеют большие индивидуальные различия, обусловленные спецификой дефекта или заболевания, ситуацией в семье, сиротством. В силу этих причин особое значение приобретает индивидуальный, личностно-

ориентированный подход к исследованию личности таких подростков. Нарушения формирования идентификаций может спровоцировать негативные изменения в эмоциональном состоянии и поведении подростков. Подросток осознанно или неосознанно переживает трудности своего детства, связанные с проблемами обучения или поведения. Его память хранит негативные комментарии педагогов и родителей, посещения специалистов и комиссий, разговоры родителей о профиле школы, диагнозе, стимулирующем или корректирующем лечении. Его общая самооценка подвергается серьезным испытаниям.

Проведенные нами ранее исследования формирования базовых идентификации у детей и подростков с нарушениями психического развития позволили выявить целый ряд особенностей, характерных как для интеллектуальных, так и для эмоционально-личностных проблем развития [1, 2, 3]. Разработанная нами ранее диагностическая методика «Половозрастная идентификация» для оценки нарушений развития у детей [1] позднее была модифицирована в вариант для диагностики самосознания старших подростков и взрослых [3]. Эмпирические исследования компонентов самосознания, проведенные под нашим руководством студентами и аспирантами, позволили выявить как серьезные нарушения в психическом развитии и здоровье детей и подростков, так и начальные формы неблагополучного личностного развития, которые могут усугубляться особенностями семейного воспитания.

Так, было доказано, что подростки с поздними сроками оперирования расщелины мягкого и твердого неба, имея нормативный интеллект, любые трудности в своем обучении и личной жизни склонны объяснять прошлым дефектом [1]. Аналогичные личностные особенности были выявлены и у подростков с дисморфофобией, обратившихся в Институт пластической хирургии с просьбой изменить их внешность [10]. Системные, но разные по структуре нарушения именной, телесной и половозрастной идентификаций были обнаружены у девиантных и умственно отсталых подростков [1]. Дети и подростки с эпилепсией обнаружили негативное самоотношение и тяготение к сверхпрогрессивным возрастным образам (взрослость, старость), объясняя это желанием «всех наказывать и поучать» [12]. Дети и подростки с диагностированной шизофренией и психопатией обнаружили нарушения именной и телесной идентификаций. Подростки с нормативным и сниженным интеллектом, помещенные в приюты, обнаружили системные нарушения идентификаций, переживая жизненный кризис. Спустя некоторое время у этих подростков были диагностированы разнообразные неврозы или нарушение поведения [4].

Искажения идентификаций могут носить как временный, ситуативный, так и стойкий системный характер. Эти нарушения могут иметь различные комбинации, отличающиеся как по глубине нарушения каждой отдельной идентификации, так и по структуре взаимосвязей двух и более нарушенных идентификаций. В некоторых случаях можно наблюдать «замену» одной нарушенной идентификации на другую.

Изучение самосознания в лонгитюдных наблюдениях.

Нами было проведено лонгитюдное наблюдение за развитием детей с нарушениями интеллектуального развития и синдромом дефицита внимания с гиперактивностью, диагностированными в 6-8 лет. Для анализа были выбраны случаи, когда родители наблюдавших у нас детей обратились с новыми проблемами, возникшими или усилившимися в подростковом возрасте. Возраст подростков составлял 13-16 лет.

В детстве этим подросткам ставились диагнозы: задержка психического раз-

вития церебрально-органического генеза (7 человек: 4 мальчика и 3 девочки); легкая степень умственной отсталости (5 человек: 3 мальчика и 2 девочки); синдром дефицита внимания с гиперактивностью (5 человек: 4 мальчика и 1 девочка). Всего было проанализировано развитие 17 детей до подросткового периода.

У всех подростков с детского возраста сохранялись трудности, связанные с обучением в школе. Все эти годы дети с задержкой развития, легкой степенью умственной отсталости и синдромом дефицита внимания являлись слабоуспевающими учениками массовых школ, обучаясь в классах выравнивания. Некоторые из них начинали обучение в обычных 1-х классах массовой школы, но позже были переведены в классы выравнивания, что соответствовало принятому в то время дифференцированному методу обучения.

К подростковому возрасту медицинские диагнозы большинства подростков оказались «утерянными». Все подростки обучались в массовых школах и постоянно являлись слабоуспевающими учениками. Многие из них занимались с репетиторами по одному или нескольким предметам. Основной проблемой их подросткового периода стало неадекватное, плохо управляемое поведение как в школе, так и дома. Подростки прогуливали уроки, воровали деньги у своих родителей, отказывались от дополнительных занятий по школьным предметам, грубили, вралли, убегали на улицу, мальчики дрались со сверстниками. Следует отметить, что семьи подростков, хотя и не всегда полные, нельзя было назвать неблагополучными. У всех подростков были заботливые и внимательные матери, у 11 подростков в семьях были отцы, у 3 были другие родственники, принимавшие участие в их воспитании.

Беседы с подростками и исследование их идентификаций обнаружили слабые представления подростков о своем будущем, нарушения возрастной идентификации и неадекватные выборы предпочтительных возрастных образов. Подростки с СДВГ (в прошлом) при решении задачи на самооценку возрастной категории отнесли себя к взрослым людям, что являлось по данным нашего экспериментального исследования характерным для подростков с нарушением поведения. Подростки с ЗПР в прошлом и с легкой степенью интеллектуальной недостаточности по-разному решили эту задачу. 8 подростков правильно определили свою возрастную категорию между детьми и взрослыми, а 4 отнесли себя к категории взрослых. Эти результаты согласовывались с данными, которые были получены нами ранее. Беседы с родителями показали, что основные усилия в семье все годы были направлены на интеллектуальное развитие ребенка, на дополнительные занятия по основным школьным предметам, часто с репетиторами. Подростки с невысоким интеллектом и с диагнозом СДВГ в прошлом часто выбирали в качестве негативного образ своего настоящего, а в качестве предпочтительного образы взрослого. Тем не менее стремление стать взрослым, видимо, было не осознанным или мало осознанным, так как сочеталось с отсутствием представлений и планов о своем будущем.

Для подавляющего большинства оказалось характерным не задумываться о своем даже ближайшем будущем, подростки планировали только отдых и развлечения. Попытка провести с подростками (индивидуально) планирование жизненного пути натолкнулась на неадекватное бездумное отношение к собственной жизни.

Беседы с подростками и их родителями показали, что содержание «настоящего» у этих подростков состояло в непрерывном приготовлении уроков. Даже если подросток переставал фактически заниматься, его сопровождало гнетущее чувство ожидания очередной проблемы в школе. Кроме того, они постоянно получали порицания от родителей и учителей. Чувство несостоятельности в школе формировало потребность в получении положительных эмоций другим способом. Нарастало раз-

дражение, которое часто выливалось в неправильное поведение. Родители, сосредоточенные на проблемах успеваемости, как бы не замечали того, что их ребенок вырос. Наоборот, они либо сохраняли свои прежние методы взаимодействия с подростком, мечтая, что когда-нибудь проблемы с усвоением знаний уйдут, либо вовсе прекращали контролировать процесс обучения из-за собственной усталости и ощущения безысходности. Беседы родителей с подростками о будущем также носили в основном негативный характер. Родители раздражались, указывая подросткам на вероятные плохие перспективы. Чувствуя свою несостоятельность в школе и опасаясь плохих перспектив в будущем, подростки и не стремились его планировать. Отсутствие реальных представлений о собственном будущем вступало в противоречие с естественным желанием роста и развития, стремлением стать взрослым. «Взрослость» понималась подростками как освобождение от необходимости учиться в школе, как возможность делать то, что хочется.

На самом деле 10 подростков из 17 являлись действительно успевающими учениками массовых школ, хотя их успеваемость была слабой и требовала от них значительных усилий. Задержки психического развития в детстве (7 человек) и синдром дефицита внимания (3 человека) компенсировались, но теперь на первый план выступило неправильное поведение. Нарушения поведения этих подростков являлось реакцией на трудности обучения в школе и скорей всего носило вторичный характер. Подростки нуждались в том, чтобы их скромные успехи в школе, а главное их старания получали понимание и поддержку со стороны педагогов и родителей. В работе с ними мы применили авторскую методику «Позитивного планирования будущего» и обнаружили у подростков интерес и готовность к сотрудничеству.

Остальные 7 человек из группы лонгитюдного наблюдения являлись формально успевающими учениками и имели стойкие нарушения поведения. Пятеро из них (3 мальчика и 2 девочки) имели легкую степень умственной отсталости. Периодически они убегали из школы, увлекались игровыми автоматами, проводили время в кинотеатрах, были замечены в воровстве. Двое подростков (1 мальчик и 1 девочка с диагностированным в детстве СДВГ) убегали из дома, вступали в контакты с подозрительными личностями, употребляли алкоголь, курили. Рассуждения о будущем у этих подростков были неадекватны. Мальчики фантазировали о том, как станут «крутыми», купят «крутую тачку», организуют свой бизнес. Девочки сообщали о желании стать моделями, актрисами, бизнес-леди. Четверо подростков из семи сообщили о том, что ничего не знают о своем будущем и никогда о нем не думали.

Заключение.

Современные социальные стереотипы успешности личности, навязываемые средствами массовой информации и особенно телевидением, создают искаженное представление о собственном будущем у подростка с проблемами в развитии. Ориентация на обязательное получение высшего образования, получение престижной профессии и высокого материального достатка закрывают от подростка реальность, возможность найти себе обучение и будущую работу по силам и способностям.

В лонгитюдных наблюдениях особенно отчетливо проявились проблемы слабой диагностики и коррекции самосознания подростков с нарушениями психического развития и здоровья. Несформированность половозрастной идентификации, отсутствие представлений о смене возрастных ролей на жизненном пути, неадекватные представления о своих истинных способностях приводят к тому, что подростки с ограниченными возможностями здоровья оказываются неподготовленными к взрослой жизни. Уйдя в силу своего паспортного возраста из-под опеки детских психологов и психиатров, дети и подростки подчас оказываются беспоп-

мощными перед реалиями современного общества.

Профилактикой возникновения вторичных нарушений психического здоровья и отсутствия представлений о реальной взрослой жизни у детей и подростков с нарушениями психического развития является систематическая работа по развитию компонентов их самосознания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белопольская Н.Л., Иванова С.Р., Свистунова Е.В., Шафирова Е.М. Само-сознание проблемных подростков. - М.: Изд-во ИП РАН, 2007.
2. Белопольская Н.Л., Бочарова Е.Е. Возрастная идентификация у подростков с нормативным и сниженным интеллектом в ситуации жизненного кризиса // Дефектология. - 2011. - № 6. - С. 3-9.
3. Белопольская Н.Л. Метод исследования возрастной идентификации у детей и взрослых // Экспериментальная психология в России. - М.: Из-во «Институт психологии РАН». - 2010. - С. 580-584.
4. Бочарова Е.Е., Белопольская Н.Л. Особенности представлений о своем будущем у подростков, переживающих жизненный кризис // Экспериментальная психология. - 2012. - № 3, т. 5. - С. 58-69.
5. Бернс Р. Развитие Я-концепции и воспитание. - М.: Прогресс, 1986.
6. Выготский Л.С. Собр. соч. в 6 т. Т. 2. - М., 1982.
7. Кон И.С. Открытие «Я». - М., 1978.
8. Лубовский В.И. Психологические проблемы диагностики аномального развития. - М., 1989.
9. Лебединская К.С., Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей и подростков. - М.: 2011.
10. Литовченко И.С., Белопольская Н.Л. Психологический и телесный возраст у подростков с дисморфофобией // Сборник материалов Всероссийской юбилейной научно-практической конференции «Теоретические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии (к 85-летию Ю.Ф. Полякова)». - М., 2013. - С. 169-171.
11. Ремшмидт Х. Подростковый и юношеский возраст. Проблемы становления личности. - М.: Мир, 1994.
12. Улькина Н.А. Понимание детьми и подростками, больными эпилепсией, эмоционально окрашенных ситуаций // Дефектология, 2006.- № 6. - С. 18-22.
13. Erikson E.N. Identity and the Life Cycle. N.Y.: IUP, 1959.

N.L. Belopolskaya

DIAGNOSIS OF PSYCHOLOGICAL DISTRESS OF CHILD AND ADOLESCENT PERSONALITY AND OUTLOOK OF LIFE-SPAN.

Russian Medical Academy of Postgraduate Education Ministry of Health, Moscow City University of Psychology and Education (Moscow).

Summary. The article analyzes the problems of clinical-psychological diagnosis of mental development in children and their relation to the problems of these children, occurring in adolescence, as well as the future prospects of social and labor adaptation of adolescents. Emphasizes the need for diagnosis and subsequent correction units of self-awareness, in particular identities and representations of teenagers about his life-span. The data of longitudinal observations are presented.

Key words: self-awareness, psychological diagnosis, children and adolescents with mental development, gender and age, nominal and bodily identification

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИНКЛЮЗИИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Московский городской психолого-педагогический университет (Москва).

Резюме. В статье обсуждаются проблемы инклюзии. Утверждается, что инклюзия призвана обеспечить самореализацию каждого члена общества. Относительно детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) инклюзивная среда понимается как среда реабилитации, предоставляющая им поле активности и поддерживающая их самостоятельность. Отмечается, что самым большим барьером инклюзии являются невнятность и противоречивость общественных представлений о возможных моделях жизнеустройства лиц с ОВЗ. Амбивалентность этих представлений во многом зависит от личностных установок и психологических переживаний «нормального» большинства по отношению к инвалидности. Описано исследование психологических источников различных вариантов отношения к людям с ограниченными возможностями. Показано, что отношение к «обобщенному» инвалиду и человеку с умственной отсталостью резко различаются.

Ключевые слова: инклюзия, реабилитация, реабилитационная среда, ограниченные возможности здоровья, инвалидность, умственная отсталость

Идеология инклюзии основана на идее включающего общества. Включение другого (человека другой расы, вероисповедания, культуры, человека с ограниченными возможностями здоровья) требует такого изменения социальных институтов, чтобы это включение содействовало интересам всех членов общества, росту их способности к самостоятельной жизни, обеспечению равенства их прав и т. п. [9]. Воспитание в условиях среды, не соответствующей потребностям и возможностям ребенка с нарушением развития, приводит его к состоянию выученной беспомощности, чувству малоценности. Оптимальное жизненное пространство - инклюзивная среда – должно быть не только принимающим и поддерживающим, но и создающим условия для самореализации людей с ограничениями жизнедеятельности, т. е., обеспечивающим реабилитацию [11].

Понятие реабилитационной среды начало формироваться в конце XIX - начале XX вв., когда согласно новым тенденциям в образовании «проблемных» детей (Ж. Декроли, М. Монтессори, В.П. Кащенко и др.) [2] приоритет стал отдаваться потребностям и интересам самого ребенка. Так называемая функциональная педагогика была направлена на «неприспособленных» по разным причинам детей. Данный подход получил известность как «терапевтическое образование», «лечебная педагогика» («therapeutic education»). В первые десятилетия XX в. стали развиваться школы для делинквентных и труднообучаемых подростков, создатели которых полагали, что терапевтическую ценность имеют игра и работа, активность и креативность [1]. По сути дела, образовательные структуры, использующие терапевтический подход, во многом предвосхитили современные терапевтические сообщества («therapeutic community») - доминирующую форму современных реабилитационных структур [4]. Ожидаемым результатом терапии средой (от франко-англ. milieu therapy — лечебное воздействие среды, лечение средой) является преодоление чувства зависимости участников терапевтических сообществ, повышение у них чувства личной ответственности [3]. Понимаемая таким образом инклюзия должна содействовать повышению чувства собственной ценности и уверенности в себе у лиц с ОВЗ.

Инклюзивная среда призвана не только проявлять заботу, оказывать физическую помощь и психологическую поддержку, но и предоставлять ребенку с ОВЗ

поле активности, поддерживать его самостоятельность. Модель формирования активности лиц с ОВЗ требует их деятельностного включения в реальную жизнь — в жизнь семьи, в микро- и макросоциальные структуры. Решение этой задачи требует разработки ценностной концепции инклюзии, которой в настоящий момент противостоит структура общественных ценностей и норм: идеалы достижений, экономического роста, здоровья, красоты, соответствующей определенным стандартам, и т. п. Люди с умственной и/или физической недостаточностью, не имеющие возможности выполнять многие из этих норм, с большим трудом находят свое место в обществе (либо не находят его вовсе). Без учета социокультурных и психологических аспектов отношения общества к инвалидности усилия по психолого-педагогической реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья не могут быть результативными.

Исследования, направленные на изучение личных установок и способов поведения «нормальных» людей по отношению к инвалидам [8], позволили выявить стабильную «иерархию популярности» различных видов недостаточности. Те группы людей с инвалидностью, которые больше всех других соответствуют социальным нормам «полноценных» (к примеру, люди с повреждениями межпозвоночного диска, астматики), ранжируются наиболее высоко; люди с нарушениями, которые, по мнению большинства, невозможно совместить с нормативными требованиями, — психически больные или умственно неполноценные — занимают самое низкое место. Амбивалентные чувства и неуверенное поведение по отношению к людям с той или иной недостаточностью со стороны так называемого «здорового большинства» приводит к неясности и противоречивости общественных представлений о возможных моделях жизнеустройства лиц с ОВЗ, что представляет собой самый большой барьер при их инклюзии [10]. Основными причинами такого положения вещей является стабилизация негативных установок путем избирательного восприятия, а также защита от информации, которая, возможно, вызывает страх. Конечно, без контакта и без информации не может быть смены установок, но формальная информация и неподготовленный контакт могут дать эффект бумеранга. Так, например, приводятся данные о том, что при увеличении числа контактов с детьми с трудностями в обучении нормальные дети стали избегать контактов с ними гораздо чаще [8].

Несмотря на свою актуальность, проблема отношения общества к людям этой категории мало изучена в эмпирическом плане. Для того чтобы создать адекватные подходы к формированию принимающего отношения к людям с ОВЗ, необходимо понять источники существующего отношения, в том числе и психологические. Эмпирические исследования, осуществленные под нашим руководством, позволили выявить ряд существенных для рассматриваемой проблематики фактов, суть которых мы изложим ниже.

Выборка и инструментарий исследования

Всего в исследовательском проекте приняло участие более 200 человек различного возраста и различных социальных групп: подростки, молодежь, люди зрелого возраста.

Применялся следующий диагностический комплекс: структурированная беседа, направленная на выявление отношения к лицам с ОВЗ, методики «Синквейн», «Дерево».

«Синквейн» представляет собой пятистрочную стихотворную форму, возникшую в начале XX века в США под влиянием японской поэзии. Позднее Синквейн использовался как действенный способ развития образной речи, позволяющий быстро получить результат. По мнению ряда методистов, Синквейн пригоден в качестве инструмента для извлечения сложной информации [5]. Предложенное нами

использование Синквейна в качестве диагностической методики требует тщательной обработки результатов с обращением к лексико-семантическому анализу.

Методика «Дерево», разработанная Дж. и Д. Лампен [7], была использована для определения характера отношения к человеку с ограниченными возможностями здоровья. Результаты выполнения проективной методики «Дерево» определяются тем, какие позиции выбирает респондент для человека с ограниченными возможностями здоровья, с учетом его комментариев.

Кроме того, использовались экспресс-опросник «Индекс толерантности» (Г.У. Солдатова, О.А. Кравцова, О.Е. Хухлаев, Л.А. Шайгерова); опросник для диагностики способности к эмпатии опросник «Диспозиционной надежды» (К. Муздыбаев) [6].

Описание результатов

Приведем результаты, полученные с помощью описанного диагностического комплекса на выборке подростков–старшеклассников. По итогам беседы и выполнения методик «Дерево» и «Синквейн» испытуемые были разделены на три группы (Отн1 - принимающее отношение; Отн2 - неопределенное отношение; Отн3 - отвергающее отношение). На первом этапе исследования все ответы давались относительно понятия «инвалид» без уточнения нозологии, а на втором – относительно понятия «умственно отсталый». Поэтому, приводя результаты, полученные нами, мы будем уточнять, к какой категории лиц с ограниченными возможностями здоровья они относятся: Отн.и. – отношение к инвалиду вообще; Отн.уо. – отношение к умственно отсталому. Необходимо подчеркнуть, что практически все испытуемые, употребляя термин «инвалид», обозначают им лиц с физической недостаточностью (с проблемами передвижения, зрения).

Отношение к инвалиду

К группе Отн1.и. были отнесены респонденты, ответы которых отличались явным толерантным и альтруистическим отношением к инвалидам – 47%. Испытуемые определяли человека с особыми потребностями как полноценную личность, имеющую право на равноценную жизнь в обществе, выражали сопереживание и понимание необходимости оказания помощи.

Примеры ответов по методике «Синквейн»:

Такой же человек, как и все; стремится, преодолевает трудности; морально силен; трудолюбив; побеждает; достоин уважения; выдержка.

Примеры комментариев по методике «Дерево»:

Человек, который пытается забраться выше; нуждается в помощи; у него есть поддержка; хочет быть наравне с остальными.

Во вторую группу (Отн2.и.) входили испытуемые с нейтральным, отстраненным или амбивалентным отношением к людям с ОВЗ – 23%. Ответы второй группы не содержали прямого негативного отношения, но встречались высказывания о никчемности существования инвалидов.

Примеры ответов по методике «Синквейн»:

Другой; непохожий; живет; им не повезло; жалость.

Примеры ответов по методике «Дерево»:

Сидит; стоит; не такой, как остальные; сидит один; одинок.

В третью группу (Отн3.и.) были отнесены испытуемые, которые проявляют отвергающее отношение. Им несвойственно сопереживание, уважение и желание оказать помощь инвалидам. Ответы опрашиваемых содержали прямую негативную окрашенность - 30%.

Примеры ответов по методике «Синквейн»:

Существует, а не живет; ни к чему не пригодный; жалкий; всю жизни лечит-

ся; неудачник; недостойн нашего внимания; неполноценный.

Примеры ответов по методике «Дерево»:

Не может сделать ничего самостоятельно, без посторонней помощи; не имеет свободы действий; находится на низшей ступени жизни; живет за счет других; не может подняться выше.

Таким образом, почти половина респондентов демонстрирует принимающее отношение к инвалидам. В то же время треть испытуемых занимает отвергающую позицию.

Личностные особенности респондентов в связи с отношением к инвалиду

Далее в рамках выделенных групп сравнивались показатели методик, направленных на определение личностных особенностей, таких как толерантность, способность к эмпатии, уровень надежды.

По такому показателю толерантности, как черты личности, выборки не различаются. Однако по показателю социальной толерантности существуют значимые различия: в первой группе (Отн1.и.) он выражен сильнее, чем во второй и третьей (Отн2.и.) и (Отн3.и.) ($F(4, 104)=3,8486$, $p=0,00588$). Интересно отметить, что между испытуемыми с неопределенным (Отн2.и.) и отвергающим (Отн3.и.) отношением к людям с ОВЗ различий по этому показателю практически нет.

Не обнаружено значимых отличий между группами (Отн1.и.), (Отн2.и.) и (Отн3.и.) (уровень значимости $p=0,11371$, критерий Фишера $F(2, 53)=2,2658$). Однако, при проведении сравнения по способности к эмпатии между группами (Отн2.и.) и (Отн3.и.) выявляется значимость различий (уровень значимости $p=0,03845$, критерий Фишера $F(1, 28)=4,7191$).

У группы испытуемых, относящихся к инвалидам с отвержением (Отн3.и.), способность к эмпатии значимо ниже, чем у группы Отн2.и., проявляющей нейтральное или амбивалентное отношение к инвалидам.

По показателю «Диспозиционная надежда» между группами Отн2.и. и Отн3.и. различий не выявлено, тогда как в первой группе (Отн1.и.) этот показатель значимо выше, чем во второй и третьей (уровень значимости $p=0,00898$, критерий Фишера $F(2, 53)=5,15730$).

Корреляционный анализ показал связь между основными показателями: толерантности, эмпатии и надежды у представителей различных групп.

В группе испытуемых с принимающим отношением к инвалидам (Отн1.и.) обнаружены связи между индексом толерантности по обоим субшкалам и способностью к эмпатии.

В группе испытуемых, относящихся к инвалидам нейтрально либо амбивалентно (Отн2.и.), выявлена связь толерантности как черты личности с диспозиционной надеждой.

В третьей группе (Отн3.и.) обнаружены значимые положительные корреляционные связи между способностью к эмпатии и параметрами толерантности: общим индексом толерантности и толерантностью, как чертой личности. Наличие тревоги коррелирует как с личностной толерантностью, так и с общим показателем индекса толерантности. Связь диспозиционной надежды выявлена только с толерантностью, как чертой личности.

По всей выборке обнаружены связи индекса толерантности и двух ее субшкал с диспозиционной надеждой. Также мы наблюдаем наличие корреляции способности к эмпатии с толерантностью, как чертой личности и общим индексом толерантности.

Отношение к умственно отсталому

Большая часть (77%) респондентов демонстрирует отвергающее отношение к умственно отсталым лицам (Отн3.уо) и лишь 23% проявили принимающее отноше-

ние (Отн1.уо). Нейтрального отношения к данной категории лиц с ОВЗ не выявлено.

Примеры принимающих ответов по методике «Синквейн»:

Человек, которому необходимо протянуть руку помощи; радуется жизни; сочувствие; страдает; старается, учится.

Примеры комментариев по методике «Дерево»:

Стремится к общению с развитыми людьми; пытается удержаться; старается подняться вверх.

В третью группу (Отн3) были отнесены испытуемые, которые проявляют отвергающее отношение к людям с умственной отсталостью. Им несвойственно сопереживание, уважение и желание оказать помощь. Ответы опрашиваемых содержали прямую негативную окрашенность - 77%.

Примеры ответов по методике «Синквейн»:

Не развивается; глупый; остался на том же уровне; не живет, а существует; жалкий; придурковатый; бесполезный; недалекий; тупой; не контролирует себя.

Примеры ответов по методике «Дерево»:

Человек, который не понимает, что подвергает себя опасности; всегда только веселится - ничего другого не умеет делать; неуравновешенный; несмыслящий; не ориентируется в социуме; зря надеется на помощь.

Личностные особенности респондентов в связи с отношением к человеку с умственной отсталостью

Дисперсионный анализ показал значимые различия между группами Отн1.уо. и Отн.3.уо. По показателю личностной толерантности группы Отн1.уо. и Отн.3.уо. не различаются. Однако, по показателю социальной толерантности существуют значимые различия: в группе, принимающей лиц с УО (Отн1.уо.), этот показатель выражен сильнее, чем в отвергающей (Отн.3.уо.): ($F(2, 53)=4,2552$, $p=0,01933$). Напомним, что при анализе отношения к инвалиду (Отн.и.) выявлена аналогичная картина.

По шкале «Способность к эмпатии» между группами (Отн1.уо.) и (Отн.3.уо.) нет значимых различий (уровень значимости $p=0,56523$, критерий Фишера $F(1, 54)=0,33483$).

По шкале «Диспозиционная надежда» дисперсионный анализ выявил значимые различия (уровень значимости $p=0,03751$, критерий Фишера $F(1, 54)=4,5484$). В первой группе (Отн1.уо.) этот показатель выше.

В группе испытуемых с принимающим отношением к умственно отсталым (Отн1.уо.) обнаружена значимая корреляция между способностью к эмпатии и толерантностью (как личностной, так и общим индексом толерантности).

В группе испытуемых с отвергающим отношением к умственно отсталым (Отн3.уо.) обнаружена связь толерантности как черты личности со способностью к эмпатии. С данной субшкалой и индексом толерантности связана диспозиционная надежда.

Обсуждение результатов

В целом можно отметить, что большинство респондентов относится к инвалидам с принимающей и амбивалентной позиций, отвергающее отношение выявлено менее чем у трети испытуемых. У значительной части выборки преобладают высказывания о том, что инвалид такой же человек, как и остальные; он имеет право на полноценную жизнь. В то же время активную жизненную позицию у инвалидов признает незначительная часть респондентов. Большинство опрошенных демонстрирует убежденность в необходимости оказания помощи инвалидам. При этом важно отметить, что при наличии подобных ответов респонденты, когда встает конкретный вопрос, касающийся их личного решения по установлению контакта с инвалидом или оказанию помощи ему, в основном демонстрируют не-

желание сталкиваться с представителем этой категории людей.

Случаи личного опыта оказания помощи людям с инвалидностью достаточно редки у наших респондентов, что они объясняют либо боязнью навредить, либо отсутствием такой необходимости.

Отношение к инвалидам и умственно отсталым людям существенно различается. Преобладающим у респондентов является представление о том, что умственно отсталый – это человек, который обречен на никчемное существование, который не способен на какие-либо достижения. По мнению испытуемых, умственно отсталые люди остановились в своем развитии, и не имеет смысла тратить на них внимание, как общественное, так и государственное. Испытуемые не знают, как относиться к таким людям, как реагировать на них. В группу испытуемых, принимающе относящихся к умственно отсталым людям (Отн1.уо.), попали исключительно респонденты из группы, принимающе относящейся к инвалидам в целом (Отн1.и.). Качественный анализ показал, что все испытуемые, имевшие нейтральное, отстраненное или амбивалентное отношение к инвалидам (Отн2.и.), перешли в группу с отвергающим отношением к умственно отсталым (Отн3.уо.). В группу (Отн3.уо.) перешли также 50% испытуемых, демонстрировавшие принимающее отношение к инвалидам (Отн1.и.).

Отличительной чертой респондентов, вошедших в группу (Отн3.уо.), являются низкие показатели социальной толерантности и способности к эмпатии.

Как было показано выше, уровень толерантности как черты личности примерно одинаков у всех групп испытуемых. Значимые различия, выявленные нами относительно социальной толерантности, говорят, по нашему мнению, о том, что в целом респондентами усвоен культурный норматив о необходимости быть толерантным в обществе, но при необходимости применять этот норматив к конкретным представителям общества – инвалиду либо умственно отсталому – проявляется субъективное отношение – отвергнуть их, отделить от общества. Иными словами, толерантность для большинства является знакомой, но далеко не всегда реализуемой ценностью.

У группы подростков, относящихся к инвалидам с отвержением (Отн3.и.), способность к эмпатии значимо ниже, чем у группы (Отн2.и.), проявляющей нейтральное либо амбивалентное отношение к этой категории людей. Стоит отметить, что при сравнении группы (Отн2.и.) с группой (Отн1.и.) по уровню эмпатии выявляются незначительные различия, не достигающие уровня значимости.

Можно сделать вывод, что низкий уровень эмпатии играет существенную роль в формировании отвергающей позиции по отношению к лицам с ограниченными возможностями здоровья. При этом высокий уровень эмпатии не обеспечивает на прямую принимающего отношения. Мы можем предложить следующие объяснения этому феномену. Во-первых, высокая способность вчувствования в переживания другого человека при встрече с инвалидностью может вызывать страх и отторжение в качестве защиты от пугающих переживаний, «примериваемых» на собственное существование. Во-вторых, в случае формирования отношения к умственно отсталому человеку на первый план, по нашему мнению, выступает когнитивный компонент эмпатии. Многие испытуемые подчеркивали чуждость («иной», «другой») для них образа умственно отсталого человека вследствие невозможности понять его внутренний мир. Мы предполагаем, что в этом случае для «использования» эмпатической способности требуются особые усилия, для совершения которых необходимо ценностно-смысловое обоснование. Очевидно, что для большинства наших респондентов ментальная недостаточность является препятствием для совершения таких усилий. Такое предположение косвенно подтверждается и тем, что, как уже от-

мечалось выше, по отношению к умственно отсталым людям у респондентов не выявлено нейтральной либо амбивалентной позиции. Отношение к данной категории людей является определенным – либо принимающим, либо отвергающим.

Респонденты, характеризующиеся принимающим отношением к инвалидам (включая и умственно отсталых), имеют наиболее высокий показатель диспозиционной надежды, что значительно отличает их от представителей групп Отн.2 и (Отн.3). Общая настроенность человека на положительное будущее тесно связана с успешной адаптацией его к трудным обстоятельствам, а также с успешностью саморегуляции поведения [14].

Заключение

Подходы к проектированию моделей инклюзии необходимо уточнять и конкретизировать с учетом возможностей и потребностей лиц с различными вариантами недостаточности. Для того чтобы направленно формировать средовые условия, способствующие позитивному самоопределению детей с ОВЗ, следует учитывать особенности отношения к ним со стороны условно здорового социума. Проведенное нами исследование свидетельствует о неоднозначности отношения к обобщенному образу инвалида и преимущественно отвергающей позиции по отношению к человеку с умственной отсталостью. Между тем, именно эта категория лиц составляет наиболее значительную часть инвалидов и требует особых усилий общества в создании условий их инклюзии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айхорн А. Трудный подросток. - М., 2001
2. Замский Х.С. Умственно отсталые дети: История их изучения, воспитания и обучения. - М., 1995.
3. Кабанов М.М. Больной и среда в процессе реабилитации // Вест. АМН СССР. - 1977. - № 4.
4. Кеннард Д. Терапевтические сообщества // Московский психотерапевтический журнал. – 2007. – № 1.
5. Мой выбор. Учебно-методическое издание для учителей средней школы. Издание второе, исправленное и дополненное. - М.: Учительская газета, 2001.
6. Муздыбаев К. Измерение надежды // Психологический журнал. – 1999. - № 4, Т. 20.
7. Психологическая профилактика дезадаптации учащихся в начале обучения в средней школе: Методические рекомендации для школьных психологов / под ред. Л.П. Пономаренко. - Одесса, 1998.
8. Цубер Й., Вейс Й., Кох У. Психологические аспекты реабилитации // В кн.: Перре М., Бауманн У. Клиническая психология. - СПб., 2006.
9. Шеманов А.Ю., Попова Н.Т. Инклюзия в культурологической перспективе // Психологическая наука и образование. - 2011. - № 1. – С. 74-82.
10. Щербакова А.М. «Я» и «Другой» через призму отношения к инвалидам // «Протеатр». Феномен «особого театра» и современная культура (с приложением реестра «особых» театров). - М., 2008.
11. Щербакова А.М. Психологические аспекты реабилитационной среды // «Другое детство»: Сб. научных статей. - М., 2009.

Shcherbakova A.M.

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF THE INCLUSION OF CHILDREN WITH DISABILITIES

Moscow State University of Psychology and Education (Moscow).

Abstract: This article is about different issues of inclusion. The main purpose of inclusion is to help every person to self-realize. We suppose inclusive environment for

children with special needs as rehabilitative environment, which provides them activity fields and better self-support. Our society has very obscure and contradictory ideas about disability persons' possible patterns, and it is the greatest barrier for successful inclusion. We describe close links between those ambivalent ideas and personal attitudes and psychological experience of "normal" majority towards people with disabilities. Also in the article we mark the sharp distinctions in attitude towards people with intellectual disability and those with "common" disability.

Key Words: inclusion, rehabilitation, rehabilitative environment, special needs, disability, intellectual disability (formerly called mental retardation).

Е.О. Смирнова

НОВЫЙ СТАНДАРТ ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ С ПОЗИЦИИ ПСИХОЛОГА

Московский городской психолого-педагогический университет (Москва).

Резюме. Статья посвящена анализу нового Стандарта дошкольного образования, введенного в связи с его перерастанием в уровень общего образования. Подчеркивается важность дошкольного детства и анализируются проблемы современного дошкольного образования. Приводятся основные положения нового стандарта дошкольного образования и его ориентация на формирование инициативности и самостоятельности ребенка в специфически дошкольных видах деятельности. В заключении рассматриваются проблемы, препятствующие реализации нового Стандарта.

Ключевые слова: дошкольный возраст, дошкольное образование, государственный стандарт, образовательная программа, условия реализации образовательной программы, результаты дошкольного образования

Дошкольный возраст – период фактического складывания личности ребенка, значение которого для дальнейшего развития ребенка трудно переоценить. Показано, что «вложения» в воспитание дошкольников дают максимальную эффективность и своеобразную «экономия» на коррекционной работе, на борьбе с преступностью, на преодолении академической неуспеваемости и пр. Признание уникальности и качественного своеобразия дошкольного детства приводит к необходимости совершенствования его системы. Одним из наиболее кардинально новых положений Закона об образовании [1] является то, что дошкольное образование стало полноправным уровнем общего образования.

Система дошкольного образования сегодня сталкивается с рядом острых проблем, от решения которых в значительной степени зависит психологическое благополучие и психическое здоровье наших детей. Предшкольное обучение, призванное обеспечить преемственность дошкольного и школьного образования, сегодня в основном сводится к форсированию темпов детского развития путем включения дошкольника в учебную деятельность. Это приводит к вытеснению дошкольных видов деятельности, в которых происходит развитие личности ребенка 3-7 лет, и прежде всего игры. Давление образовательных достижений и приоритет обучающих занятий все более вытесняют игру из жизни детей. Жесткое программирование свободного времени в детских садах, постоянный контроль и запрограммированные формы деятельности детей не оставляют возможностей для свободной игры, а значит для проявления детской инициативы, самостоятельности, креативности. Даже если виды детской деятельности и остаются в детских са-

дах, они принимают форму «обучения на занятиях», либо сами существенно изменяются в сторону «дидактизирования». Кроме того, в последнее время телевидение, видео и компьютер все больше заменяют детскую творческую деятельность (игру, сказку, рисование, конструктивную деятельность, лепку). Массовая культура и маркетинг в отсутствии контроля со стороны родителей и государства распространяют вредные для дошкольников занятия, что искажает нормальный ход развития, и вырабатывают зависимость от компьютера, телевидения и пр.

Отсутствие игры и других видов детской деятельности уже сейчас приводит к тревожным последствиям. Это снижение общей активности детей - познавательной, исследовательской, двигательной. Наблюдается снижение интересов, любознательности и любопытства. Педагоги и родители отмечают, что дети перестали задавать вопросы (поскольку им постоянно и преждевременно дают ответы), они не прикладывают усилий для решения задач, не интересуются окружающим, отказываются от усилий (все чаще наблюдаются явления так называемой «выученной беспомощности»). Очевидное снижение уровня личностного развития детей проявляется в дефиците воли и произвольности. Дети не могут сами найти себе занятие, скучают среди игрушек, не могут организовать свою деятельность.

Неблагоприятной тенденцией является низкая мотивация сотрудничества, неумение конструктивно взаимодействовать со сверстниками, усиление агрессивности.

За последние 15-20 лет резко увеличилось число детей с проблемами в развитии (речевом, познавательном, эмоциональном), в том числе не справляющихся с освоением программы начальной школы. Парадоксально, но искусственная акселерация детского развития и раннее обучение приводят к неудовлетворительной готовности ребенка к школе, школьной дизадаптации. Около 40% первоклассников испытывают серьезные трудности в усвоения школьной программы.

Сложившаяся ситуация в дошкольном образовании ставит определенные задачи, на решение которых направлен новый Стандарт дошкольного образования [2]. Этот стандарт в течение 4-х месяцев обсуждался группой, работавшей под руководством А.Г. Асмолова. В состав группы входили преимущественно психологи (в том числе автор данной статьи), поэтому стандарт имеет выраженную специфику и ориентирован прежде всего на развитие личности ребенка, а не на его обучение. В настоящее время он прошел обсуждение и утвержден Минобрнауки РФ. Основной сверхзадачей этого Стандарта является создание условий для полноценного проживания дошкольного детства и утверждение его самооценности. Это означает максимальное использование тех возможностей, которые предоставляет для развития ребенка стадия дошкольного детства, имеющая уникальное значение для развития творческого воображения, любознательности, мотивации познания в разных формах детской деятельности: игре, изобразительной деятельности, конструировании, восприятии художественной литературы и сказки и др.

Стандарт включает три группы требований: к образовательной программе, к условиям и к результатам образования. При этом главными являются требования к условиям образования дошкольников, поскольку именно условия образования, а не его результаты, могут и должны быть определены, гарантированы и стандартизированы. Главная целевая установка Стандарта - это ориентация на свободу и самостоятельность для всех уровней и участников системы образования – для организации, педагогов и для самих детей.

Прежде всего, каждый детский сад руководствуется собственной образовательной программой. Основная программа утверждается организацией самостоятельно в соответствии с настоящим Стандартом и с учетом Примерных программ, утвержденных Министерством. При разработке программы специалисты сами оп-

ределяют продолжительность пребывания детей в детском саду, режим, формы и методы педагогической работы. Программа должна предусматривать работу по пяти образовательным областям (они же линии развития ребенка). Это социально-коммуникативное, познавательное, речевое, художественно-эстетические и физическое развитие. При этом Стандарт задает лишь общие направления программы, а основное содержание определяет сама образовательная организация.

Как уже отмечалось, главное место в новом Стандарте дошкольного образования уделяется требованиям к *условиям реализации* программы, которые включают требования к психолого-педагогическим, кадровым, материально-техническим и финансовым условиям, а также к развивающей предметно-пространственной среде.

Необычным для государственного стандарта являются требования к психолого-педагогическим условиям, которые сформулированы достаточно подробно. Среди них уважение педагогов к достоинству воспитанников, поддержка их положительной самооценки, уверенности в собственных возможностях, ориентация на возрастные и индивидуальные особенности детей (недопустимость как искусственного ускорения, так и замедления развития детей); поддержка инициативы и самостоятельности детей во всех видах деятельности; предоставление детям возможности выбора и пр. Данная группа требований на первый взгляд не соответствует жанру государственного стандарта, и выглядит достаточно расплывчато. Однако она задает гуманистический пафос этого документа, ставит акцент на уважительном отношении взрослых к детям, что является главным и совершенно необходимым условием нормального самочувствия и полноценного развития дошкольника. Без обеспечения данных условий никакая образовательная программа не может быть по-настоящему реализована.

Реализация психолого-педагогических требований предполагает высокую квалификацию педагогических кадров. Среди требований к компетентностям педагога - способность обеспечивать эмоциональную поддержку каждого воспитанника; умение создавать условия для позитивных отношений между детьми; оказывать не директивную помощь в свободной игре детей, стимулировать их самостоятельность и активность в разных видах деятельности и др.

На поддержку инициативы детей во всех видах детской деятельности направлены также требования к предметно-пространственной среде. Эта среда должна обеспечивать материалы и оборудование для всех видов детской деятельности, включая игровую, познавательную, исследовательскую и двигательную активность, экспериментирование с доступными детям материалами (в том числе с песком и водой). Кроме того, предметно-пространственная среда должна быть не просто безопасной, но и трансформируемой (т. е. предполагать возможность изменений), полифункциональной (т. е. допускать различное использование имеющихся материалов), вариативной и доступной для детей. Важно подчеркнуть, что организация *самостоятельно* выбирает и приобретает средства обучения, в том числе техническое, игровое, спортивное, оборудование.

Особую трудность при создании Стандарта представляли требования к результатам, т. е. к качествам или к «образованности» ребенка на завершающем этапе дошкольного образования. С одной стороны, эти требования необходимо сформулировать, поскольку каждый уровень образования, как и всякий процесс, должен иметь определенный результат; с другой – жестко определить качества, знания или способности 6-7-летних детей совершенно невозможно. На это есть множество самых разных причин: выраженные индивидуальные варианты и темпы развития, культурные и географические различия, своеобразие образовательных программ, необязательность уровня дошкольного образования в РФ и пр.

Кроме того, непосредственность и непроизвольность ребенка, невозможность вменения ему какой-либо ответственности за результат делают неправомерными требования от дошкольника конкретных образовательных достижений.

И главная опасность жесткого определения образовательных результатов заключается в том, что эти определения становятся критериями оценки детей, которых проверяют на наличие соответствующих знаний или качеств. И не только детей, но и работы воспитателей и детского сада в целом, поскольку сразу начинается «натаскивание» детей на достижение нужных результатов, что деформирует нормальное детство, лишает детей (как и педагогов) самостоятельности. Такого ЕГЭ для дошкольников справедливо опасаются и родители, и педагоги. И в то же время педагогам трудно работать без ориентации на какой-то результат, без определения приоритетов в своей работе.

Выход из этой сложной ситуации содержится в Законе «Об образовании», где зафиксировано положение о том, что результаты дошкольного образования «не являются основой объективной оценки соответствия установленным требованиям образовательной деятельности и подготовки воспитанников»¹.

В итоге, требования к результатам были определены не как итоговый уровень, а как **целевые ориентиры** дошкольного образования, которые представляют собой примерный портрет идеального ребенка 7 лет. В тексте Стандарта специально подчеркивается, что целевые ориентиры не могут служить основанием при решении управленческих задач, включая аттестацию педагогических кадров, оценку качества образования, оценку уровня развития или тестирования детей и пр.

К целевым ориентирам дошкольного образования относятся психологические характеристики ребенка, отражающие его личностное развитие, а именно:

- инициативность и самостоятельность в разных видах деятельности;
- положительное отношение к себе и к другим, коммуникативные способности;
- творческие способности и развитое воображение;
- насколько ребенок способен к произвольному поведению и к волевым усилиям;
- любознательность, интерес к окружающему, возможность использовать свои знания.

Одним из результатов формирования этих качеств являются предпосылки учебной деятельности детей старшего дошкольного возраста. Именно эти качества, а не совокупность знаний и не умение читать и считать обеспечивают готовность к обучению в школе. И не только к школе, но и к дальнейшей жизни.

Можно видеть, что разные положения Стандарта имеют общую ориентацию на стимулирование **самостоятельности и инициативы детей в специфически дошкольных видах деятельности**: игры, конструировании, сочинении сказок и историй, в экспериментировании, рисовании. Возврат этих деятельностей в жизнь детей будет, по замыслу авторов документа, способствовать полноценному проживанию дошкольного детства, т. е. амплификации детского развития, и поможет преодолеть отмеченные выше проблемы современного детства.

В то же время нужно отдавать себе отчет в том, что реализация этих условий наталкивается на ряд существенных трудностей. Первая из них – острая нехватка квалифицированных кадров в системе дошкольного образования. Воспитатели детских садов привыкли работать в жестко регламентированной системе, подчиняясь предписанному плану и вышестоящему начальству. Большинство из них не готово к созданию собственных программ и к проявлению самостоятельности.

¹ Закон РФ «Об образовании», ст. 11.2.

Они не умеют играть, создавать естественные проблемные ситуации, стимулировать и поддерживать инициативу детей. Несмотря на то, что уже многие годы идет разговор о неприемлемости школьно-урочной системы в дошкольном детстве, «зуновская» инерция берет свое. Гораздо проще посадить детей за парту и сообщать им готовые знания, чем придумывать новые игры и вовлекать в них детей. Педвузы, большинство из которых работает по старым программам, мало приобщают студентов к практике реальной работы с детьми и ограничиваются в основном теоретической подготовкой. Соответственно необходима серьезная реформа педагогического образования дошкольных работников.

Еще одно препятствие на пути реализации Стандарта – ожидания родителей. Конечно, родители сильно различаются по уровню собственной педагогической компетентности. Для некоторых совершенно безразлична образовательная программа детского сада. Для других детских сад является местом подготовки к школе, которая понимается как умение читать, писать и считать. Соответственно главное их требование к дошкольному образованию – как можно более раннее и интенсивное обучение. Изменить эту установку, т. е. показать, что обучение не всегда ведет за собой развитие, достаточно трудно. Ориентация на свободную активность и детскую игру будет восприниматься как нарушение их ожиданий, как бесполезная трата времени и как бездействие педагогов.

Одна из наиболее острых проблем современного дошкольного образования – острая нехватка детских садов. Существующие очереди и необходимость их «разгрузить» побуждает оптимизировать использование помещений (физкультурные и музыкальные залы превращаются в групповые комнаты) и увеличивать число детей в группах. Это число достигает 30-35 детей на одного воспитателя! Очевидно, что в этой ситуации никакая индивидуализация образования, уважение к достоинству каждого ребенка и поддержка его инициативы не реализуемы. Следует отметить, что в первоначальный вариант Стандарта включал констатацию оптимального числа детей на одного воспитателя. Оно варьировалось в зависимости от возраста и состава детей, но во всех случаях не превышало 16 детей на одного педагога. Это оптимальное число дошкольников, с которыми может работать один взрослый. Именно это число принято в большинстве стран. Фиксация предельной наполняемости группы и оптимального числа детей на одного взрослого являлось принципиальным моментом для авторов нового Стандарта дошкольного образования. Однако, из конечной редакции Стандарта эти цифры были убраны, даже как рекомендательные. Очевидно, что это сделано из экономических соображений; в настоящее время количественное соотношение детей на одного взрослого, рекомендуемое в Стандарте, практически не реализуемо. Но от перегруженных педагогов в переполненных группах ожидать повышение качества образования бесполезно. А как мы уже говорили выше, экономия на дошкольном детстве чревата серьезными проблемами, в том числе экономическими.

Очевидно, что никакой документ не может изменить состояние сложной инерционной системы, какой является дошкольное образование. Он лишь задает вектор развития, общую идеологию движения, что тоже немаловажно. Для того чтобы эта идеология стала практикой, необходимо разворачивание комплексных научных и социальных программ с участием психологов, социологов, экономистов и управленцев.

ЛИТЕРАТУРА

1. Закон РФ «Об образовании».
2. Федеральный государственный образовательный стандарт дошкольного образования.

В.С. Собкин, К.Н. Скобельцина, А.И. Иванова
**СОЦИОЛОГИЯ ДОШКОЛЬНОГО ДЕТСТВА:
ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ЖИЗНЕННОЙ СРЕДЫ РЕБЕНКА**
Институт социологии образования РАО (Москва).

Резюме: В статье приведены результаты социологического опроса родителей детей дошкольного возраста об особенностях организации жизненной среды ребенка в семье. Анализируются различные вопросы, связанные с организацией домашнего пространства, жизненного цикла дошкольника, состоянием здоровья ребенка. Анализ проводится относительно влияния ряда демографических (пол, возраст) и социально-стратификационных факторов (уровень материального положения, уровень образования, полнота семьи и др.).

Ключевые слова: социология дошкольного детства, жизненный цикл, режим дня, гигиенические нормы, детская заболеваемость.

Статья посвящена описанию социальной ситуации развития дошкольника в семье, а именно условиям воспитания ребенка. Особое внимание в ней уделено анализу различных аспектов, связанных с организацией домашнего пространства ребенка (наличие своей комнаты, спального места и т. п.). Также будет охарактеризован целый ряд особенностей, касающихся временной организации жизни ребенка в семье: режим дня, соблюдение гигиенических норм, утренний зарядка. При этом мы затронем вопросы, связанные с негативными моментами в родительском поведении (курение, употребление алкоголя в присутствии ребенка) и их влиянием на организацию жизненного цикла ребенка. Завершая статью, отдельно рассмотрим вопросы, касающиеся состояния здоровья ребенка: частота заболеваний, наличие хронических болезней.

Статья основана на материалах, полученных в ходе социологического опроса 1936 родителей, чьи дети посещают детские сады г. Москвы. Она продолжает цикл работ по социологии дошкольного детства, проведенных сотрудниками Института социологии образования РАО [6, 7, 8, 9]. В ходе анализа мы будем учитывать влияние ряда демографических (пол, возраст) и социально-стратификационных факторов (уровень материального положения, уровень образования, полнота семьи и др.) на мнения родителей об организации жизненной среды при воспитании ребенка.

Условия проживания ребенка в семье. Особый интерес представляет анализ тех объективных условий, в которых растет и развивается ребенок. В этой связи важно остановиться на двух моментах. Один из них связан с наличием у ребенка собственной территории, а другой — с жесткостью границ интимного пространства родителей и детей.

Полученные материалы показывают, что у половины дошкольников (48,9%) есть собственная комната. Треть родителей (30,2%) указывает на наличие у ребенка своего «уголка» в общей комнате, а каждый пятый (20,9%) фиксирует совместное проживание с ребенком в одной комнате. Понятно, что условия проживания зависят от уровня дохода семьи. Так, если среди малообеспеченных родителей лишь треть (34,1%) отмечает, что у их ребенка есть своя комната, то среди обеспеченных таких более половины (54,8%, $p=0.0001$).

Однако материальный фактор не является единственным. Так, например, условия проживания различаются у мальчиков и девочек. Приведенные данные позволяют сделать вывод о влиянии не столько экономических, сколько социально-психологических факторов на организацию жизненного пространства ребенка в семье. (см. таблицу 1).

Таблица 1.

Условия проживания мальчиков и девочек в семье (%)			
Условия проживания	Мальчики	Девочки	p=
Своя комната	51,0	45,5	.02
Свой «уголок» в общей комнате	28,0	33,4	.01
Живем в одной комнате	21,1	21,1	—

В данном случае обращает на себя внимание гендерная специфика. Заметим, что проживание ребенка в одной комнате с родителями одинаково у мальчиков и девочек (21,1%), и это свидетельствует о том, что при отсутствии материальных возможностей влияние гендерного фактора нивелируется. Однако, когда условия позволяют, родители чаще стремятся выделить отдельную комнату именно для мальчика. Это может быть связано по меньшей мере с двумя причинами. С одной стороны, здесь проявляется стремление родителей воспитать в мальчике самостоятельность, развить волевые качества, что требует дистанцирования и пространственной самоорганизации. С другой, правомерны и психоаналитические интерпретации: стремление родителей «отграничить» собственное интимное пространство от присутствия мальчика (Эдипов комплекс как соперничество между отцом и сыном; влияние культурных норм, контролирующих поведение матери при мальчике, например, обнажение и др.).

Условия проживания зависят также и от возраста ребенка: чем он старше, тем чаще в семье для него выделяется отдельная комната. Так, на рубеже 4-5 лет резко увеличивается число родителей, фиксирующих, что у их ребенка есть собственная комната (в 3-4 года — 34,6%, в 4-5 лет — 53,6%, $p=.0001$). По-видимому, подобное пространственное отделение ребенка от взрослого связано с развитием самостоятельной активности дошкольника, которая уже не требует постоянной поддержки и контроля со стороны взрослого. В частности, хорошо известны феномены стремления детей этого возраста «отстроиться» от присутствия родителей при организации собственной игровой деятельности (например, закрыть дверь, спрятаться в домик и т. п.).

Важно обратить внимание на то, что и социальный статус семьи (полная/неполная) играет существенную роль в организации жизненного пространства ребенка. Так, матери, состоящие в браке, заметно чаще, чем незамужние, отмечают, что у их детей есть своя комната (52,9% и 29,2% соответственно, $p=.0001$). На наш взгляд, этот факт не стоит сводить лишь к худшему материальному положению одиноких матерей. По-видимому, здесь проявляется также и стремление замужних матерей оградить ребенка от своей интимной супружеской жизни.

В этой связи особый интерес представляет вопрос об условиях сна ребенка: наличие собственной кровати, постоянного спального места. С этой целью в ходе опроса родителей просили отметить, где спит их ребенок: в своей кровати, иногда с родителями или всегда вместе со взрослыми. Полученные данные показывают, что подавляющее большинство родителей (79,7%) указывают, что их дети спят в собственных кроватях, 12,1% опрошенных отметили, что дети иногда спят с ними, а 8,2% респондентов фиксируют, что спят вместе со своими детьми постоянно.

Заметим, что по мере взросления ребенка условия для его сна существенно меняются. По мере взросления число детей, которые спят в собственной кровати, увеличивается. Параллельно к достижению старшего дошкольного возраста число детей, продолжающих постоянно спать с родителями, значительно снижается — с 24,8% до 4,4% ($p=.0001$). Заметим, что подобная тенденция связана не только с автономизацией жизненного пространства ребенка по мере его взросления, о чем мы уже писали выше, но и с вопросами, касающимися различий в организации суточ-

ного цикла взрослого и ребенка: родители все более жестко ориентируют ребенка на соблюдение режимных моментов, связанных с отходом ко сну, с подчинением регламенту образовательного учреждения. Поэтому ребенок должен раньше ложиться спать, чем взрослый.

Организация детского пространства для сна, на наш взгляд, представляет особый культурологический интерес, поскольку она отражает отношение к телесному взаимодействию родителей и детей. В этой связи характерно, что родители с небольшим доходом в два раза чаще, чем обеспеченные, указывают, что спят вместе со своими детьми (13,5% и 6,1% соответственно, $p=.0001$). С нашей точки зрения, здесь проявляется не столько ограниченность материальных возможностей (невозможность купить кровать и организовать отдельное спальное место для ребенка), сколько иное отношение к физическим контактам со своим ребенком. Напрашивается аналогия с близкими телесными контактами родителей и детей у народов, стоящих на более низкой ступени культурного развития. В семьях же с высоким социальным статусом контакт родителей и детей носит более опосредованный характер и задается как соблюдением определенных культурных норм и правил общения, так и привлечением других взрослых для воспитания ребенка (няни, гувернантки и т. п.).

При обсуждении проблемы телесных контактов взрослого и ребенка особый интерес представляет сравнение организации детского сна замужними и незамужними матерями. Среди одиноких матерей гораздо выше доля тех, кто указывает, что постоянно спит со своим ребенком. Причем среди незамужних матерей мальчиков этот показатель существенно выше, чем среди незамужних матерей девочек. В данном случае явно напрашиваются психоаналитические интерпретации, связанные с отсутствием супруга (механизмы «замещения», «переноса» и др.).

Режим дня ребенка-дошкольника. Правильно построенный режим дня является важным фактором, обеспечивающим гармоничное физическое и психическое развитие детей. Он способствует поддержанию оптимального уровня активности ребенка, снижает риск появления хронических заболеваний, повышая общую сопротивляемость организма [4]. Рационально организованный режим дня позволяет чередовать различные виды деятельности и в то же время обеспечивает полноценный отдых ребенка [1]. В этой связи следует обратить особое внимание на существование законодательно установленных санитарно-эпидемиологических правил и нормативов для дошкольных образовательных учреждений, определяющих качество питания, продолжительность сна, частоту и длительность прогулок и проч. [3]. В целом эти нормы являются культурными ориентирами и для семейного воспитания.

В исследовании нас интересовало, насколько строго родители следят за соблюдением режима дня своего ребенка. Ответы на данный вопрос показывают, что более половины опрошенных (51,7%) стараются строго это контролировать. Треть (37,1%) отметила, что режим дня у их ребенка довольно гибкий, но они тем не менее стараются соблюдать основные режимные моменты. В то же время каждый девятый (11,1%) указал, что не следит за соблюдением режима дня, а ориентируется на индивидуальные особенности ребенка.

На организацию родителями режима дня ребенка заметное влияние оказывают социально-стратификационные факторы. Так, например, родители со средним образованием чаще, чем родители с высшим, отмечают, что не следят за соблюдением их ребенком режима дня (15,7% и 7,5% соответственно, $p=.0001$). Этой же стратегии чаще придерживаются и незамужние матери (14,4%), тогда как среди замужних таких 10,2% ($p=.04$). Таким образом, в более слабых социальных стратах отчетливо прослеживается тенденция к отказу от организации и поддержки стабильного жизненного цикла при воспитании ребенка.

Важно также добавить, что по мере взросления ребенка (особенно резко по достижении им старшего дошкольного возраста) значимость жесткого родительского контроля за соблюдением режима дня снижается и начинается переориентация на гибкую стратегию. Можно предположить, что это связано с увеличением видов и форм активности ребенка, ростом его самостоятельности и расширением круга социальных контактов, что не укладывается в рамки строгого временного регламента организации жизненного цикла.

Соблюдение гигиенических норм. Понятно, что соблюдение ребенком гигиенических норм является важным организующим моментом в режиме дня. Роль гигиены для здоровья постоянно подчеркивают и медики, и педагоги. В этой связи в ходе опроса родителей просили указать, с какой периодичностью их ребенок соблюдает гигиенические нормы: каждый день утром и вечером, один раз в день, эпизодически. Большинство родителей (70,5%) строго следит за тем, чтобы их ребенок делал это дважды в день. Четверть (23,9%) отметила, что ребенок выполняет гигиенические процедуры регулярно, но только один раз в день. На эпизодическое соблюдение ребенком гигиенических норм указали 5,5% родителей.

Анализ данных показывает, что родители из более сильных социальных страт (с высшим образованием и высоким уровнем дохода) гораздо чаще отмечают, что их ребенок регулярно выполняет гигиенические процедуры два раза в день, утром и вечером. Иными словами, культура личной гигиены во многом социально обусловлена, что проявляется уже на этапе дошкольного детства. Характерно, что подобная тенденция сохраняется и в подростковом возрасте: среди школьников из слабых социальных страт значительно ниже доля тех, кто регулярно соблюдает гигиенические процедуры утром и вечером [5].

Утренняя зарядка. Одной из важных здоровьесберегающих процедур является утренняя зарядка. Однако, в отличие от рассмотренных выше моментов, ее выполнение гораздо менее популярно среди родителей — лишь 11,2% утверждают, что ежедневно делают со своим ребенком утреннюю зарядку. Четверть опрошенных (26,6%) отметила, что подобные занятия с детьми носят эпизодический характер. Большинство же родителей (62,2%) указало, что не делают со своим ребенком утреннюю зарядку.

Характерно, что занятия утренней гимнастикой с ребенком зависят от возраста самих родителей, причем среди молодых заметно выше доля тех, кто регулярно выполняет с ребенком физические упражнения (15,0% родителей моложе 26 лет и 9,2% родителей старше 27 лет, $p=0.002$). Подобная тенденция в определенном смысле является достаточно противоречивой. В ходе исследования было выявлено, что значимость личного здоровья у родителей с возрастом существенно увеличивается, однако приобщение ребенка к здоровому образу жизни путем включения его в совместные физические упражнения, напротив, явно снижается [8]. Это свидетельствует о том, что взрослый, отказываясь от физической активности, не только не рассматривает занятия физической культурой как средство поддержания собственного здоровья, но и не формирует у ребенка потребности включения этого вида деятельности в жизненный цикл.

Следует добавить, что замужние матери чаще одиноких регулярно занимаются с ребенком утренней зарядкой (11,7% и 7,3% соответственно, $p=0.03$). Это позволяет сделать вывод о том, что воспитание ребенка в полной семье предоставляет матери больший ресурс для организации культуросообразного образа жизни своего ребенка.

Вредные привычки родителей. При характеристике жизненной среды ребенка особый интерес представляет рассмотрение вопросов о наличии вредных привычек у родителей (курение, употребление алкоголя, в том числе и в присутствии

ребенка). На наш взгляд, стиль поведения родителей характеризует их ответственность за сохранение здоровья ребенка и ориентацию на поддержание здорового образа жизни. Важно также иметь в виду, что курение и употребление алкоголя в присутствии ребенка транслирует ему негативный образец поведения. Так, результаты социологических исследований особенностей девиантного поведения школьников показывают, что эти вредные привычки более распространены среди тех подростков, чьи родители курят и употребляют алкоголь [5].

Проведенный нами опрос показал, что среди родителей дошкольников крайне высока доля курильщиков — 44,6% отцов и 29,5% матерей. При этом среди незамужних матерей доля курящих существенно выше, чем среди замужних (45,1% и 25,4% соответственно, $p=0.001$). Высока и доля родителей, употребляющих алкоголь: лишь четверть из них (25,8%) отметила, что вообще не употребляет спиртные напитки. В то же время ограничивают свое поведение и не употребляют алкоголь при ребенке 27,5%. Остальные же употребляют спиртные напитки в присутствии детей либо «иногда» (39,9%), либо «довольно часто» (2,0%).

Важно подчеркнуть, что среди родителей мальчиков заметно выше доля тех, кто курит и употребляет алкоголь в присутствии ребенка, чем среди родителей девочек. На наш взгляд, это свидетельствует о том, что уже на этапе дошкольного детства родителями транслируются не только позитивные, но и негативные образцы поведения. При этом явно прослеживаются гендерные различия: родители девочек реже подают плохой пример, в то время как для родителей мальчиков курение и употребление алкоголя в присутствии ребенка считается возможным в силу социальных стереотипов мужского поведения.

Показательно, что склонность родителей к курению и употреблению алкоголя негативно влияет на поддержание ими режимных моментов в организации жизни ребенка.

Полученные данные однозначно свидетельствуют о негативном влиянии курения и употребления алкоголя на реализацию родителями своих функций по созданию благоприятной жизненной среды ребенка-дошкольника.

Детские заболевания. Особый интерес представляет вопрос о частоте и распространенности различных заболеваний среди детей дошкольного возраста. К сожалению, основная статистика по детской заболеваемости дается относительно возраста от 0 до 14 лет, и данные по заболеваемости детей дошкольного возраста, как правило, отдельно не выделяются. В принципе, подобный подход объясним, поскольку Минздрав выделяет детские медицинские учреждения как самостоятельные и обслуживающие именно эту возрастную категорию (до 14 лет).

Для того чтобы получить представление об основных тенденциях детской заболеваемости в РФ, были проанализированы статистические данные по основным классам болезней за период с 1990 по 2009 гг. [2]. Полученные результаты показывают, что в настоящее время наиболее распространенными являются болезни органов дыхания, нервной системы и органов чувств, травмы и отравления, болезни кожи и подкожной клетчатки, инфекционные и паразитарные болезни, болезни органов пищеварения. В целом за 20 лет заболеваемость детей по основным классам болезней увеличилась в 1,7 раза. При этом наиболее резко возросло число детей с болезнями системы кровообращения (в 4,8 раза), болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани (в 4,7 раза), болезнями крови и кроветворных органов (в 4,5 раза), врожденными аномалиями (в 4,5 раза), новообразованиями (в 4,2 раза), болезнями мочеполовой системы (в 4 раза).

Статистические данные, позволяющие судить о заболеваниях именно детей-дошкольников, практически отсутствуют. В этой связи в нашем исследовании мы специально затронули вопросы, связанные с частотой и видами заболеваний у детей-

дошкольников. Ответы родителей на вопрос о частоте заболеваний их детей распределились следующим образом: «ни разу не болел за последний месяц» — 63,1%, «болел один раз» — 30,5%, «болел 2–3 раза» — 6,3%. Показательно, что ответы родителей свидетельствуют о снижении частоты заболеваемости по мере взросления ребенка. Так, если среди родителей детей 4–5 лет 42,0% указывают на то, что их ребенок болел хотя бы один раз в течение последнего месяца, то среди родителей детей 5–7 лет таких 32,8% ($p=.0004$). По-видимому, подобная динамика свидетельствует о росте иммунитета к инфекционным болезням у более старших детей.

Помимо частоты заболеваний особый интерес представляет вопрос о наличии у детей хронических болезней. Полученные результаты показывают, что каждый седьмой из опрошенных родителей (15,3%) отмечает у своего ребенка наличие того или иного хронического заболевания. При этом показательно, что по мере взросления число детей, страдающих хроническими заболеваниями, увеличивается.

На рубеже 3–4 лет резко увеличивается доля детей с хроническими заболеваниями — с 5,2% до 13,5% ($p=.001$). К моменту же поступления в школу уже каждый шестой родитель фиксирует, что его ребенок страдает тем или иным хроническим заболеванием. Таким образом, приведенные данные показывают, что в системе дошкольного образования и в начальной школе необходимо учитывать наличие высокого процента детей, имеющих хронические заболевания. Это должно затрагивать как условия организации жизни ребенка в детском саду и школе, так и содержание образовательных программ, методов и форм обучения.

Важно подчеркнуть, что наличие хронических заболеваний у своих детей чаще фиксируют родители более старшего возраста: если среди родителей моложе 35 лет наличие хронических заболеваний у ребенка отмечают 13,8%, то в более старших когортах (после 36 лет) на это указывает уже каждый пятый — 21,3% ($p=.0004$). Косвенно это свидетельствует о том, что рождение ребенка в более позднем возрасте связано с риском появления у него хронических заболеваний.

И, наконец, добавим, что уровень материальной обеспеченности семьи также сказывается на распространенности хронических заболеваний у детей: среди малообеспеченных родителей 18,3% указывают, что у их ребенка есть то или иное хроническое заболевание, тогда как среди родителей с высоким и средним достатком подобные болезни отмечают 14,3% ($p=.03$).

Следует отметить влияние особенностей организации родителями жизненной среды ребенка на состояние его здоровья. Детальный анализ полученных в ходе опроса данных показал, что прослеживается явная зависимость между наличием у ребенка хронических заболеваний и попустительским отношением родителей к режиму дня ребенка, его личной гигиене, а также негативными проявлениями в их собственном поведении (курение, употребление алкоголя). Таким образом, организация жизненной среды ребенка в семье является крайне важным фактором его физического благополучия.

* * *

Завершая статью, выделим ряд наиболее важных, на наш взгляд, моментов.

1. Полученные данные обнаруживают влияние социально-стратификационных факторов на родительские стратегии контроля за соблюдением ребенком режима дня. Сильные социальные группы уделяют больше внимания этому вопросу, реализуя строгую контролирующую стратегию, в то время как представители слабых групп чаще склонны к попустительской стратегии. В целом проведенный анализ условий жизни ребенка в зависимости от социально-стратификационных характеристик семьи позволяет говорить о различных жизненных укладах, определяющих социализацию современного ребенка-дошкольника.

2. В ходе исследования проявилась возрастная динамика изменения жизненной

среды дошкольника. Так, по мере взросления ребенка контроль родителей за соблюдением им основных режимных моментов снижается, что, по-видимому, частично связано с формированием произвольности поведения ребенка и навыков соблюдения им личной гигиены. Полученные данные свидетельствуют об ослаблении к старшему дошкольному возрасту непосредственного телесного контакта ребенка с родителями, что характеризует общую тенденцию его «отстраивания» от взрослого. С возрастом усиливается и ряд негативных тенденций, в частности значительно увеличивается распространенность хронических заболеваний среди детей.

3. Проведенное исследование отчетливо выявило влияние семейного статуса матери на ее отношение к основным условиям жизни ребенка. Так, незамужние матери по сравнению с замужними иначе организуют жизненное пространство ребенка (не выделяют специальной комнаты, спят вместе с ребенком), стремясь сохранить телесный контакт с ним вплоть до старшего дошкольного возраста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кучма В.Р. Гигиена детей и подростков: Учебник. - М.: Медицина, 2001 - 384 с.
2. Российский статистический ежегодник. 2009 г. Статистический сборник. — М.: Росстат, 2009. — 795 с.
3. Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных учреждений. СанПиН 2.4.1.1249-03: введены в действие с 20 июня 2003 г.
4. Силаев А.А., Попова О.Л., Бобрищева-Пушкина Н.Д., Кузнецова Л.Ю. Гигиенические аспекты организации режима дня дошкольников и школьников // Практика педиатра. Гигиена. — 2008. — № 5. — С. 28–32.
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., Иванова А.И., Скобельщина К.Н. Отношение родителей дошкольников к школьному образованию // Педагогика. — 2012. — № 4. — С. 20-26.
7. Собкин В.С., Скобельщина К.Н., Иванова А.И. Влияние социальных факторов на семейный досуг дошкольника // Социологические исследования. — 2013. — № 6. — С. 62-70.
8. Собкин В. С., Скобельщина К. Н., Иванова А. И., Верясова Е. С. Социология дошкольного детства. Труды по социологии образования. Том XVII. Выпуск XXIX. — М.: Институт социологии образования РАО, 2013. — 168 с.
9. Sobkin, V.S.; Skobeltsina K.N. Play Activity of Preschool Children: Joint Play with Parents, Game Preferences and Favorite Toys // Журнал Сибирского федерального университета. Серия «Гуманитарные науки». — Ноябрь 2012. — Том 5, № 11. — С. 1602-1616.

Sobkin V.S., Skobeltsina K.N., Ivanova A.I.

SOCIOLOGY OF PRESCHOOL CHILDHOOD: ORGANIZATION OF THE CHILD'S LIVING CONDITIONS

Institute for Sociology of Education RAE (Moscow).

Summary: The article presents the results of a poll of preschool children parents about organization of the living environment of a child in the family. The various issues related to the organization of domestic space, life cycle of preschool child and child's health are analyzed in the research. The analysis is conducted on the impact of a number of demographic (gender, age) and social stratification factors (material status, education level, composition of the family, etc.).

Key words: sociology of preschool childhood, life cycle, day regime, hygiene standards, infant morbidity.

ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ, СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА И СМЕЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ

Н.М. Иовчук

БИПОЛЯРНЫЕ АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ¹

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

Как показал анализ материала, наиболее тяжелые формы дефекта возникали при раннем начале шизоаффективного психоза. С увеличением возраста ребенка к моменту манифестного шизоаффективного приступа вероятность благоприятного исхода нарастала.

Иллюстрацией описанного варианта течения шизофрении является следующее клиническое наблюдение.

Больная В., 22 лет.

Наследственность: Манифестных психозов по обеим линиям не выявлено.

По линии отца: бабка и отец отличаются постоянно приподнятым настроением, активны, энергичны, очень общительны, гостеприимны, но несколько поверхностны; легко знакомятся, чувствуют себя непринужденно в любой обстановке, быстро забывают обиды и огорчения.

По линии матери: дед и мать ребенка скрытны, замкнуты, сдержаны, друзей не имеют, неразговорчивы, но достаточно активны в работе, исполнительны, пунктуальны.

Больная от первой беременности, протекавшей без токсикоза. Роды в срок, без осложнений. Вес при рождении - 2900, рост- 47 см. Закричала сразу. В раннем возрасте спокойная, достаточно спала и ела. Головку держит с 3 мес., сидит с 6 мес., ходит с 1 года. Первые слова появились до года, фразовая речь - с 1,5 лет. Росла послушной, ласковой, веселой, любила повозиться, посмеяться, тянулась к детям, но и одна дома могла играть спокойно часами. Детские ясли стала посещать с 1 года 2 мес. Первые 3 дня плакала, а потом успокоилась, привыкла и оставалась веселой, общительной, активной и в детском учреждении, и дома. Почти не болела. Лето проводила с детскими яслями и садом на даче; радостно встречала родных в дни посещений, но приняв подарки, тут же убегала, ссылаясь на то, что ее ждут игрушки и дети.

С 5-летнего возраста стала еще более живой, активной, разговорчивой, подвижной, особенно охотно стала посещать детский сад. Ее стало невозможно удержать дома, стремилась гулять. С этого времени появились не свойственные ей ранние упрямство и своеволие. Стала озорничать дома и в детском саду. Стремилась непрерывно двигаться; несмотря на некоторую неуклюжесть, научилась кататься на лыжах и коньках; при возникновении любого музыкального сопровождения танцевала; с особенным удовольствием стала выступать на утренниках. С 6-летнего возраста стала особенно озорной и упрямой, делала все по-своему, не признавая никаких уговоров и авторитетов. С этого времени перестала оставаться одна дома, признавалась, что боится "вдруг кто-нибудь позвонит в дверь".

В школу пошла с 7 лет, быстро привыкла, училась легко, самостоятельно, на "5" и "4". Стремилась к похвале, одобрению взрослых, огорчалась из-за плохих

¹ Окончание. Начало см. Вопросы психического здоровья детей и подростков, 2013(13), № 1.

оценок, но старалась не показывать вида. Почти никогда не плакала. С детьми сохраняла ровные, дружеские отношения, но подруга была только одна на протяжении многих лет.

В возрасте 7 лет 2 мес. была стационарирована в хирургическое отделение по поводу острого аппендицита (31 октября), осложненного перитонитом. На другой же день после операции была весела, оживлена, болтлива, ни на что не жаловалась. На третий день встала без разрешения врача. Для того чтобы доказать отцу, как она хорошо себя чувствует, забиралась на спинку кровати, задирала ноги, выглядела особенно жизнерадостной. В эту ночь совсем не спала. На следующий день (4 ноября) стала плаксивой, жаловалась, что здесь слишком часто делают уколы, что ей “невыносимо больно”. Обвиняла мать и отца в том, что они не забирают ее домой, “верно, совсем здесь собираются оставить”. Почти ничего не ела. Была малоподвижной, безучастной, в связи с чем 6 ноября была досрочно выписана. По дороге домой молчала, ничем не интересовалась. Дома сразу же уснула; проснувшись в отсутствии матери, плакала причитая: “Где же моя мамочка?” Но и после возвращения матери не прекращала плакать и все время повторяла ту же фразу. Спала много - ночью и по несколько раз днем, быстро засыпала, спала крепко. Ела, но только когда ее кормили с ложечки, безразлично открывая рот. Совсем не играла, не смотрела телепередач, не хотела видеть подругу. Не отпускала мать, не оставалась одна в комнате. Почти весь день лежала в постели - молчаливая, неподвижная. Жаловалась только на головную боль. В течение 2-х последующих дней состояние днем оставалось прежним, но вечером становилась живее и спокойнее, просила включить телевизор, почистить. Через 5 дней после выписки (9 ноября) описанное состояние неожиданно кончилось: с утра встала бодрой, веселой, жизнерадостной, была более оживленной, чем обычно. А через 2 дня поведение девочки ничем не отличалось от привычного ей до стационарирования.

Посещала школу, а через 2 недели утром встала молчаливой, безразличной, плакала; ни на минуту не отпускала мать, часто среди дня засыпала, но спала недолго; проснувшись, сразу же начинала капризничать. Ела с ложечки, безучастно, все подряд; но то, что любила, съедала с жадностью, некрасиво, запихивая целиком в рот мандарины, конфеты, пирожные. Сердилась в ответ на любые вопросы: “Уходи, уходи!”. Лежала или неподвижно сидела, но иногда начинала метаться, не находя себе места. В школу не ходила, не делала уроков, не могла сосредоточиться, ничего не понимала. Со слезами спрашивала мать: “Почему, почему я такая?”. Такое состояние продолжалось 5 дней и закончилось так же внезапно, как и началось. В начале декабря девочка в течение 4 дней жаловалась на боль в ноге. Настояла, чтобы ее показали хирургу. Когда врач сказал, что она совершенно здорова, со злостью отвечала, что ей все равно очень больно. Еще через 2 дня эти жалобы прекратились.

Зимой (7,5 лет ребенку) три раза отмечались состояния, подобные описанным: с 11 декабря по 16 декабря, с 31 декабря по 4 января, с 18 января по 23 января, т. е. каждое из них продолжалось ровно 5 дней. Им предшествовали и их завершали кратковременные состояния возбуждения с болтливостью, шаловливостью, чрезмерной активностью и подвижностью, равные 2 дням. На 4 и 5 день после наступления подавленности улучшение всякий раз наступало после 5-6 часов вечера.

В течение 9 мес. (до конца октября), чувствовала себя хорошо, успешно окончила 1 класс, стала более усидчивой, настойчивой в выполнении заданий. О перенесенных состояниях говорить с близкими отказывалась. В 20-х числах ок-

тября (8 лет 2 мес.) стала медлительной, молчаливой, грустной. 27 октября в школе непрерывно плакала, просилась домой, жаловалась, что совсем ничего не понимает, что ей “стало вдруг грустно и захотелось плакать”. Плакала меньше, чем раньше в подобных состояниях, старалась улыбнуться матери, делала вид, что чем-то занята, брала в руки книжки, учебники, но на самом деле оставалась совершенно бездейственной. В остальном это состояние было аналогично предыдущим, как и следующее (7 по счету), которое продолжалось с 4 по 8 февраля в период выздоровления от острого респираторного заболевания.

Впервые на приеме 26 февраля (8,5 лет ребенку): в начале беседы насторожена, сидит в неудобной позе, не отпускает мать, испуганно разглядывает окружающих. На вопросы отвечает односложно, лаконично описывает перенесенные состояния. Впервые состояние подавленности возникло в хирургическом отделении, где кричали и плакали дети. Неожиданно стало скучно, беспокойно, захотелось домой. С тех пор такие состояния повторяются без всякой причины, “сами по себе”, неожиданно: просыпается с плохим настроением, ничем не может себя занять, ничего не хочет делать, не может сосредоточиться. Становится тревожно, кажется, что что-то должно случиться. Если мама уходит, появляются мысли, что с ней может произойти несчастье, от этой мысли страшно и хочется плакать. Все вокруг раздражает, появляется необычная злость. Такие состояния так же неожиданно кончаются - просыпается утром бодрой, веселой, смешливой, жизнерадостной. Иногда, по ее мнению, бывают дни, когда она особенно весела, все вокруг кажется приятным и радостным, испытывает необычную легкость, любое занятие вызывает удовольствие, хочется прыгать и танцевать. Состояния со сниженным настроением, напротив, тяжелы и неприятны, готова принимать лекарства, чтобы они не повторялись никогда. В процессе беседы становится лукавой, кокетливой, шутливой. После приема безумолку болтает с матерью, тормозит ее, очень подвижна, ни секунды не сидит на месте, вприпрыжку бежит по лестнице, пританцовывая на ходу.

С 10 марта получала карбонат лития. В период лечения литием болезненные состояния не повторялись. Через год мать по собственной инициативе перестала давать ребенку карбонат лития. С 10-летнего возраста девочка стала более усидчивой, подолгу учила уроки, но успеваемость начиная с 4 класса несколько снизилась: стала получать большие “3” и меньше “5”. После отъезда подруги в другой район часто говорила с ней по телефону, но совсем не встречалась. Играла дома то с одной, то с другой девочкой, но близких подруг не появилось. Постепенно становилась все более одинокой. С 11 лет стала чрезмерно чувствительной, перестала откровенничать с матерью, замыкалась в ответ на замечания. Исчезла прежняя легкость при знакомстве с новыми детьми, стеснялась взрослых. Была чрезмерно послушна, зависима от родителей, не могла принять в их отсутствии ни одного более или менее серьезного решения.

Осенью в возрасте 12 лет 3 мес. перенесла ангину. В ноябре после выписки в школу выглядела вялой, скучной, усталой. Призналась, что ей грустно, скучно, что не понимает объяснений учителя, не сразу понимает, что ей говорят. Оставленная дома была крайне пассивна, почти все время лежала, перестала интересоваться играми и рисованием, не хотела видеть одноклассниц. Временами по 10-15 мин. тихонько плакала. Была сонлива, медлительна, молчалива, особенно в первой половине дня. Ругала себя за то, что не может заниматься, что огорчает маму, боялась, что запустит учебу. Через 10 дней неожиданно встала бодрая и жизнерадостная, но все же в целом в течение декабря была неразговорчивой, неохотно вставала по утрам, с трудом занималась. Успеваемость еще больше снизилась.

19-20 января (12,5 лет) провела с родителями на экскурсии в другом городе. В эти дни была напряжена, молчалива, на все вопросы отвечала односложно. По возвращении домой была грустна, пассивна, долго не засыпала. Через 5 дней стала настороженной, испуганной, особенно вечерами, не хотела оставаться дома одна. Жаловалась, что ей страшно, что за ней следят в школе и на улице, хотят залезть в квартиру, ограбить. Говорила, что в подъезде бывают посторонние подозрительные люди, что погнут ключ от дома, так как кто-то хотел залезть в квартиру. Считала, что фонарь под их окном специально направлен в их окна. 28 января была осмотрена психиатром и стационарирована в Московскую городскую детскую психиатрическую больницу № 6.

При поступлении: бледность кожных покровов и слизистых, синева под глазами, сухие, запекшиеся губы, запах изо рта, выраженная тахикардия. Определяется напряженность жевательной мускулатуры, мышц затылка и верхних конечностей. Движения медленные, шаркающая походка. Поза скованная. Тихий голос, на лице - выражение страдания, на глазах слезы. Ищет помощи. Считает нынешнее состояние повторным: похожее было в ноябре после больницы. Вокруг все стало каким-то странным, “все перепуталось”, не сразу понимала, что происходит, о чем вокруг говорят. Показалось, что все вокруг “специально подделываются”, знакомые стараются быть похожими на незнакомых, и, напротив, среди незнакомых встречала знакомые лица. После возвращения домой все вокруг оказалось ненастоящим, «сделанным» специально для нее. За ней следили в школе и на улице, в подъезде стали появляться подозрительные люди, ключи от квартиры оказались погнутыми, из дома пропадали вещи, а появлялись похожие на них, но чужие. Все ее платья оказались перешитыми и стали меньше. Девочка-соседка выглядела испуганной, старалась “заманить” в дом. Одноклассник незаметно пододвинул ее портфель и, по-видимому, вытащил ключи, а другой мальчик поигрывал другими ключами, видимо, для того, чтобы проверить ее реакцию. Ночью специально поворачивали уличный фонарь так, чтобы он освещал всю ее квартиру. Особенно страшным было слышать, как поворачивается ключ в замке, видела неясный силуэт человека в своей комнате. По вечерам все машины почему-то останавливались возле ее подъезда и гудели, а мусорные машины без конца ездили туда-сюда. Странным и страшным показалось также то, что на балконе появились чужие следы и была подброшена чужая тряпка. На улице по вечерам было слишком шумно, раздавались крики и среди них ее имя. В доме поменялся цвет мебели, стен, все стало темным, мрачным. Мысли были “громкими”, неприятными, страшными.

На третий день после госпитализации страх полностью исчез, все переживания относил к прошлому. Была доброжелательна, активна, все время чем-то занята, познакомилась со всеми детьми. Стремилась в класс, была внимательна, усидчива, получала в основном хорошие оценки, огорчалась из-за посредственных. 7 и 8 февраля была особенно оживлена, много смеялась, держалась непринужденно. 15 февраля была выписана в пробный отпуск. Уже по дороге домой стала беспокойной, чего-то боялась, говорила, что окружающие намерены залезть в сумку матери, следят за ними. Не хотела выходить из дома, была молчалива, испугана. Говорила, что лыжники специально проходят мимо их окон. Все предметы домашнего обихода изменились, стали светлее. Окружающее выглядело слишком ярким, люди и предметы казались короткими и толстыми. Совсем не спала ночью, не позволяла матери от нее отходить.

При возвращении в отделение 18 февраля: растеряна, недоуменно озирается, не понимает, что происходит. Окружающее воспринимает как “сделанное”, из-

менное, имеющее особое значение. Здесь ей показывают сцены, чтобы “переделать”, “испортить” ее характер. Была неподвижна, сидела в однообразной позе, устремив взгляд широко открытых глаз в одну точку, не сразу отвечала на вопросы, плакала. Продолжала посещать класс, хотя и не понимала объяснений учителя. Через неделю исчезли тревога, страх, воспринимала перенесенное состояние как болезненное. Стала болтливой, чрезмерно подвижной, веселой, смеялась без повода, чувствовала бодрость, прилив сил. В отделении все нравилось, жизнь казалась прекрасной. В таком состоянии 22 марта выписана на поддерживающей терапии и профилактическом лечении литием. В мае исчезли возбужденность, излишняя веселость. Поведение стало правильным, восстановилась работоспособность.

В дальнейшем наблюдалась нерегулярно, неохотно приходила на прием, не хотела сдавать анализы крови на уровень лития, не хотела вспоминать перенесенные состояния, обосновывая это тем, что “все забыла”. Почти в течение 9 лет регулярно принимает литий и не пытается прекратить лечение. За это время состояний со сниженным и повышенным настроением больше не возникало. Окончила 11 классов и колледж. Успешно работает. Близких друзей нет, хотя много знакомых. Среди них считается “легким” человеком, привлекает окружающих живостью и доброжелательностью, не показывает своих обид, всегда приветлива, но с людьми осторожна, неоткровенна. Долго, болезненно переживает любую неприятность. Не может обойтись без советов матери, по-прежнему зависима, несамостоятельна, чрезмерно привязана к родным, не может с ними надолго разлучаться. Старается не менять привычного уклада жизни, с трудом привыкает к новой обстановке, с новыми людьми застенчива, молчалива. Не любит театров, кино, мало читает. Домоседка. Выглядит значительно моложе своего возраста.

В данном случае у девочки с личностным складом, приближающимся к синтонному, с высокой активностью и конституциональной веселостью болезнь дебютировала в 5-летнем возрасте длительным (около 2 лет) гипоманиакальным состоянием. В возрасте 7 лет после смешанной соматопсихогенной провокации (оперативное вмешательство и помещение в больницу) возникла серия аффективных фаз: депрессий, характеризующихся остротой возникновения, кратковременностью, преобладанием тревожно-боязливой аффекта, выраженными двигательными расстройствами в виде заторможенности или чередования почти полной обездвиженности с эпизодами тревожного возбуждения и еще более кратковременных гипоманий, возникающих перед наступлением депрессии и сразу после нее и типологически соответствующих веселой гипомании. Эндогенные аффективные фазы носили клишированный характер, но все же по мере повторения претерпевали определенное видоизменение за счет появления дисфорического и соматоалгического компонентов. Первая серия аффективных фаз продолжалась около 1,5 лет и завершилась длительной ремиссией (около 4 лет). Новая серия аффективных фаз привела к возникновению в раннем пубертатном возрасте острого кратковременного приступа шизоаффективной структуры - депрессивно-бредового с выраженным аффектом недоумения, массивным образно-чувственным бредом и явления интоксикации (как при соматическом заболевании). После окончания приступа возникла длительная гипомания, по завершении которой сформировалась устойчивая ремиссия продолжительностью около 10 лет. Длительность ремиссии, по-видимому, обусловлена многолетней профилактической литиевой терапией. Изменения личности, появившиеся после завершения первой серии аффективных фаз, стали более явными после приступа шизоаффек-

тивной структуры. Они характеризуются легкими эмоциональными изменениями в виде появления психестетической пропорции типа “дерева-стекла”, ригидностью, интровертированностью, отчетливыми признаками психофизического инфантилизма при лишь незначительном снижении продуктивности и выступают в неярко выраженной форме благодаря сохраняющемуся приподнятому фону настроения, при этом к большому и в преморбиде.

Наблюдение приведено как одно из типичных в ряду благоприятных случаев, отнесенных к варианту шизофрении с возникновением приступа шизоаффективной структуры на фоне фазно-аффективного течения.

Циклотимия в детском возрасте. Группа больных циклотимией, включившая 32 наблюдения, вряд ли может показаться немногочисленной, если учитывать единичность описанных в литературе случаев МДП и циклотимии в детско-подростковом возрасте [14, 16-20], а также весьма распространенное мнение о невозможности или казуистичности возникновения циклотимии до пубертата [12-13, 21]. К сожалению, отнесенные к циклотимии наблюдения не обладали абсолютной диагностической надежностью ввиду отмеченной тенденции [1,3, 6, 22] к быстрому усложнению симптоматики, возникшей в детском и подростковом возрасте, и появлению не свойственных аффективной болезни изменений личности. Наиболее прочное ядро группы больных циклотимией формировали случаи с длительными катамнезами (15наблюдений). У остальных детей циклотимия была диагностирована после 1-3 лет болезни на основании отсутствия отрицательной динамики в процессе возникновения аффективных фаз. Следует заметить, что ни в одном из наблюдений, отнесенных к циклотимии, не отмечено полного совпадения с перечнем диагностических критериев Anthony и Scott [11], что особенно касается генетического фона и преморбидных личностных особенностей детей.

Во всех случаях циклотимия дебютировала депрессивным состоянием. Связь первой депрессии с реактивным провоцирующим фактором была установлена почти в 94% случаев. Наиболее частым был депрессивный дебют в возрасте 7-9 лет, т. е. в период второго возрастного криза. Длительность манифестной депрессии имела множество вариаций - от 10 дней до 2 лет, но преобладающими все же были депрессивные состояния средней продолжительности - 1-5мес.

Манифестные депрессии включали весь спектр типологических вариантов, за исключением боязливых, субступорозных и unlust-депрессий. Первые аффективные фазы в основном ограничивались депрессивными расстройствами; акцессорная симптоматика была редка и проявлялась в элементарных обсессивно-фобических (у дошкольников), деперсонализационно-дереализационных и дисморфофобических (у детей препубертатного возраста) и иллюзорных расстройствах. При повторении фаз типологическое видоизменение депрессий наблюдалось в описанных выше пределах. Акцессорная симптоматика с течением времени не усложнялась, а лишь приобретала свойственную следующей возрастной группе характерную специфику; во многих случаях неврозоподобная и иллюзорная симптоматика с течением времени полностью редуцировалась одновременно со свойственной раннему возрасту боязливостью. Напротив, депрессивный синдром претерпевал со временем постепенное усложнение, становясь все более и более похожим на соответствующий аффективный синдром у взрослых. Таким образом, феноменологическая динамика депрессивных расстройств имела существенные отличия от основных тенденций видоизменения депрессивных состояний при циклотимоподобной шизофрении, где депрессии со временем становились все более атипичными за счет нарастания адинамии, расширения и углубления акцессорной симптоматики, увеличения удельного веса смешанного аффекта. При цик-

лотимии, наоборот, депрессивный синдром постепенно становился более "чистым", освобождаясь от маскирующих детскую депрессию расстройств и приближаясь к классическому.

В большинстве случаев впервые гипоманиакальная симптоматика появилась после 10-летнего возраста - в препубертате и пубертате, у 5 детей - в возрасте 6-8 лет и лишь у одного - в 4 года. Среди первых фаз доминировали веселые и гиперстенические гипомании, в единичных случаях наблюдались вегетативные, гипердинамические гипомании и гипомании с раздражительностью. В препубертатном и особенно в пубертатном возрасте гипомании приобретали новый оттенок за счет нарастания раздражительности, появления или усиления влечений, возникновения сверхценных увлечений, но по-прежнему протекали на амбулаторном уровне и в основном сохраняли компенсирующий характер.

В группе больных циклотимией доминировали серии моно- или биполярных аффективных фаз и единственная депрессивная фаза с последующей длительной многолетней ремиссией. Реже, приблизительно с равной частотой встречались затяжные депрессивные фазы и континуальное течение.

Циклотимия в детско-подростковом возрасте, подобно циклотимоподобному варианту шизофрении, имела очерченный период активных проявлений болезни. При этом, по сравнению с циклотимоподобным вариантом шизофрении, меньшей длительностью отличались не только отдельные аффективные фазы, в том числе и затяжные, но и весь период активных проявлений болезни в целом. Длительность затяжных депрессивных состояний не превышала 2 лет. В рамках серийного и континуального течения аффективные фазы продолжались от нескольких часов до 6 мес., имели четкие границы, и общая продолжительность серии фаз или ограниченной континуальной смены фаз была равна 1,5-3 годам, завершавшимся формированием длительной многолетней ремиссии. В случаях с дебютом аффективных расстройств до 9-летнего возраста, благодаря раннему началу и относительно небольшой длительности активного периода болезни, пубертатный период был свободен от аффективных расстройств. При начале болезни в препубертате болезненные проявления распространялись на весь пубертатный период, завершаясь в начале юношеского возраста. Одновременно с редукцией аффективных расстройств после отдельных фаз или всей серии фаз в некоторых случаях отмечались переходящее незначительное снижение продуктивности, связанное с повышенной утомляемостью, истощаемостью, и аффективная лабильность, исчезающие при длительной устойчивой ремиссии через 1-6 мес. после завершения фаз. При этом эмоциональное ядро личности оставалось неизменным и после отдельных фаз, и после окончания всего активного периода болезни в целом.

В заключение нельзя не отметить определенные сложности лечения детей с биполярными аффективными расстройствами, которые прежде всего связаны с необходимостью быстрой смены терапии при первых признаках возникновения противоположной фазы и, соответственно, частого осмотра ребенка психиатром, что весьма затруднено при амбулаторном ведении больного. Кроме того, по-прежнему актуальным остается подбор медикаментозной профилактической терапии – финлепсина или препаратов лития, которым благодаря многолетним практическим наблюдениям мы и отдаем предпочтение (см. Ж. "Вопросы психического здоровья детей и подростков", 2001, в. 1.).

ЛИТЕРАТУРА

1. Данилова Л.Ю.. Клинические особенности подростковой шизофрении, протекающей в виде стертых аффективных приступов (циклотимоподобный вариант) / Дисс. канд. – М., 1987. – 225 с.

2. Иовчук Н.М., Козюля В.Г. Клинико-динамическое исследование пубертатных психозов с циклотимическими и аффективными дебютами // Ж. невропатол. и психиат. – 1981. – Т. 81, в. 10. – С. 1509–1514.
3. Лапидес М.И. Клинико-психопатологические особенности депрессивных состояний у детей и подростков // Вопросы детской психиатрии. – М., 1940. – С. 39–70.
4. Личко А. Е. Подростковая психиатрия. – Л.: Медицина, 1985. – 416 с.
5. Наджаров Р.А., Штернберг Э.Я. Клиника и течение шизофрении в возрастном аспекте // Ж. невропатол. и психиат. – 1975. – Т. 75, в. 10. – С. 1374–1379.
6. Озерецковский С.Д., Трофимов Н.М. К вопросу о циркулярной шизофрении // Вопросы психиатрии и невропатологии. – Л. 1968. – С. 225–232.
7. Симашкова Н.В. Об особенностях ремиссий у подростков, больных рекуррентной и приступообразно-прогредиентной шизофренией // Проблемы шизофрении детского и подросткового возраста. – М., 1986. – С. 51–60.
8. Смулевич А.В., Мазаева Н.А., Голованова Л.А. и др. Малопрогредиентная шизофрения, приступообразная и непрерывная (вопросы клиники и дифференциальной диагностики) // Шестой съезд невропатол. и психиат. - М., 1975. – Т. III. – С. 122–126.
9. Пантелеева Г.П. Об исходах затяжных шизофренических гебоидных состояний // Ж. невропатол. и психиат. – 1973. – Т. 73, в. 6. – С. 909–915.
10. Цуцельковская М.Я., Пекунова Л.Г. Клинико-катамнестическое изучение юношеской медленно текущей шизофрении // Ж. невропатол. и психиат. – 1978. – Т. 78, в. 1. – С. 86–94.
11. Anthony J., Scott P. Manic-depressive psychosis in childhood // J. Child. Psychol. and Psychiatry. - 1960. – V.1, S.1. – P. 53-72.
12. Barton-Hall M. Our present knowledge about manic-depressive states in childhood // Nerv. Child. -1952 – V. 9, N 3. – P. 319–325.
13. Nissen G. Spezielle problem in der Therapie depressiver Kinder und Jugendlicher // Verdiebare Fehler in Diagnostik und Therapie der Depression / Hrg. Kielholz, C. Adame. – Koln: Dousch. Arate. -1984. – S. 121-125.
14. Campbel J.D. Manic-depressive disease in children // J.A.M.A. – 1955. – V. 158, N 3. – P. 154–157.
15. Kayton L. Good outcome in young adult schizophrenia. – 1973. – V. 29, N 1. – P. 103–110.
16. Krevelen D.A. van. Zyclothymien in Kindersalter // Acta Paedopsychiat. - 1972. – V. 38, N 7/8. – S. 148–152.
17. Remschmidt H., Brechtel B., Mewe F. Zur Krankheitsverlauf und zur Persönlichkeitstruktur von Kindern und Jugendlichen mit endogen-phasischen Psychosen und reaktiven Depressionen // Acta Paedopsychiat. - 1973. – V.40, N 1. – P. 2–17.
18. Schachter M. The cyclothymic stats in the prepubertal child // Nerv. Child. – 1952. – V. 9. – P. 357–362.
19. Spiel W. Studien uber den Verlauf und Ersungafermen der Kindlichen und Juvenilen manich-depressiven Psychosen // Depressive States in Childhood and Adolescence. – Stockholm, 1972. – P. 517–524.
20. Stutte H. Epochale Wandlungen in Diagnostik und Verlauf endogen-depressiver Psychosen des Kindesalters // Ibid. – P. 29–34.
21. Witkowska-Rosska J. Ecspolu depresyine u dsicei w wiekai od 7 do 14 lat // Psychist. Pol. – 1980. – V.14, N 3. - P. 223–227.
22. Posnanski E. Childhood depression: the outcome // Acta paedopsychiat. – 1980/81. – V. 46. – P. 246 – 304.

**ПОДХОД К ОЦЕНКЕ КОГНИТИВНОГО ДЕФЕКТА
ПРИ ШИЗОФРЕНИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

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

Резюме. Обозначен подход к оценке когнитивного дефекта при заболеваниях круга шизофрении у детей и подростков. Приведены данные эмпирического клинико-психологического исследования 61 больного, находящегося на лечении в психиатрическом стационаре и 35 здоровых испытуемых, учащихся московских школ, в возрасте от 7 до 17 лет. Использован тест Векслера (детский вариант), методики «Заучивание 10 слов», «Таблицы Шульте» и «Конструирование объектов». Получены данные о соответствии оценок проявлений когнитивного дефекта с использованием психометрического и патопсихологического метода оценки. Выявлены разные варианты когнитивного дефекта при шизофрении у детей и подростков. Предложены пути для оптимизации диагностики и верификации проявлений когнитивного дефекта у детей и подростков при эндогенной психической патологии.

Ключевые слова: дети и подростки, шизофрения, когнитивный дефект, психодиагностика, патопсихологическая диагностика.

Постановка проблемы. Своеобразие, нарушение когнитивного функционирования рассматривается как базовое при шизофрении, в вариантах названия этого недуга: “*dementia praecox*” (раннее слабоумие) и *schizophrenia* (шизофрения, расщепление ума) уже заложено обращение к формированию и, в конечном счете, наличию дефекта в познавательной сфере. Шизофрения – комплексное заболевание, охватывающее разные сферы психики человека: когнитивную, мотивационно-личностную, эмоционально-волевою. Это уже доказано у взрослых больных [8, 14], можно полагать, что у детей и подростков с эндогенной психической патологией, несмотря на продолжающееся развитие, возможно выраженное нарушение в каждой из названных сфер, в том числе и формирование дефекта [1, 2, 13, 19]. Классики отечественной детской психиатрии в общей структуре шизофренического дефекта выделяли когнитивный дефект, нарушение познавательного развития, рассматривая его как результат грубой задержки развития, имеющей процессуальный генез. Искажение, асинхрония психического развития (в том числе акселерация и ретардация) приводят к тому, что когнитивный дефект должен быть синдромом сложной структуры, включающем признаки, сочетающие сходную с олигофренией выраженную задержку психического развития с изменениями, свойственными шизофрении (манерность, стереотипии, аутизм, своеобразие мышления, возможное опережение развития операционной стороны мышления и т. п.) [1,2,3,4,5,7,8,9,11,14,17].

Дефект как негативное расстройство при шизофрении нелегко выявить исключительно патопсихологическими средствами диагностики, которые во многих случаях оказываются недостаточными, а иногда и не подходящими по степени тяжести состояния пациентов. Известно, что классическая для западных коллег оценка IQ выявляет его преимущественное снижение при шизофрении и у детей, и у подростков [28]. Можно отметить, что психологическая квалификация когнитивного дефекта, его структуры и видов у детей и подростков при шизофрении недостаточно проработана. В отечественной литературе имеются клинические описания вариантов шизофренического дефекта при указанных расстройствах [1, 2, 4, 7, 10, 14, 18, 23, 24]. В клинико-психологических работах анализировалось

становление когнитивного и мотивационно-личностного дефекта у детей и подростков при шизофрении с помощью метода анализа индивидуальных случаев на основе патопсихологической диагностики [15] или с помощью экспериментально-психологического метода [6, 10, 17, 26]. К настоящему времени у подростков изучены преимущественно менее тяжелые формы шизофрении [5, 6, 25, 26, 27]. Клинические факторы в этих работах учитывались в самом общем виде (прежде всего, диагноз и степень тяжести заболевания). Остается неясным вклад возраста ребенка, т. е. стадии возрастного развития, на которой обследован ребенок, а также собственно клинических параметров: возраст начала (манифестации) заболевания, длительность заболевания, синдромальная специфика, форма течения, выраженность социальной дизадаптации и других характеристик специфики заболевания в формировании когнитивного дефекта при шизофрении в детском и подростковом возрасте.

Приступая к теме квалификации и выявлению видов дефекта в познавательной сфере у детей и подростков при эндогенной психической патологии, мы учли опыт предшествовавших экспериментально-психологических исследований в нашей стране и за рубежом [12, 16, 19, 20]. Это определило основные методы исследования. Работа по квалификации дефекта в познавательной сфере при эндогенной психической патологии у детей и подростков строилась с применением психометрического, номотетического подхода, одновременно при этом учитывались данные идеографического, качественного экспертного подхода, характерного для московской патопсихологической школы [16].

Цель работы. Изучение своеобразия вариантов когнитивного дефекта на примере сопоставления данных оценки IQ и патопсихологической оценки состояния памяти и внимания при шизофрении в детском и подростковом возрасте. Исследование представляет собой часть общей темы квалификации и типологии дефекта при эндогенной патологии детей и подростков, выполняемой в отделе медицинской психологии ФГБУ «НЦПЗ» РАМН.

Материалы и методы. Основная группа - 61 (17 девочек) больной с прогрессирующей шизофренией (преимущественно приступообразные формы, длительность заболевания более 3-х лет, начало в детском и раннем возрасте) от 7 до 17 лет обследованы в клинике ФГБУ «НЦПЗ» РАМН. Контрольная группа - 25 (14 девочек) здоровых подростков 12-17 лет и 10 (3 девочки) здоровых младших школьников, учеников московских средних школ. Использован тест Векслера для детей и подростков, адаптированный в России, патопсихологические методики оценки произвольной слухоречевой памяти (заучивание 10 слов, простые и сложные парные ассоциации), произвольного внимания (таблицы Шульте и тест Струпа), математические методы обработки данных.

В связи с состоянием ряда испытуемых основной группы, полноценное патопсихологическое исследование удалось провести не со всеми испытуемыми. Нормативные данные для патопсихологической части на данном этапе работы были взяты из нормативной базы данных отдела медицинской психологии ФГБУ «НЦПЗ» РАМН. Выполнение теста Векслера в полном объеме также оказалось трудной задачей для части больных детей. Десять из них не смогли полностью справиться с заданиями на невербальный интеллект, 6 – на вербальный. Общий IQ полноценно не удалось подсчитать для 10 больных детей. Отметим, что подобных трудностей у здоровых сверстников не возникало.

Результаты и обсуждение. Оценка результатов проводилась следующим образом. Все полученные значения трех видов интеллектуального показателя – вербальный интеллектуальный показатель (ВИП), невербальный интеллектуальный

показатель (НИП) и общий интеллектуальный показатель (ОИП) были разделены по уровню: высокий (В - от 110 баллов), средний (С - от 80 до 109 баллов) и низкий (Н - 79 баллов и ниже). Больные дети и подростки, получившие соответствующие баллы, вошли в группы с общим IQ (ОИП): высоким (5 детей, средний возраст 11,2 лет), средним (22 больных, средний возраст 10,2 лет) и низким (27 детей, средний возраст 11,1 лет). Дети и подростки контрольной группы были представлены общим IQ (ОИП) только средним (16 детей, средний возраст 10,25) и высоким (19 детей, средний возраст 13,2). Сопоставление групп больных и нормы по ОИП показало, что средний показатель ОИП равен для здоровых детей 116 баллам и подростков 109, тогда как в группе больных шизофренией детей ОИП равен 77 баллам, а подростков – 93 (все различия нормы и патологии достоверны на уровне $p \leq 0.01$ по критерию Стьюдента).

Поскольку тест Векслера дает количественные показатели IQ, сопоставимые для разных возрастов, в исследовании сравнивались больные дети и младшие подростки, а также отдельно больные и здоровые старшие подростки по всем приведенным выше показателям. Данные этой оценки представлены в табл. 1.

Таблица 1.

Сопоставление возрастных выборок нормативно развивающихся и больных шизофренией по уровню общего интеллектуального показателя (частота встречаемости высокого, среднего и низкого ОИП в % и его числовые средние значения)

Группа	шизофрения						норма					
	7-12 лет			13-17 лет			7-12 лет			13-17 лет		
Уровень IQ	В	С	Н	В	С	Н	В	С	Н	В	С	Н
Уровень ОИП %	5	25	60	15	65	35	69*	31	-	65*	35	-
Средний ОИП	111	92	62	121	91	51	126	100	-	118	99	-

*различия групп нормы и шизофрении значимо на уровне $p \leq 0.01$ по критерию Фишера.

Как видно из табл. 1, показатели отдельных видов IQ (высокий, средний и низкий ОИП) у здоровых и больных шизофренией подростков значимо различаются: в норме не встречается низкий ОИП, кроме того, высокие значения у младшей группы и у подростков также значимо различаются в норме и при шизофрении. По-видимому, необходимо учитывать более точно клинические факторы возраста начала заболевания и его длительности, а также своеобразия форм прогрессивной эндогенной патологии. Это позволит уточнить специфику интеллектуального дефекта, его формирования и динамики у детей и подростков при эндогенной психической патологии, начавшейся в раннем возрасте.

Сопоставление по отдельным видам (ВИП и НИП) проводилось для данной части исследования только в сравнении – какой из видов интеллектуальных показателей – вербальный или невербальный выше, или оба показателя гармонично сочетаются. Соотношение показателей ВИП и НИП представлено в табл. 2.

Как следует из полученных данных, нормативно развивающиеся дети и подростки чаще, чем больные шизофренией, не имеют диссоциации развития вербального и невербального интеллекта. Кроме того, у больных чаще, чем в норме, обнаруживается сдвиг диссоциации показателей интеллекта в сторону преобладания невербальных показателей над вербальными (при общем среднем уровне IQ). Таким образом, мы видим определенное подтверждение идеи о дисгармоничном когнитивном развитии детей и подростков при шизофрении [6, 10, 17, 19].

Таблица 2.

Соотношение показателей ВИП и НИП в норме и при шизофрении (в % встречаемости соотношения показателей по группе).

	ВИП выше НИП		НИП выше ВИП		Нет диссоциации	
	шизофрения	норма	шизофрения	норма	шизофрения	норма
1 высокий	40	37,5	40	31,5	20	31,5*
2 средний	21	10,5	50**	21**	29	68,5*
3 низкий	35	0	30	0	35	

*в группе нормы достоверно больше показателей IQ без диссоциации вербального и невербального интеллекта, уровень значимости $p \leq 0.05$ по критерию Фишера.

**в группе больных шизофренией достоверно выше преобладание НИП над ВИП при среднем уровне ОИП, уровень значимости $p \leq 0.05$ по критерию Фишера.

Данные по сопоставлению параметров произвольной слухоречевой памяти и внимания – патопсихологическая диагностика с помощью методик «Заучивание 10 слов», «Таблицы Шульте» и «Тест Струпа» - приведены в табл. 3. В таблицу занесены данные по больным шизофренией детям и подросткам в соответствии с выделенными группами по ОИП, нормативная выборка представлена средними показателями из базы данных отдела медицинской психологии ФГБУ «НЦПЗ» РАМН.

Таблица 3.

Средние показатели оценки произвольной слухоречевой памяти и внимания

ВОЗРАСТ		7-12 лет				13-17 лет			
Параметры		Норма	Больные по IQ			Норма	Больные по IQ		
			В	С	Н		В	С	Н
память	10 слов 1 проба	5,9	6,25	3,6*	3,1*	6,6	5	5,7	5,2*
	Простые ассоциации (слов)	9,2	9,0	7,2*	4,7*	9,8	4	9,2	6,5
	Сложные ассоциации (слов)	5,9	6,0	4,2*	1,9*	6,5	5	6,3	1,0*
внимание	Таблицы Шульте 1 (сек)	55,1	61	77*	82*	36	30	46*	61*
	Струп скорость (время в сек) 1	70,8	-	-	90*	53	64*	80*	109*
	Струп ошибки 1	1,5	-	-	1,6	0,7	0	1	5,3 *
	Струп скорость (время в сек) 2	109	-	-	162	79	101	179	138
	Струп ошибки 2	3,8	-	-	6,7	2,7	3	8 *	11 *

* различия с соответствующими возрастными группами нормы достоверны на уровне $p \leq 0.05$ (по критерию Стьюдента)

Как видно из табл. 3, дети и подростки с шизофренией с высоким показателем IQ (ОИП) не имеют значимых различий с нормативными сверстниками по сопоставляемым параметрам памяти и внимания. Учитывая то обстоятельство, что это дети, у которых врачи диагностировали наличие дефекта, связанного с основным заболеванием, можно полагать, что для этой группы пациентов дефект больше проявляется в мотивационной или эмоционально-личностной сферах, а не в когнитивной. Такие нарушения можно предполагать, опираясь на работы по квалификации патопсихологического синдрома при шизофрении у взрослых [12]. Де-

ти, показатель интеллекта которых снижен, имеют достоверно более сниженные показатели произвольной памяти и произвольного внимания, чем их здоровые сверстники, что согласуется с рядом зарубежных исследований [6, 19, 28].

Заключение.

Проведенное исследование показало, что можно выделить разные варианты когнитивного дефекта при шизофрении у детей и подростков – с преобладанием нарушения вербального или невербального интеллекта, а также без диссоциации между разными показателями IQ. Предложены пути для оптимизации диагностики и верификации проявлений когнитивного дефекта у детей и подростков при эндогенной психической патологии.

На основании полученных данных следует признать адекватность совместной психодиагностики показателей интеллекта (IQ) и патопсихологической оценки функционирования произвольной памяти и внимания. Во многих работах показано, что именно нарушение памяти и внимания является наиболее часто обнаруживаемыми проявлениями когнитивных дефицитов и, возможно, когнитивного дефекта при шизофрении в детском и подростковом возрасте. Наши данные, с одной стороны, совпадают с описанными в литературе, с другой - позволяют говорить о более сложном строении дефекта при шизофрении, за которым стоит не только когнитивное снижение, но и нарушения мотивационной сферы. Получены эмпирические данные, указывающие на сформированность интеллектуального дефекта у детей и подростков с прогрессивными формами эндогенной психической патологии (шизофрении), начавшейся в детском возрасте. Патопсихологическая диагностика памяти и внимания показывает различия успешности работы этих функций в связи со значением IQ. Общая характеристика указывает на отставание от нормы развития детей и подростков с шизофренией. Учитывая данные о дисгармоничном познавательном развитии при мало- и среднепрогрессивных формах шизофрении [6,12,16,17], следует наметить продолжение исследования структуры дефекта, привлекая не только дифференцированную оценку IQ, но и другие средства психологической диагностики. Среди них - патопсихологическая диагностика когнитивной сферы по методикам, направленным на исследование мышления, вербального и невербального интеллекта, а также с применением современного нейропсихологического подхода, разработанного А.Р. Лурия и адаптированного к детскому и подростковому возрасту. Подобный опыт работы уже был в отделе медицинской психологии [21, 22]. В дальнейшем предполагается:

- более тщательный анализ клинических показателей (возраст начала заболевания, его длительность, прогрессивность, основные синдромы и др.);
- применение современного нейропсихологического подхода;
- работа по определению структуры дефекта в контексте соотношения первичного и вторичного дефектов по Л.С. Выготскому;
- расширение выборки для более обоснованных выводов о своеобразии когнитивного дефекта при шизофрении у детей и подростков, применения других методов математической обработки данных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Башина В.М. Ранняя детская шизофрения (статика и динамика).- М.: Медицина, 1980.
2. Вроно М.Ш. Шизофрения у детей и подростков. – М.: Медицина, 1971.
3. Горюнова А.В. Неврологические предшественники и маркеры предрасположенности к шизофрении // Автореф. дис... докт. мед. наук – М., 1995.
4. Гуревич М.О. Психопатология детского возраста. – М., 1927.
5. Жигэу Е.И. Особенности смысловой переработки информации у подрост-

ков, больных шизофренией // Автореф. дис....канд. психол. наук.- М., 2004.

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

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

8. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста.- М.: Медицина, 1979.

9. Коваль-Зайцев А.А. Виды когнитивного дизонтогенеза у детей, больных эндогенными психическими заболеваниями, протекающими с аутистическими расстройствами // Автореф. дис....канд. психол. наук.- СПб, 2010.

10. Козлова И.А. Клинические особенности шизофрении раннего детского возраста // Автореф. дис. ...канд. мед. наук. - М., 1967.

11. Козловская Г.В. Психические нарушения у детей раннего возраста (клиника, эпидемиология и вопросы абилитации) // Автореф. дис...докт. мед. наук. - М., 1995.

12. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. - М.: Изд-во МГУ, 1991.

13. Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте. - М. Академия, 2003.

14. Личко А.Е. Подростковая психиатрия.- Л.: Медицина, 1985.

15. Мандрусова Э.С., Райская М.М Клинико-психологический анализ диагностически сложного случая // Вопросы экспериментальной патопсихологии. - М., 1968.

16. Медицинская (клиническая) психология: традиции и перспективы / под общей редакцией Н.В.Зверевой. И.Ф.Рошиной. - М., 2013.

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

18. Мнухин С.С. О резидуальных нервно-психических расстройствах у детей // Вопросы психического здоровья детей и подростков, 2002, № 2.

19. Мэш Э., Вольф Д. Детская патопсихология. Нарушения психики ребенка. - СПб.: Прайм Еврознак, 2003.

20. Ремшмидт Х. Подростковый и юношеский возраст. Проблемы становления личности. Пер. с нем. - М: Мир, 1994.

21. Сергиенко А.А. Нейропсихологический анализ особенностей познавательной сферы у детей с расстройствами шизотипического спектра // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – М. 2013(13), № 1.

22. Симерницкая Э.Г., Жирнова А.Е., Алейникова С.М. и др. Нейропсихологическое исследование памяти в комплексном клинико-психолого-нейрофизиологическом изучении больных шизофренией детей // Ж. неврол. и психиат. - 1990, № 1.

23. Симсон Т.П. Шизофрения раннего детского возраста. - М., 1948.

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

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

26. Хромов А.И. Динамика когнитивного развития при эндогенной патологии у детей и подростков // Автореф. дисс...канд. психол. наук. - СПб, 2012.

27. Щербакова Н.П. Сравнительное изучение особенностей мышления у подростков, здоровых и больных шизофренией // Ж. невропатол. и психиат. - 1976, № 12.

28. Cervellione K.L., Burdick K.E., Cottone J.G. et al. Neurocognitive Deficits in Adolescents with Schizophrenia: Longitudinal Stability and Predictive Utility for Short-Term Functional Outcome // Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. – 2007. – 46(7). – P. 867-878.

Zvereva N.V. Strogova S.E.

**THE APPROACH TO ESTIMATION OF COGNITIVE DEFECT IN
CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH SCHIZOPHRENIA SPECTRUM
DISORDERS**

Mental Health Research Centre, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow State University of Psychology and Education (Moscow).

Abstract. The approach is suggested to estimation of cognitive defect in children and teenagers with a range of schizophrenia spectrum disorders. The data of empirical psychological studies of 61 patients of a psychiatric hospital and 35 healthy controls (pupils of Moscow schools), at the age from 7 to 17 are analysed. Wechsler test for children, «learning of 10 words» methodic, Schulte tables are used. The results demonstrate consistency of psychometric and pathopsychological methods of the cognitive defect estimation. Different variants of the cognitive defect are revealed in children and teenagers with schizophrenia. The ways for diagnostics optimization and verification of cognitive defect evidence in children and teenagers with endogenous mental pathology are proposed.

Key words: children and adolescents, schizophrenia, cognitive defect, psychodiagnostics, pathopsychological diagnostics.

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

Т.А. Басилова

50 ЛЕТ ДЕТСКОМУ ДОМУ СЛЕПОГЛУХИХ:

ТРАДИЦИИ И СОВРЕМЕННОСТЬ

Московский городской психолого-педагогический университет (Москва).

Аннотация. В 2003 г. Сергиево-Посадскому детскому дому слепоглухих исполнилось 50 лет. Цель статьи – познакомить читателя с традицией обучения слепоглухих в России и описать достижения прошедшего полвека, условно разделив деятельность Детского дома на два этапа: первый из них строился при тесном сотрудничестве с Институтом дефектологии АПН СССР; второй можно назвать самостоятельной деятельностью известного и уникального образовательного учреждения в системе социального обеспечения.

Ключевые слова: слепоглухонемые дети, слепоглухие дети, множественные нарушения развития у детей.

Приют для слепоглухих детей в Петербурге был первым учреждением для таких детей в России. Он был организован по инициативе и на средства Общества попечения о слепоглухонемых в России. Зимой 1909-1910 гг. первые слепоглухие дети были приняты Обществом на свое попечение и устроены для обучения в отдельную группу Детского сада для глухонемых Петербурга. В августе 1910 г. в столице был открыт Приют для слепоглухонемых детей, в котором уже воспитывались семь детей. В сентябре 1911 г. приют был расширен и дополнен вторым отделением – убежищем, где находились слепоглухонемые с тяжелыми дополнительными нарушениями, которые нуждались в хорошем уходе и постоянном внимании. Это учебно-воспитательное учреждение успешно работало в Петербурге до революции 1917 г., оно также было базой для практики студентов Психоневрологического института. Именно там проходил педагогическую практику студент И.А. Соколянский.

В 1925 г. И.А. Соколянский организовал Детский дом для слепоглухонемых детей при Харьковской школе слепых, где тотально слепоглухие дети обучались по его оригинальной методике. Работа там И.А. Соколянского дважды прерывалась его арестами в 1933 и в 1937 гг. Школа эта была закрыта в 1936-38 гг., большинство его воспитанников было переведено в другие учреждения как необучаемые [1,3].

Группа слепоглухих детей, обучавшаяся в первом российском приюте для слепоглухонемых в Петербурге волилась сначала в состав детдома глухонемых, а затем в Ото-Фонетический Институт, позднее ставший Институтом Слуха и Речи. Только в 1934 г. слепоглухонемые дети Ленинграда были выделены в особую группу со своим помещением и штатом, где стало возможным проводить их планомерное специальное обучение и воспитание. Это учреждение также было распущено после Постановления 1936 г. о педологии, а почти все слепоглухие воспитанники погибли в блокаду во время войны. Наблюдения и исследования, проведенные в этом учреждении в 30-е годы А.В. Ярмоленко стали основой ее кандидатской и докторской диссертаций и издания в 1961 г. первой отечественной монографии «Очерки психологии слепоглухонемых детей» [23].

Хотя с 1936 по 1955 гг. в СССР не было специального образовательного учреждения для слепоглухих, работа в этой области продолжалась И.А. Соколянским уже в Москве в Научно-практическом институте специальных школ, который позже был

преобразован в Институт дефектологии. И.А. Соколянский много работал со своей приехавшей из Харькова в 1944 г. слепоглухой воспитанницей О.И. Скороходовой, готовя к публикации в 1947 г. ее в будущем известную книгу о понимании окружающего мира слепоглухим человеком [19]. Он консультировал семьи, воспитывающие слепоглухих детей. Под его руководством воспитывалась в семье и готовилась к трудовой надомной деятельности слепоглая девочка-подросток, которая в его статьях названа «Лида Х.». Он познакомился с семьей этой девочки, потерявшей слух, зрение и речь после заболевания в 2.5 года, когда ей исполнилось 13 лет [20]. И.А. Соколянский пытался организовать обучение слепоглухих детей при институте, но это ему удалось только в 1955 г., когда он получил возможность экспериментального обучения при институте слепоглухого подростка Юлии Виноградовой, за ее развитием в условиях семьи которой он наблюдал 8 лет. Обучение ее пошло настолько успешно, что Иван Афанасьевич смог демонстрировать ее достижения на многих научных заседаниях того времени. Затем И.А. Соколянским было организовано обучение слепоглухого Сергея Сироткина в московском детском саду для глухих. Для его обучения была выделена специальная ставка педагога. Два молодых педагога - Р.А. Мареева в детском саду, а затем Г.В. Васина в детском саду и школе слепых - работали с этим ребенком по индивидуальной программе под руководством И.А. Соколянского. [5]. В это время по рекомендации А.Р. Лурии с И.А. Соколянским начинает сотрудничать молодой ученый А.И. Мещеряков, который очень заинтересовался проблемами изучения и обучения слепоглухих и с 1957 г. стал фактически ближайшим его соратником. В это время И.А. Соколянский принял под свое руководство в аспирантуру молодого педагога Р.А. Марееву и пытался снова и снова, но безуспешно хлопотать об организации отдельной лаборатории по проблемам слепоглухоты. Под его руководством в это время фактически работали три научных сотрудника — О.И. Скороходова, А.И. Мещеряков и Р.А. Мареева - и два педагога — В.А. Вахтель и Г.В. Васина [2, 5].

Воодушевленный успехами работы со слепоглухими, а также реабилитацией и восстановлением в партии в 1958 г., И.А. Соколянский обращается в Правительство и готовит Проект постановления Совета Министров СССР об организации Школы для слепоглухонемых, а затем Дома-интерната для детей с нормальным интеллектом, требующих индивидуального обучения («для слепоглухих; детей с псевдобульбарной патологией в тяжелой форме, страдающих тяжелыми расстройствами речи и моторики; детей с сенсорной афазией; слабовидящих с сниженным слухом и нарушением речи; детей с диагностированной алалией, которая осложнена слепотой и тугоухостью»). Он также работает над Положением о школе-интернате для детей с отсутствием слуха, зрения и речи [3, 5].

После смерти И.А. Соколянского в 1960 г. А.И. Мещеряков осуществляет то, что не удалось его учителю, в 1961 г. официально организует лабораторию изучения и воспитания слепоглухонемых детей с экспериментальной группой. В том же году он издает большой сборник научных статей по проблеме слепоглухоты, среди которых были три статьи И.А. Соколянского и очерк об истории его жизни [21]. Продолжает вместе с другими сотрудниками этой лаборатории хлопоты по открытию учебного учреждения для слепоглухих. Для организации нового специального учреждения А.И. Мещерякову и научным сотрудникам его лаборатории О.И. Скороходовой, Р.А. Мареевой, педагогам Ф.М. Казакевич и Г.В. Васиной необходимо было решить несколько задач. Выявить и учесть слепоглухих, нуждающихся в обучении. Для решения этой задачи были сделаны обращения во все областные отделы социального обеспечения России, в школы для слепых и в школы для глухих. С целью выявления слепоглухих были организованы выступления по

радио. В результате этой работы в лабораторию обратилось много родителей, дети которых имели выраженные нарушения в развитии и нигде не обучались. После уточнения и проверки было выявлено 340 слепоглухих, из которых 120 человек были в возрасте до 20 лет.

Второй задачей была собственно организация учебного учреждения для слепоглухих. Понимая тяжесть их нарушения и необходимость организации постоянной не только педагогической, но и медицинской и социальной помощи, было решено хлопотать об организации специального учреждения для слепоглухих в системе Министерства социального обеспечения РСФСР. Тогда уже известная на всю страну слепоглухая писательница и исследователь О.И. Скороходова обратилась с письмом о тяжелой участи слепоглухих детей в Правительство страны. С помощью своих университетских учителей – известных психологов, А.В. Запорожца, А.Н. Леонтьева, А.Р. Лурии и Д.Б. Эльконина - А.И. Мещеряков начал хлопоты в разных инстанциях об организации Детского дома. В результате было принято решение об открытии Детского дома для 50 слепоглухих детей на базе расформированного детского дома для сирот в подмосковном Загорске (ныне Сергиев Посад). Приказ об открытии Детского дома для слепоглухонемых Министерства социального обеспечения РСФСР был подписан в конце 1962 г., а с 1 сентября 1963 г. туда должны были принимать детей.

Следующей задачей была подготовка учителей для слепоглухих детей. С 1 августа по май 1963 г. при Институте дефектологии АПН СССР были организованы курсы по подготовке педагогического персонала для обучения слепоглухих. Кроме А.И. Мещерякова и Р.А. Мареевой, с лекциями на этих курсах выступали все ведущие научные сотрудники института: М.И. Земцова, А.Г. Ипполитова, К.Г. Коровин, Э.В. Миронова, Л.А. Новикова, М.С. Певзнер, Ф.Ф. Рау, Н.Ф. Слезина, М.Б. Эйдинова и др.

Первыми учителями слепоглухих в детском доме были педагоги массовых школ, прошедшие такую курсовую переподготовку: Л.П. Толмачева, А.В. Давыдова, О.В. Горбачева, Р.А. Леонова, М.А. Купцова, М.Г. Маркова, Е.Н. Козлова, А.Ф. Белова. После теоретического курса учителя из Загорска проходили педагогическую практику со слепоглухими в экспериментальной группе лаборатории обучения и воспитания слепоглухих Института дефектологии под руководством В.А. Вахтель и в школе слепых № 1 г. Москвы, где индивидуально обучался слепоглухой Сергей Сироткин под руководством Г.В. Васиной. Кроме учителей из Загорска, там тогда проходили практику и выпускники дефектологического факультета МГПИ им. В.И. Ленина, среди которых начинала работать известный в последствии педагог А.Я. Акшенина, которая была сначала распределена на работу в Загорский детский дом для слепоглухих, а потом продолжила работу со слепоглухими детьми в Москве.

Одновременно с этим решалась и следующая задача – создание учебных программ и методических пособий для обучения слепоглухих. За очень короткое время были написаны и ротاپринтно размножены материалы к программам по основным предметам обучения: математике, развитию речи, предметным урокам, трудовому обучению и физическому воспитанию. В создании их самое активное участие принимали А.И. Мещеряков, Р.А. Мареева, В.А. Вахтель и Г.В. Васина.

При организации работы Детского дома туда брали всех детей с выраженными нарушениями зрения и слуха. Многие из них привозили прямо из семьи или из других специальных учреждений, где не было возможности наблюдать и точно диагностировать характер имеющихся у них нарушений. Поэтому там оказались умственно отсталые слепые с нормальным слухом, глубоко умственно отсталые

слепоглухие дети и т. д. Тогда и сложился первый опыт наблюдения за развитием детей с множественными нарушениями и опыт их воспитания. Несколько лет обучения и воспитания в Детском доме показали, что среди умственно отсталых детей с сенсорными нарушениями не было ни одного так называемого «необучаемого» ребенка. И хотя все эти дети значительно отличались более пассивным, однообразным и даже стереотипным поведением, у каждого из них удалось сформировать разной степени сложности навыки самообслуживания и даже простейшие трудовые навыки. Все обучение этих детей происходило в жизненных повседневных ситуациях, а не в специально организованных учебных занятиях. Опыт воспитания умственно отсталых слепоглухих чрезвычайно помог в создании диагностического изучения слепоглухих детей. В 80-е годы по инициативе и активном участии лаборатории изучения и воспитания слепоглухих были организованы группы для слепоглухих умственно отсталых детей в Головеньковском доме-интернате для слепых и слабовидящих умственно отсталых детей Тульской области, директором которого в те годы была Н.А. Дербышева.

По созданному вскоре Положению о работе Детского дома вся диагностическая работа по отбору детей для обучения и по методическому руководству работой Детского дома была возложена на Лабораторию изучения и воспитания слепоглухих детей НИИ дефектологии АПН СССР. С 1962 по 1990 гг. все дети направлялись на обучение в детский дом только по заключению лаборатории и после комплексного диагностического обследования. А.И. Мещеряков был первым научным руководителем Детского дома. В его докторской диссертации и книге «Слепоглухонемые дети» обобщен опыт первого десятилетия работы Загорского детского дома.

А.И. Мещеряковым были определены принципы отбора детей в это специальное учреждение. «Слепоглухота не является простой суммой особенностей, имеющихся отдельно при слепоте и глухонемоте. 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.

Развитие ребенка с совокупностью дефектов зрения и слуха идет совершенно иным путем, чем у слепых или глухих. Эта особенность в основном заключается в том, что катастрофически падает возможность общения слепоглухонемого ребенка с окружающими его людьми [2, 5].

Именно это и является определяющим фактором в развитии слепоглухого. Поэтому при отнесении ребенка к категории слепоглухонемых нельзя исходить из формального установления у него лишь степени нарушения зрения и слуха» [15, с.59].

В школу для слепоглухонемых должны были приниматься глухие дети с любым поражением зрения, которое исключает возможность систематического использования его для чтения обычных учебников и препятствует возможности чтения речи с лица и с любым снижением слуха, которое привело к отсутствию или глубокому недоразвитию речи. К этому определению тогда присоединялось и определение степени обучаемости слепоглухих детей. Считалось, что заключение «о невозможности обучения слепоглухого ребенка должно быть сделано при наличии следующих условий: а) когда будет установлено, что в течение года попытки обучить ребенка не дали положительных результатов; б) когда вместе с этим врачами-специалистами будет установлено, что в основе отсутствия развития ребенка лежит умственная отсталость, вызванная органическими поражениями мозга» [15, с. 65].

Результаты обучения слепоглухих детей фиксировались каждый день в специальных тетрадах-дневниках. На каждого ученика в конце каждой учебной четверти составлялась подробная характеристика и подробно анализировались отчеты учителей по учебно-воспитательной работе в каждой группе. Все копии годовых отчетов поступали в лабораторию изучения и воспитания слепоглухих детей. Первым директором Детского дома была Л.П. Толмачева, а затем около 20 лет им руководил А.В. Апраушев, защитивший кандидатскую диссертацию под руководством А.И. Мещерякова.

Детский дом располагался в старом уютном здании в центре города. Образование детей велось по нескольким образовательным программам: программе обучения слепоглухих; программе обучения глухих; программе обучения слепых детей. Ряд детей, достаточно успешных в обучении, после нескольких лет образования в Детском доме переводились в специальные школы по месту жительства. Воспитанники, достигшие 18 лет, работали на местном УПП для слепых и жили в общежитии для взрослых.

С открытия Детского дома начал осуществляться постоянный «обмен» слепоглухими детьми между этим учреждением и экспериментальной группой в Москве. Сложные и трудные дети начинали свое диагностическое обучение в экспериментальной группе, которая располагалась в помещении экспериментальной школы для глухих детей при Институте дефектологии, а потом переводились в Детский дом.

Было понятно, что учебное учреждение на 50 детей не может удовлетворить потребности в обучении всех слепоглухих СССР и почти одновременно с организацией Детского дома для слепоглухонемых, под руководством А.И. Мещерякова была начата работа над созданием проекта нового Учебно-производственного комплекса для слепоглухих детей и взрослых. Было разработано проектное задание для строительства комплекса на 200 человек. Но строительство первой очереди этого комплекса на 100 мест было завершено по очень удешевленному первоначальному архитектурному проекту только в 1990 г.

В 1971 г. А.И. Мещеряков организует обучение группы слепоглухих воспитанников Детского дома на психологическом факультете МГУ им. М. Ломоносова. Это были Н.Н. Корнеева (Крылатова), Ю.М. Лернер, С.А. Сироткин и А.В. Суворов. Эта работа имела большой общественный резонанс, появлялись статьи в ведущих советских газетах и журналах. Дружба с А.И. Мещеряковым и его слепоглухими воспитанниками, известными философами Э.В. Ильенковым и Ф.Т. Михайловым, вызывала заметный интерес к проблемам обучения и развития слепоглухих у широкого круга ученых, прежде всего психологов и философов.

После смерти А.И. Мещерякова в 1974 г. лабораторию обучения и воспитания слепоглухонемых возглавляет Р.А. Мареева. Начинается комплексное клинико-психолого-педагогическое изучение детей с глубокими нарушениями зрения и слуха, проходящих диагностическое обследование в лаборатории и обучающихся в Детском доме слепоглухих в эти годы. Большое участие в них принимают известные врачи и дефектологи М.С. Певзнер и Г.П. Бертынь. Уже первые научные работы, в которых делались попытки обобщить собранный материал, показали чрезвычайную неоднородность состава детей, традиционно называемых слепоглухонемыми или слепоглухими. Эти дети значительно различались между собой по причинам, вызвавшим нарушение зрения и слуха, по времени наступления дефекта, его выраженности и по сочетаемости сенсорных нарушений с разными дополнительными нарушениями. Динамическое наблюдение за разными категориями слепоглухих выявило, что развитие этих детей определяется также множеством показателей: структурой дефекта, временем его обнаружения и характером

медицинской помощи, сроками начала и качеством специального обучения, индивидуальными особенностями ребенка [8, 9, 17, 18]. Под руководством Р.А. Мареевой создаются программы дошкольного и начального (до 4 класса) обучения и воспитания слепоглухих детей. Эти программы апробируются сначала в экспериментальной группе, а затем и в Детском доме слепоглухих. Существующая в те времена практика научно-практической работы позволяла НИИ дефектологии финансировать на четверть ставки исследовательскую работу, выполняемую под руководством лаборатории педагогами Детского дома [11, 12, 13, 14].

Затем заведующим этой лабораторией становится В.Н. Чулков – известный к тому времени специалист по обучению глухих. Под его руководством успешно заканчивают аспирантуру и защищают диссертации по коррекционной педагогике два ведущих педагога детского дома, Е.А. Заречнова и М.В. Жигорева. Сотрудниками лаборатории и детского дома создаются новые программы обучения слепоглухих, прежде всего по социально-бытовой ориентировке слепоглухих, а также по развитию остаточного слуха и произношения. Организуются зарубежные контакты лаборатории и детского дома со специалистами из других стран, начинается постоянный обмен опытом с ними по обучению слепоглухих.

В 1992 г. название Института дефектологии изменяется, он становится Институтом коррекционной педагогики РАО, меняется и название лаборатории, она переименовывается в Лабораторию содержания и методов обучения детей со сложной структурой дефекта.

После упразднения в 1992 г. экспериментальных школ и групп при Институте дефектологии экспериментальная группа слепоглухих детей сначала превращается в класс для слепоглухих при Школе глухих № 37, а с 1997 г. ее ведущие педагоги и сотрудники переходят на работу в Школу-интернат для глухих детей № 65, где продолжают обучение слепоглухих детей. Постепенно организуется отделение для индивидуального обучения детей с множественными нарушениями развития. Дети с глубокими нарушениями зрения и слуха принимаются в школу-интернат для глухих № 65 г. Москвы как на общих основаниях в классы для глухих детей, так и в отделение надомного обучения. Некоторые слепоглухие дети продолжают свое обучение при других специальных школах Москвы.

1 сентября 1990 г. открылся новый комплекс зданий Детского дома для слепоглухонемых в Сергиевом Посаде - сначала на 100, а потом и на 200 мест, и начинается второй период его работы, уже самостоятельный и автономный от Института дефектологии. Теперь это не одно здание а целый комплекс строений (учебный корпус, мастерские, общежитие для старших воспитанников и хозяйственные постройки), соединенные теплыми переходами между собой на территории более 10 га. Во время строительства нового помещения и первых лет работы «большого» детского дома должность директора занимал А.А. Федоров, которого сменила на этом посту нынешний директор, Г.К. Епифанова.

Сотрудники детского дома самостоятельно принимают и проводят диагностическое изучение детей, ведут научную и педагогическую деятельность, обучают свои кадры и обмениваются своим опытом с другими организациями. Начало этого этапа работы происходит на фоне развала СССР. Детский дом начинает принимать детей только из России, и это вызывает большие трудности при его комплектации. В детском доме начинают обучать детей с расстройствами аутистического спектра, глухих из ближайших населенных пунктов, слепых умственно отсталых детей и детей с множественными нарушениями развития. В последние годы туда все чаще направляют слепых детей-сирот из домов ребенка. В настоящее время в детском доме обучается и воспитывается более 200 детей с разной

структурой нарушений развития, которые распределяются по 4 отделениям:

1. Учебно-диагностическое отделение для детей с множественными тяжелыми нарушениями развития младшего возраста (от 3 до 8 лет).
2. Социально-коррекционное отделение для детей с множественными тяжелыми пороками развития и проблемным поведением (от 8 до 14 лет).
3. Учебно-реабилитационное отделение для детей с нарушениями развития, имеющими проблемы в обучении (от 8 до 14 лет).
4. Отделение социально-трудовой реабилитации для подростков с ограниченными возможностями развития. В это отделение переводятся воспитанники, достигшие 14 лет [24].

Меняющийся в сторону утяжеления состав слепоглухих детей требует новых методов их обучения [4]. Международная программа сотрудничества, осуществляемая под эгидой старейшего в США учреждения для слепых Perkins school, позволяет педагогам Детского дома знакомиться с уникальным опытом работы, пополнять детский дом необходимым оборудованием, использовать передовые методики и технологии обучения детей со сложной структурой дефекта, участвовать в международных конференциях и стажировках.

Другая международная программа сотрудничества осуществляется при поддержке Российского и Голландского министерств образования и позволила обучать сотрудников детского дома эффективной работе с детьми, имеющими проблемы в поведении. Совместная с известным голландским психологом Я. Ван Дайком работа завершилась созданием обучающей программы на СД и публикацией [6, 7].

Последние годы педагоги Детского дома активно участвуют в подготовке специалистов для работы с детьми, имеющими сложные сенсорные и множественные нарушения для разных регионов России, проводят консультативное обучение слепоглухих детей из ближайшего зарубежья (Армении, Казахстане, Белоруссии, Молдове, Литве), издают методические рекомендации по обучению таких детей [10, 16, 23]. Особого внимания требует накопленный в этом учреждении опыт организации независимой жизни и посильного труда слепоглухих молодых людей и взрослых, пока не решены проблемы их полноценной государственной социальной поддержки. Опыт работы ФГБУ «Сергиево Посадский детский дом слепоглухих» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации может оказать неоценимую помощь в преобразовании психоневрологических интернатов, в организации помощи детям с множественными нарушениями в специальных школах России

ЛИТЕРАТУРА

1. Басилова, Т.А. О Соколянском и его методе обучения глухих и слепоглухих, так интересовавшем Выготского // Культурно-историческая психология. - 2006. - № 3. - С 8-16.
2. Басилова Т.А. Теоретическая разработка и практическая реализация системы обучения слепоглухих А.И. Мещеряковым // *ibid.* – С. 17-24.
3. Басилова, Т.А. 100 лет обучения слепоглухих в России: некоторые итоги и перспективы // Другое детство: Сб. науч. ст. – М.: МГППУ, 2009. - С. 226-239.
4. Басилова Т.А. Об изменении этиологии и структуры нарушений при слепоглухоте за 35 лет наблюдений // Вопросы психического здоровья детей и подростков. - 2011.- № 2(12). - С. 12-20.
5. Басилова Т.А. Об истории обучения слепоглухих детей в Московском регионе [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2013. № 2. URL: <http://psyjournals.ru/psyclin/2013/n2/62067.shtml> (дата обращения: 31.10.2013)
6. Ван Дайк Ян, Ван Дер Меер Тон и др. Вызывающее проблемное поведение детей с множественными пороками развития. Оценка и воздействие. - Сергиев

Посад, 2004.

7. Вызывающее поведение детей с множественными пороками развития в семье. Модель воздействия для родителей. Опыт России. - Сергиев Посад, 2007. - 47 с.

8. Бертынь Г.П., Клинико-генеалогическое и психолого-педагогическое изучение лиц со сложным дефектом // Сб. науч. тр. Дифференцированный подход при обучении и воспитании слепоглухих детей. - М.: АПН СССР, 1989.

9. Бертынь Г.П. Этиологическая дифференциация слепоглухоты // Сб. Генетическое изучение аномалий развития у детей. - М.: АПН СССР, НИИД, 1986.

10. Значимость процесса формирования коммуникации для развития детей со сложной структурой дефекта. - Сергиев Посад: ИИЦ «Весь Сергиев Посад», 2003.- 48 с.

11. Мареева Р.А. Проект программы воспитания и обучения слепоглухонемых учащихся дошкольных групп, подготовительного, 1, 2 классов. - М., 1982.

12. Мареева Р.А. Проект программы воспитательной работы со слепоглухими учащимися начальных классов. (Препринт). - М., 1990.

13. Мареева Р.А. Проект программы обучения слепоглухих учащихся третьего класса (Препринт). - М., 1990.

14. Мареева Р.А. Проект программы обучения слепоглухих учащихся четвертого класса (Препринт). - М., 1990

15. Мещеряков А.И. Слепоглухонемые дети. - М.: Педагогика, 1974.

16. Обучение и воспитание детей со сложной структурой дефекта в детском доме слепоглухих. - Сергиев Посад, 1998. - 23 с.

17. Певзнер М.С., Бертынь Г.П., Мареева Р.А. Комплексное изучение детей со сложными сенсорными дефектами //Дефектология. - 1979, № 4.

18. Певзнер М.С., Бертынь Г.П., Мареева Р.А. Этиологическая и клиническая дифференциация слепоглухоты // Наследственные формы олигофрении и других аномалий развития у детей. - М.: издАПН СССР, 1983.

19. Скороходова, О.И. Как я воспринимаю, представляю и понимаю окружающий мир / под. ред. А.И. Мещерякова. - М. : Педагогика, 1972. - 447 с.

20. Соколянский И.А. Подготовка слепоглухонемого подростка к производственному труду в условиях домашнего воспитания // Обучение и воспитание слепоглухонемых / под ред.: И.А. Соколянского, А.И. Мещерякова. - М., 1962. - С. 65-107.

21. Соколянский И.А. Обучение слепоглухонемых детей // *ibid.* - С. 15-30.

22. Формирование самостоятельности и независимости у детей со сложной структурой нарушений. - Сергиев Посад: ИИЦ «Весь Сергиев Посад», 2003. - 48 с.

23. Ярмоленко, А. В. Очерки психологии слепоглухонемых. - Л. : Изд-во ЛГУ, 1961. - 161 с.

24. <http://www.deaf-blind.ru/> Сайт Сергиево-Посадского детского дома слепоглухих (дата обращения: 31.10.2013)

T.A.Basilova

50 YEARS OF THE CHILDREN'S HOME DEAFBLIND: TRADITIONS AND MODERNITY

Moscow State University of Ppsychology and Education (Moscow).

Abstract. The Sergiev Posad Children Home for Deafblind celebrate 50 years of work in 2013. The purpose of the article is to observe the tradition of training deafblind children in Russia and describe the achievements of the past half-century, dividing the activities of the Children's home on two stages: the first of them was built in close cooperation with the Institute of Defectology in Moscow ; the second can be called self-activity of the famous and a unique educational institution in the system of social security.

Key words: blind, deaf and mute children; deafblind children, multiple handicapped children.

**ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ
С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В УСЛОВИЯХ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ДОШКОЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ**
Детский сад комбинированного вида № 2264 (Москва).

Резюме. В статье представлен опыт работы педагогов-практиков, сопровождающих детей с расстройством аутистического спектра (далее РАС) в группе кратковременного пребывания «Особый ребенок». Описаны особенности организации режима пребывания, воспитательно-образовательный процесс – модель совместной организованной образовательной деятельности на день, неделю; формы организации занятий, структура и содержание работы. Материал адресован и может использоваться в качестве руководства практикующему педагогу-психологу, полезен специалистам, работающим с детьми РАС, тьюторам и родителям.

Ключевые слова: психология, расстройство аутистического спектра, коррекция, психологическое сопровождение, особый ребенок.

Дети с ограниченными возможностями здоровья (в том числе дети с расстройством аутистического спектра -РАС) требуют особого подхода, который включает создание толерантной среды в детском коллективе, благоприятных, комфортных условий в образовательной среде, использование особых коррекционно-методических подходов в работе и развитие у ребенка большей самостоятельности в социальной среде. Комфортные условия – это условия, при соблюдении которых ребенок с особенностями развития сможет осваивать адаптированную для него развивающую программу в удобном темпе и в соответствующем объеме. Развитие большей самостоятельности предполагает поступательное движение от зависимости от тьютора к максимальной самостоятельности ребенка как в условиях образовательного учреждения, так и в реальной жизни. Опираясь на исследования и научное обоснование, а так же используя наш собственный опыт, мы разработали систему сопровождения детей с РАС в условиях дошкольного учреждения. Представленная работа может использоваться в качестве руководства для практикующего педагога-психолога, полезна специалистам, работающим с детьми с РАС, тьюторам и родителям.

Необходимо, чтобы занятия проводились в определенном месте, лучше в отдельно организованном помещении и в специально отведенное время. Такая пространственно-временная «разметка» помогает формированию у ребенка учебного стереотипа. Он постепенно привыкает к тому, что в комнате, где он играет, есть специальный стол, за которым не развлекаются, а занимаются. Дети с РАС требуют намного больше времени для принятия нового режима дня, вхождения в обучающий процесс, проявления заинтересованности к новым предметам. По содержанию занятие на первых порах может быть продолжением игры. Ведь, усадив ребенка за стол, мы далеко не всегда можем рассчитывать на его произвольное сосредоточение; поэтому исходно мы предлагаем ему какие-либо заведомо приятные виды занятий. Требования к произвольному сосредоточению ребенка пока совсем не предъявляются, так как мы преследуем следующие цели:

- сформировать положительную эмоциональную установку ребенка по отношению к занятиям, избежать стойкого негативизма;
- зафиксировать, отметить время и место занятия, что служит основой стереотипа учебного поведения;
- постепенно закрепить определенную последовательность действий по подготовке к занятию (достать необходимые материалы с полки или из рюкзака, разло-

жить их определенным образом) и действий, связанных с завершением занятия [2].

Структурируя среду, встраивая в нее стимулы, последовательно запускающие стереотипные действия ребенка, мы можем организовать, упорядочить самое разлаженное его поведение. Упорядоченная, предсказуемая жизнь помогает организовать поведение ребенка, избежать трудностей в переключении с одного занятия на другое, возможных импульсивных действий, возникновения страха, агрессии, само агрессии. Сначала режим дня должен опираться на четкую организацию ребенка в пространстве [2]. Организованная образовательная деятельность строго регламентирована. Время, отведенное на индивидуальную работу с ребенком, динамично и связано с его эмоциональным состоянием, поэтому может корректироваться специалистами самостоятельно. Время самостоятельной деятельности детей могут корректировать воспитатель и педагог-психолог, учитывая психофизиологические особенности и эмоциональное состояние детей. Чередования видов деятельности в условиях группы продленного дня (ГКП) «Особый ребенок» могут быть разнообразными. Но при этом необходимо следить, чтобы объем образовательной нагрузки соответствовал установленным нормам. При осуществлении режимных моментов учитываются индивидуальные особенности ребенка (длительность сна, вкусовые предпочтения, характер и т. д.)

Система психолого-педагогического сопровождения детей с РАС

В рамках организованной образовательной деятельности педагог-психолог как ведущий специалист осуществляет групповую и индивидуальную работу с детьми. Структура организации образовательной деятельности с детьми с РАС разработана с учетом всех видов деятельности периода дошкольного детства. Учитывая особенности развития воспитанников, мы искали те формы совместной деятельности, которые позволяют комплексно подойти к решению проблемы социальной адаптации. В течение недели структура дня ребенка выстроена в единой модели, что позволяет детям легко адаптироваться в условиях постоянства. Важными параметрами являются время, место проведения и вид деятельности. Например, у детей не вызывает тревоги четкая последовательность событий.

Структура дня ребенка РАС должна включать: константные и вариативные формы. Константные формы - организационные моменты, которые неизменны в режиме дня и не зависят от психоэмоционального состояния группы. Поскольку стабильность – это ключевая составляющая работы с детьми с РАС и необходимое условие, то константные формы являются неким базисом коррекционной работы. На начальных этапах работы группы в период адаптации, который может занимать от одного до трех месяцев, у детей еще нет навыка групповой деятельности, недостаточно сформировано произвольное внимание, нет понимания последовательности занятий в течение дня. Начинать работу необходимо именно с постепенного введения константных форм. Это могут быть буквально одинаковые по содержанию игровые упражнения, имеющие неизменную последовательность, проводимые в одно и то же время ежедневно. Только после того как один вид деятельности станет для детей привычным, можно вводить в режим дня следующий. По мере адаптации детей к условиям учреждения репертуар игр постепенно расширяется и переходит по своим задачам на более высокий уровень требований. На основе этого базиса ведущий специалист вводит вариативные формы работы, содержание которых может меняться в зависимости от ситуации.

Константные формы включают в себя:

- игровой сеанс «Полянка-приветствие» и «Полянка-окончание»;
- настольные игры;
- индивидуальная деятельность;

- свободная игра;
 - музыка/физкультура.
- Вариативные формы:**
- сюжетно-ролевая игра;
 - театрализованные игры;
 - видеоклуб.

Гибкий режим ГКП «Особый ребенок» (РАС) в детском саду и дома.

Режимный момент	Время
Дома	
Подъем, утренний туалет, утренняя гимнастика	7.00-7.30
В детском саду	
Прием детей, осмотр, организованные эмоционально-стимулирующие игры, обозначающие начало дня	8.30-8.40
Подготовка к завтраку, завтрак	8.40-9.00
Организованная образовательная деятельность (фронтально). Константные формы. В форме комплексных коррекционно-развивающих занятий Реализация образовательных областей: «Социализация» «Коммуникация», «Познание».	9.00-9.20
Самостоятельная игровая деятельность. Константная форма.	9.20-9.40
Организованная образовательная деятельность (фронтально). Вариативные формы.	9.40-10.00
«Музыка»/«Физкультура». Константная форма.	10.00-10.20
Индивидуальные формы работы с детьми. Константная форма. Воспитатель (Реализация образовательных областей: «Худ. творчество», «Здоровье», «Безопасность», «Труд», «ЧХЛ», «Социализация») Специалисты (педагог-психолог, учитель-логопед, учитель-дефектолог) Самостоятельная игровая деятельность.	10.20-11.20
Организованные эмоционально-стимулирующие игры, обозначающие окончание дня.	11.20.-11.30
Уход домой	11.30

Структура сеанса «Полянка»

Необходимое оборудование: магнитофон, аудиозаписи игр с музыкальным сопровождением, атрибуты к играм.

Этот игровой сеанс мы рекомендуем использовать как первый вид деятельности, с которого дети начинают знакомиться с групповой формой работы. Он помогает обозначить ребенку начало и окончание дня в группе, почувствовать себя членом коллектива, настраивает детей на предстоящую групповую деятельность и расставание, направлен на эмоциональное единение детей, развивает сенсорно-двигательную активность и коммуникативные навыки.

Сеанс включает в себя комплекс игр с обязательным музыкальным сопровождением, большинство которых проводится в кругу. Это ритмические игры с эмоциональным заражением, сенсорные игры с различными видами аудиальной и тактильной стимуляции, игры на подражание, развивающие контакт со взрослым и подготавливающие ребенка к участию в коллективной деятельности.

В период адаптации важно включение максимального количества взрослых. По мере развития у детей навыка групповой деятельности число взрослых сокра-

щается, роль ведущего может передаваться детям. Игровой сеанс длится 10-15 минут и включает 5-6 коротких игр.

Настольные игры

Необходимое оборудование: настольные игры для детей 3-4 лет, дидактические игры. Включение настольной игры не решает собственно дидактических задач, а направлен на готовность к участию в организованной образовательной деятельности в коллективе, что способствует умению контролировать собственные эмоции, соблюдению очередности в групповой игре, развитию произвольного внимания, формированию коммуникативных навыков, адекватной реакции на успех и неудачу.

Этот вид деятельности мы рекомендуем вводить следующим, после того как для большинства детей сеанс «Полянка» стал привычным и не вызывает сопротивления.

В онтогенезе настольные дидактические игры начинают интересовать ребенка к 4-5 годам. Поведение ребят уже носит преднамеренный характер: они начинают ставить цель и действовать в соответствии с ней в быту и в игре. Ребенка уже не устраивает постоянная опека взрослых. Если раньше он обращался к старшим за поддержкой, оценкой и помощью, то сейчас его общение претерпевает качественные изменения - оно превращается в духовную потребность [3]. Поэтому в онтогенезе этапы развития настольной игры включают в себя переход от ведущей в игре роли взрослого к организации процесса самими детьми, проявлению собственной инициативы. Отличие настольной игры в структуре занятий группы «Особый ребенок» состоит в том, что инициатива остается за взрослым, обеспечивая тем самым стабильность и безопасность процесса. Настольная игра является лишь моделью взаимоотношений ребенок-взрослый в групповом обучающем процессе.

Большинству детей с РАС трудно концентрировать внимание на незнакомом материале в обстановке группы, поэтому **первым этапом** является знакомство с игрой и ее правилами в индивидуальной форме. Переход к групповой форме является **вторым этапом**. Для того чтобы дети были мотивированы на участие в игре, используются уже знакомые игры, интересные и не вызывающие затруднение в понимании. Не страшно, что по уровню они могут быть значительно ниже возможностей ребенка. Например, это игры «Лото», «Домино», «Поймай рыбку». Когда для большинства детей задача удержания произвольного внимания во время игры будет решена и этот вид занятия станет привычным и не будет вызывать тревогу, можно переходить к **третьему этапу** и постепенно усложнять уровень заданий (игры «Найди форму», «Времена года», «Последовательности»).

Но предварительное знакомство с новой игрой в индивидуальном контакте со взрослым остается. На **четвертом этапе** взрослый вводит незнакомую игру, и дети знакомятся с правилами в групповом режиме. Это собственно является моделью группового обучающего процесса, которая применяется и в школьном обучении.

Индивидуальная совместная деятельность

Еще одной константной формой деятельности является индивидуальная совместная деятельность со взрослым по индивидуально-ориентированной программе. На этих занятиях решаются те задачи коррекции, которые невозможно решить в групповой работе. Этот вид деятельности является обязательным с первых дней пребывания ребенка в группе и заменяет групповые сеансы в случае трудной адаптации.

Для составления индивидуальной программы педагог-психолог использует два вида диагностики: метод наблюдения и метод обучающего эксперимента.

Метод наблюдения за деятельностью ребенка

Активное или пассивное наблюдение за ребенком организуется на занятиях, в игре, в свободной деятельности, в группе детского сада или в классе, в совместной деятельности с родителями, то есть в естественной для ребенка ситуации. С помощью метода наблюдения можно оценить такие составляющие деятельности ребенка, как наличие навязчивых или стереотипных действий, проявление тревожности, выраженность аффективных и эмоциональных реакций [4].

Обучающий эксперимент

В рамках обучающего эксперимента ребенку предлагается выполнить задание, при затруднении ему оказывается обучающая помощь, а затем предъявляется аналогичное задание [4]. Таким образом можно определить степень мотивации ребенка к выполнению задания, способность понимать и следовать инструкции, уровень произвольного внимания, способ взаимодействия с педагогом, реакцию на неуспех и неудачу, переключаемость внимания и другие функции, необходимые для определения степени готовности ребенка к процессу обучения и выявления трудностей, препятствующих развитию. На основе диагностики составляется **индивидуально-ориентированная программа.**

Основные направления психологической коррекции:

1. Преодоление трудностей в организации целенаправленного поведения: преодоление негативизма, контроль собственных эмоций, развитие мотивации.
2. Выработка навыков общения ребенка со взрослыми: умение обращаться с просьбами, поведение слушателя, навыки имитации, называние предметов.
3. Формирование начальных навыков коммуникации: присутствие на занятиях, в игре параллельно с другими детьми, наблюдение за действиями других людей, проявление инициативы для интеракции.
4. Формирование навыков самообслуживания и жизнеобеспечения.
5. Формирование социальных навыков.
6. Самопрезентация: реагирование на свое имя, гендерное развитие, представление о собственном физическом развитии, представление о своем социальном статусе.
7. Произвольность и формирование контроля своих действий в группе: умение соблюдать очередность, умение подражать, понимание чувств другого ребенка, формирование усидчивости.
8. Развитие и коррекция игровой деятельности: развитие игровых навыков, пробуждение интереса к игрушкам, включение в игру под руководством взрослого, самостоятельные игровые действия.
9. Развитие навыков общения со сверстниками в игре: умение включаться в чужую игру, навыки сюжетно-ролевой игры, проявление инициативы, развитие сюжетной игры, развитие подвижно-ролевой игры.

Таким образом ведущий специалист определяет образовательный маршрут конкретного ребенка в рамках «индивидуального часа».

Свободная игра

Необходимое оборудование: просторное помещение, в котором находятся в свободном доступе сухой бассейн, мягкие игрушки, мягкие модули, спортивный инвентарь, сюжетно-ролевые игры, специальные психотерапевтические игрушки, музыкальные инструменты.

Целью свободной игры является самореализация ребенка, его возможность найти для себя удобное и безопасное место в пространстве группы, которое требуется для расслабления и снятия напряжения. Грамотно организованное игровое пространство мотивирует ребенка к самостоятельной игровой деятельности, во время которой происходит перенос приобретенных в коррекционно-обучающем

процессе навыков.

В период адаптации время, отведенное свободной игре, занимает большую часть. По мере введения новых форм групповой образовательной работы, время свободной игры сокращается, но всегда является обязательным элементом в режиме дня.

Свободная самореализация в раннем возрасте начинается с позиции «Я - сам», которая в игровой деятельности утверждается в развертывании самостоятельного замысла, связанного с актуальным состоянием ребенка. В этом виде деятельности меняется позиция взрослого по отношению к ребенку от руководства к следованию за ним. Важной задачей педагога при этом является, используя предметно-развивающую среду, способствовать развитию собственного сюжета ребенка, поддерживать его инициативу. В свободной игре ребенок не только приобретает опыт социализации и развитие инициативы, но и проигрывает негативные и позитивные переживания своего жизненного опыта. Особенности развития детей группы РАС: немотивированная агрессия, непредсказуемое поведение, страхи и тревожное состояние препятствует развитию коммуникативных навыков и как следствие социализации ребенка.

Во время сеанса свободной игры психолог может использовать элементы психотерапии, которые нами проводятся в рамках недирективного игрового подхода.

Основные принципы недирективного игрового подхода:

- психотерапевт безоговорочно принимает ребенка таким, каков он есть;
- психотерапевт создает ощущение безопасности и дозволенности во взаимоотношениях, чтобы ребенок чувствовал себя свободным и полностью самовыражался;
- психотерапевт бережно относится к чувствам ребенка и деликатно отражает их, помогая ребенку прийти к пониманию собственного Я;
- психотерапевт осознает постепенность терапевтического процесса и не пытается его ускорить [5].

Эволюция свободной игры проходит путь от игры в одиночестве к игровому партнерству, вначале со взрослым, потом в малой группе со сверстниками, и в конечном приобретает вид групповой игры.

Сюжетно-ролевая игра

Необходимое оборудование: игровые наборы для сюжетно-ролевых игр, стулья по количеству детей.

Целью этого вида деятельности является познакомить ребенка с РАС с сюжетно-ролевыми играми, используемыми атрибутами, возможными ролями, обучить способам действия во время игры.

Сюжетно-ролевая игра - это вариативная форма работы и вводится после того, как константные формы уже освоены большинством детей и стали привычными. Важно, чтобы большинство детей уже могло контролировать свои действия и сидеть на стуле во время поведения занятия.

Особенность организации сюжетно-ролевой игры с детьми с РАС является то, что у этих детей нет мотивации к игровой деятельности, нет потребности опосредованного проигрывания бытовых сюжетов, вовлечения сверстников в совместную игру. Поэтому на первых этапах сюжеты выбираются педагогом с учетом значимой мотивации детей, которая формируется на основе тревожащих ребенка стимулов. Например, во время карантина в детском саду для ребенка становится актуальна ситуация медицинского обследования, и тогда педагоги включают в образовательный процесс сюжет «Доктор».

Алгоритм обучения сюжетно-ролевой игре.

1. После того как актуальный сюжет выбран, готовится игровое пространство. Оно состоит из четко определяемых зон: «сцена» и «зрительный зал». У большинства детей с РАС недостаточно развит самоконтроль, поэтому для улучшения произвольного внимания специалистам необходимо выстроить четкие границы зоны действия и зоны наблюдения.

2. Используя соответствующие атрибуты и куклы, педагоги начинают разыгрывать сюжет в пространстве «сцены», демонстрируют детям конкретные действия с конкретным предметом, выстраивают диалоги, включают в сюжет элементарные многократно повторяющиеся действия (постучать в дверь, эмоционально крикнуть «Ой!»). В зависимости от уровня развития и подготовленности детей демонстрация может повторяться в неизменном виде несколько раз от занятия к занятию.

3. Следующим этапом освоения игровых действий становится игровое моделирование, т. е. дети сами включаются в сюжет игры, выполняют конкретную роль, используя уже знакомые манипулятивные действия с предметами (бинт, градусник и т. п.) или беря на себя конкретную роль и становясь участником диалога. Для детей с более низкой функциональностью предлагается включиться в игру, выполнив элементарные действия (постучать в дверь, эмоционально крикнуть «Ой!»). Следует обратить внимание на то, что на этом этапе обязательно сохраняется структура «сцена»-«зрительный зал» и постепенное включение детей в сюжет осуществляется под руководством взрослого. Выбор ребенка и его роль в игре зависят от его мотивации, степени восприятия сюжета, понимания своей роли и возможности саморегуляции.

4. На этапе освоения большинством детей ролевого поведения структура игрового пространства меняется и разыгрывание сюжета перемещается в пространство «свободой игры», где детям предлагаются необходимые атрибуты и в игру каждый ребенок может включаться по собственной инициативе.

5. Исходя из практики работы с детьми с РАС, очень сложно развивать сюжетную линию в рамках заданной темы. Эти дети привыкают к однообразию и ждут каждый раз один и тот же игровой сюжет, т. к. для них важна определенная последовательность действий, способствующая подтверждению стабильности окружающего мира. Задачей следующего этапа становится обогащение игрового пространства путем включения новых предметов, героев, ситуаций в рамках выбранной темы. Например, в игре «Доктор», где вначале врач приходит к больному, после завершения всех предыдущих этапов обучения, можно ввести новую сюжетную линию - поход куклы к врачу или приход врача к новому герою. Изменение предметной среды следует производить постепенно, обязательно сохраняя в большинстве атрибуты и план действий прошлой игры.

Театрализованные игры

Необходимое оборудование: театральная ширма, фланелеграф с фигурками, куклы бибабо или мягкие игрушки, шумовые и музыкальные инструменты, стульчики по количеству детей.

Нами театрализованная игра в группе для детей с РАС используется как прием с целью социальной адаптации и коррекции эмоционально-волевой и коммуникативной сферы. Эта работа включает в себя: умение действовать, следуя определенному правилу (соблюдать очередность вступления своего персонажа в действие сказки, перехода действия к другому); принятие на себя различных ролей и умение действовать в соответствии с ними, воспроизводя настроение и чувства героя; использование вербальных и невербальных средств (мимика, жесты, поза), освоение речевых клише. Важна эмоциональная составляющая речи: дети учатся говорить тихо, громко, шепотом, тоненько, грубо, передавать интонацию удивле-

ния, радости, испуга и т. п. Таким образом ребенок может применять полученные навыки в реальной жизни, научиться вести себя соответственно ситуации, воспринимая и реагируя на нее адекватно.

Театрализованная деятельность является вариативной формой, она может на усмотрение педагогов вводиться попеременно с другими видами деятельности (сюжетно-ролевой игрой, видеоклубом) в зависимости от эмоционального состояния группы. Как и в проведении сюжетно-ролевой игры, здесь важно построение пространства. Так же определяются зоны «сцена» и «зрительный зал». И эти зоны четко сохраняются на всех этапах. В основе театрализованной игры мы использовали сюжеты бытовых русских народных сказок.

Эта работа выстраивается поэтапно. **На первом этапе**, дети знакомятся с сюжетом театрального действия через показ инсценировки педагогами (кукольный театр, обыгрывание с использованием фланелеграфа). **На втором этапе** - введение ребенка в игровую ситуацию (дается возможность каждому ребенку включиться в театрализованную игру). Ребенку предлагают образ (персонаж), обозначив его определенным символом (маска, нагрудный значок, игрушка). При этом ребенок, в зависимости от тяжести имеющегося дефекта, включается в постановку в разной степени участия: кто-то участвует в самой драматизации, кто-то в ее подготовке, а кто-то будет участвовать только в качестве зрителя. Педагог, манипулируя действиями ребенка, совместно с ним в разной степени участия проигрывает роль, демонстрируя речевой образец и образец действия персонажа, имитируя стук в дверь, простые характерные движения («махнула рукой», «погрозила пальцем»), эмоциональные возгласы («Ух!», «Ай!»). **На третьем этапе** ребенок вступает в игровое действие самостоятельно, соблюдая очередность.

«Видеоклуб»

Необходимое оборудование: затемненное помещение, видеооборудование для просмотра фильмов, видеоматериал, стулья по количеству участников, различный материал для поделок (бумага, клей, пластилин, карандаши, фломастеры, природный материал).

Работа «Видеоклуба» организуется с целью развития у ребенка с РАС временной перспективы - целостности видения человеком своего психологического будущего и психологического прошлого в данное время [1]. Ребенок учится передавать свои впечатления об увиденном на экране разными способами и выразительными средствами (рисунок, поделка, аппликация, и т. п.). Тем самым это является начальным этапом обучения ребенка передавать и сохранять свои впечатления об увиденном в реальной жизни.

«Видеоклуб» - это вариативная форма работы, дни проведения занятий выбираются в зависимости от нагрузки и эмоционального состояния детей. Эта форма работы занимает относительно большое время и состоит из двух частей: просмотра эпизода фильма и творческой работы. Рекомендуется проводить 1-2 раза в неделю.

Перед началом работы нужно выбрать подходящий видеоматериал. Для детей с РАС очень сложно вычленить главное и второстепенное в окружающем мире, поэтому критерием нашего отбора видеоматериала стали видео эпизоды с единичными объектами, производящие понятные единичные действия (плывущий кит). Важным условием является окружающая обстановка. Просмотр происходит в затемненном помещении при отсутствии посторонних стимулов.

На начальном этапе просмотра ведущий своей задачей ставит формирование произвольного внимания (этот период может занимать разное количество времени - от недели до месяца). В процессе формирования произвольного внимания видеоряд не меняется - он стабилен. Детям демонстрируют один и тот же эпи-

зод в течение нескольких сеансов. Таким образом, тревога в связи с новым действием ослабевает, и ребенок может спокойно рассматривать привычный объект. В процессе просмотра педагог обращает внимание детей на постоянные признаки объекта: размер, цвет, форму, действия (кит – большой, синий, плавает), вследствие этого в сознании ребенка формируется зрительный образ объекта, имеющий определенные свойства.

После просмотра дети переходят в пространство для творческой работы. Это может быть то же помещение или любое другое. Важно только, чтобы в течение всего периода оба помещения оставались постоянными для этого вида деятельности. Удерживая образ, ребенок с помощью взрослого переносит свои впечатления разными способами и различными выразительными средствами - в виде рисунка, поделки, аппликации. Это может быть как одна групповая работа, так и индивидуальные поделки. При этом **на первом этапе** дети делают работу по образцу педагога.

Учитывая фрагментарное восприятие окружающих объектов, мы можем **на последующих этапах** обучить ребенка отображению прошлого опыта в той форме, в которой он этот образ воспринял, передав инициативу в его руки и ослабив руководство. Например, в силу имеющихся нарушений вместо характерных признаков объекта (форма, цвет, размер) для ребенка более важными являются латентные (незначительные) признаки - глаз кита. Обучив восприятию и передаче впечатлений, мы тем самым даем ребенку алгоритм способа действия, по которому он может отображать свой опыт в понятной для него форме. Таким образом, «Видеоклуб» как форма работы способствует развитию временной перспективы у ребенка с РАС соответственно его восприятию, т. е. мы учим его «говорить» на его языке.

Представленная модель апробировалась в ГКП «Особый ребенок» в течение 2 лет. Результатами нашей практики стала успешная адаптация детей как к условиям образовательного учреждения, так и в социуме в целом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Lewin K. Field theory in the social sciences: Selected theoretical papers. New York: Harper, 1951.
2. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М.. Аутичный ребенок. Пути помощи. - М.: Теревинф, 1997.
3. Под ред. С.Л. Новоселовой. Игра дошкольника. - М.: Просвещение, 1989.
4. Под ред. И.Ю. Левченко, С.Д. Забрамной. Психолого-педагогическая диагностика. Уч. пособие. - М.: Издательский центр «Академия», 2003.
5. Лэндрет Г.Л. Игровая терапия: искусство отношений. - М.: Международная педагогическая академия, 1994.

N.N. Yakushenkova, M.N. Breeva

PSYCHO-PEDAGOGICAL LEADING CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER IN THE CONDITION OF EDUCATIONAL PRESCHOOL

Combined type kindergarten № 2264 (Moscow).

In the article is shown the working experience of teachers-practitioners, leading children with autism spectrum disorder (next ASD) in a group of short-term stay "Special Child". The features of the organization of the stay; upbringing and education process - the model of common, organized educational activities for a day, a week; forms of organization of training; structure and content of work is described. The material is addressed and able to be used as a direction for practicing educational psychologists, is helpful for specialists, working with ASD children, tutors and parents.

Key words: psychology, disturbance of autistic spectrum, correction, psychological accompaniment, peculiar child.

И.В. Макаров**СИНДРОМ ФАНТАЗИРОВАНИЯ У ДЕТЕЙ (лекция)¹****Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева (Санкт-Петербург).**

Патологическую фантастику, вслед за Г.Е. Сухаревой, принято считать наиболее характерной патологией в клинике психических заболеваний детского и подросткового возраста. Описываемый феномен с начала XX века в отечественной литературе по детской психиатрии выделялся в виде отдельного синдрома, именуемого чаще всего синдромом патологического фантазирования, реже синдромом бредоподобных фантазий. Однако, в виду феноменологической неясности, авторы избегали давать точное определение, ограничиваясь указанием на его принадлежность к так называемым предпочтительным синдромам детского возраста.

Феномен описывался под разными названиями: «золотая пора детской лжи», «мифомания», «*mania fantastica*», «грезоподобное фантазирование», «патологическое фантазирование», «аутистическое фантазирование», «бредоподобное фантазирование». Известная сложность с пониманием явления и, следовательно, определением понятия могла возникнуть в самом начале исследований, когда А. Delbrück (1891) выделил «*pseudologia phantastica*», подразделив понятие на три группы — фантазии, псевдология и ложь. В дальнейшем в литературе сам термин получал полярные интерпретации, а его три варианта смешались в общее представление о «лгунах и фантастах». Второй опубликованный труд, касающийся изучаемой нами проблемы, — доклад Th. Ziehen на парижском конгрессе в 1900 г., где он описал «*paranoia phantastica*» как пубертатный психоз, тем самым положив начало мнению о возможности фантазий составлять сущность психоза.

В нашей стране наиболее детальное изучение патологического фантазирования встречается на примере больных малопрогредиентной шизофренией. Рассмотрение патологического фантазирования лишь в рамках шизофрении встречало обоснованную, на наш взгляд, критику (Мнухин С.С. и его школа; Макаров И.В., Кравченко И.В., 2011). Феномен получил описание и в рамках других нозологий: истерической психопатии, шизоидной психопатии. Исследованы различия варианта данного феномена у лиц с истерическими и шизоидными чертами, фантазирование в рамках непроецессуального варианта *verschrobene*, психогений, сравнение особенностей патологического фантазирования у подростков с различным типом характеров, отражение работы по поиску дифференциально-диагностических критериев между нозологическими группами: шизофрения, психопатии, органические поражения головного мозга.

Результатом изучения феномена явилось признаваемое большинством авторов представление о патологическом фантазировании - склонности к болезненным вымыслам - как о синдроме нозологически не специфичном, встречающемся в разном возрасте и имеющим различную психопатологическую суть.

Следующим эволюционным шагом стало выделение обобщенных критериев, позволяющих рассматривать фантазирование как психопатологический феномен, где выявляется совокупность признаков: вымыслы становятся более значимы, чем реальные факты, готовность к перевоплощению в вымышленные образы, такое вживание в вымыслы, когда нарушается грань между фантазией и действительно-

¹ Лекция прочитана на V Международном конгрессе «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья» (Москва, 24-27 сентября 2013 г.).

стью, появляются расстройства поведения, сопряженные с содержанием фантазий (Гурьева В.А. и соавт., 1994). Имеются и другие критерии, но приведенные представляются нам более ясными и простыми в оценке.

Ранее нами была предложена классификация синдрома фантазирования у детей и подростков (Макаров И.В., Кравченко И.В., 2013; Makarov I.V., Kravchenko I.V., 2012). Ниже приводим данную версию клинической типологии синдрома:

1. Фантазирование с сенсореализацией представлений (включая: **Anschauungsbilder**, visual perseveration, auditory perseveration, варианты paliopsia, palinacousis и somatic fantasies).

2. Фантастические истории:

- легко провоцируемые фантазии с ситуационно-обусловленным содержанием;
- фантазирование с повышенной лживостью (включая: «лгуны и фантасты», по Э. Крепелину, pseudologia phantastica, mythomania, Munchausen's syndrome, pathologically lying);
- сексуальные оговоры и самооговоры (включая: false sexual allegations);
- фантазирование на темы вымышленных миров;
- фантазирование на тему вымышленного друга.
- Игровые перевоплощения (включая: lycanthropy, Zooanthropismus).
- Фантазирование с преобладанием особых увлечений (включая: pathological hobbies).

ФАНТАЗИРОВАНИЕ С СЕНСореАЛИЗАЦИЕЙ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ. В

этих случаях речь шла о пациентах с вербализацией или визуализацией представлений, что позволяет использовать единый термин «сенсореализация». На момент осмотра возраст детей варьировал от 6 до 12 лет (в среднем $9,4 \pm 1,8$ г.). Во всех случаях основные жалобы детей или же их родителей касались возникновения неприятных визуализированных или вербализированных представлений, расстраивающих и пугающих ребенка. Визуализированные образы отражали опасения и страхи пациента – пауки, насекомые, герои страшных мультфильмов или сказок, последствия конфликтов в семье. Все дети данной группы были изначально склонны к фантазированию, легкому возникновению эйдетических образов, в дальнейшем принявших навязчивый характер, а главное произвольность возникновения визуализаций, что и приводило к дизадаптации больного. Двое из обследованных нами пациентов были способны также произвольно вызывать приятные визуализированные и вербализированные представления. Так, например, мальчик 8 лет «слушал» музыку из любимых мультфильмов, перед сном «просматривал» понравившиеся ему эпизоды. Подобные приятные для ребенка визуализации периодически возникали и произвольно. Думается, что произвольность – результат мечтаний как активного процесса, что позволяло этим детям «видеть» или «слышать» более ясно, чем при произвольном возникновении тех или иных образов. Однако приятные визуализированные (вербализированные) представления в наших наблюдениях не являлись ведущими, всегда уступая место неприятным переживаниям, а, соответственно, снижению настроения, ухудшению успеваемости в школе, ночным и дневным страхам, неприятным постоянным предчувствиям. Наиболее частым механизмом возникновения навязчивых визуализированных представлений является наличие у больного страха или опасения, что он сейчас столкнется со своим страхом; в дальнейшем ребенок представляет значимый для него объект повышенной рефлексии, «видит» или «слышит» яркий в своей реальности образ. Так, пациент, боящийся пауков, почувствовал, как что-то коснулось его щеки, тут же «понял», что это паутинка, - и сразу «увидел» у себя на руке «трехсантиметрового паука», причем в предшествующих опасениях больному наиболее страшно было бы увидеть паука именно на руке.

Для описания явлений визуализированных и вербализированных фантастиче-

ских представлений обычно использовались образные выражения, яркие и запоминающиеся фразы, при этом характерно непостоянство деталей воображаемого, склонность к добавлению в рассказ новых деталей и эпизодов. К сожалению, при оценке состояния таких пациентов нередко диагностические ошибки, когда визуализированные и вербализированные представления с повышенной склонностью к фантазированию расцениваются как зрительные или слуховые галлюцинации, что ведет обычно к выставлению диагноза шизофрении и соответствующей терапии. Действительно, в ряде случаев навязчивые визуализированные представления могут трансформироваться в галлюцинации воображения Дюпре (что само по себе еще не означает наличия у пациента эндогенного психоза), а при шизофрении – и в псевдогаллюцинаторные явления. Однако, по нашим наблюдениям, фантастические визуализированные представления возникают как раз не при шизофрении, а в рамках невротических расстройств, неврозоподобных и иных органических психических нарушений, при психическом инфантилизме, формирующихся психопатиях.

Для больных данной группы характерно следующее:

1. легкая перинатальная патология в анамнезе;
2. значимые трудности адаптации в детском саду и в детском коллективе вообще, что прослеживается и в школе;
3. ухудшение состояния связано с конфликтными ситуациями, значимыми переживаниями. Тогда же и визуализированные представления учащаются, приобретая навязчивый характер, усиливается их неприятное содержание, как отражение настроения (но и их содержание влияет на колебания настроения);
4. тревожность, мнительность, склонность к страхам, для некоторых детей – к постоянной рефлексии. Неуверенность в себе. Не все имеют интеллект выше среднего, некоторые – невысокую интеллектуальную норму. В большинстве случаев отмечаются либо рассеянное, неустойчивое внимание, повышенная истощаемость, либо головные боли напряжения;
5. Более или менее выраженные при обследовании косвенные признаки резидуально-органической патологии головного мозга (в ЭЭГ повсеместно – умеренные диффузные изменения биоэлектрической активности (БЭА) коры головного мозга и глубоких структур с пароксизмальными явлениями при гипервентиляции).

ФАНТАСТИЧЕСКИЕ ИСТОРИИ. Возраст детей на момент первого осмотра варьировал от 11 до 14,5 лет ($12,1 \pm 1,3$ г.). Наряду с жалобами родителей на фантазирование детей, отнесенных к этой группе, у них отмечены также прогулы школы, конфликтность и повышенная возбудимость, уходы из дома. У пациентов, склонных к продукции фантастических историй кроме разной степени выраженности резидуально-органического поражения головного мозга наблюдались и различные нарушения воспитания в семье (как гипо-, так и гиперопека). Обследованные больные подразделялись по особенностям своего характера на две основные подгруппы – пациентов с шизоидными чертами и детей, относимых к конституционально-слабому типу (преобладание истерических и тревожно-мнительных черт). Следует заметить, что больные с шизоидным радикалом всегда имели трудности с адаптацией в детском саду, затем и в школе, были замкнутыми, малообщительными, но при беседе легко «уходили» в фантазирование, быстро увлекались, нисколько не заботясь о правдоподобии своих высказываний. Специфика этих пациентов состоит и в том, что они часто разговаривают сами с собой, много жестикулируют, быстро бывают захвачены своими фантазиями. Они непоследовательны, смешливы, что в ряде случаев доходит до дурашливости. Своими фантазиями эти дети любят поразить окружающих, причем поразить неприятно, по возможности даже шокировать.

У больных второй подгруппы заметны повышенная возбудимость, демонстративность, они склонны фантазировать, чтобы вызвать зависть других детей,

удивить взрослых, всегда стремятся к преувеличению, фантазии обращают к своей выгоде, отличаются «безудержностью» в выдумках и рассказах. Как правило, у этих детей массивное фантазирование служит средством привлечения и удержания внимания окружающих, жалости со стороны взрослых или сверстников.

Группа пациентов с фантастическими историями подразделяется на четыре клинических варианта, которые будут описаны ниже.

Легко провоцируемые фантазии с ситуационно-обусловленным содержанием. У этих пациентов не наблюдается систематической лживости, выгода не ставится основной целью. Скорее речь идет о необычно развитом воображении с повышенной склонностью придумывать всевозможные истории. Одна из основных черт такого фантазирования – легкая провоцируемость на выдумывание всевозможных историй, пугающих, удивляющих или веселящих окружающих.

Фантазирование с повышенной лживостью. Обычно фантазирование этих детей оценивается как лживость – «не понять, где фантазирует, а где врет». Как правило, фантазии направлены на вызывание жалости окружающих, окрашены желанием выделиться или сильно удивить. Фантазии всегда находятся в рамках бытовой ситуации, имеют черты сугубой практичности, но неустойчивы, массивны, быстро меняются на новые при разоблачении и осмеянии со стороны других детей или взрослых. Эти особенности и приближают подобные выдумки именно к фантазированию, а не к обману, для которого правдоподобность является все-таки стержневой чертой.

Сексуальные оговоры и самооговоры. Для детей этой подгруппы характерны постоянные рассказы о том, как их «растлевают» окружающие, больные жалуются на неоднократные случаи сексуального насилия в их адрес, могут обращаться в милицию, правозащитные органы, на работу тех лиц, которые вовлечены в их фантазии. В других случаях дети рассказывают о том, как они сами совершали «изнасилования», «развратные действия», для них характерна открытая сексуальная бравада с разнообразнейшими самооговорами на сексуальные темы.

Фантазирование на темы вымышленных миров. Возраст начала формирования фантазий о вымышленных мирах точно определить достаточно трудно, но, по всей видимости, это происходит не ранее 6-7-летнего возраста. Следует отметить, что для детей этой группы была характерна склонность к повышенному фантазированию и ранее – с 3-5 лет, причем на значимые для ребенка или удивляющие других темы. Обычно родители этих пациентов жаловались на появившееся непослушание ребенка, его раздражительность, неусидчивость, а высказывания о появившемся «своем» мире расценивались родными как наиболее тяжелое проявление психического заболевания, что можно объяснить значительным влиянием данного типа фантазирования на поведение. Как правило, детьми выдумывался какой-либо один мир, в котором они «существовали», но во всех случаях можно было проследить исходную идею, взятую из реальной жизни. Так, мир «Нейовы» у мальчика, который с матерью посещал заседания секты Иеговы. В этом мире он «жил» вместе со своими «пчелами», некоторые из которых «ведьмы», потому что не хотели постигать «Истину». При выдумывании нескольких миров, в которых ребенок «существовал», все равно оставался один, «доминирующий», наиболее значимый мир. Кроме этого, выдуманные миры могли последовательно сменять друг друга, отражая, например, сверхценные увлечения больного – «мир часов», «мир радиол», «мир в плоском представлении – в виде карт – Аркадия», «мир С.К.Р.И.Л.», являющийся по своей сути набором значимых для ребенка объектов, над которыми он «король», где живет его погибшая собака «Люфань», существуют роботы с половыми различиями. Выдуманные миры находят свое отражение и в рисунках детей, в их дневниках, постоянных рассказах, к которым пациенты постоянно возвращаются.

Мир, выдуманный ребенком, приводит к ухудшению школьной успеваемости, конфликтам с родителями, отгороженности от окружающих. Такие миры могут быть яркими и захватывающими, примитивными или странными, но в любом случае они отражают уровень развития интеллекта больного, степень его эмоциональной дифференцированности и зрелости и характерологические особенности. Важно отметить, что вымышленный мир соответствует содержанию переживаний, стремлений и интересов ребенка, не является для него неожиданным, пугающим или разочаровывающим. В противном случае (что возможно) речь идет о шизофреническом процессе с нарушением основ психики и несоответствии содержания переживаний в вымышленном мире и истинным чаяниям и стремлениям ребенка. Еще одной особенностью пациентов, склонных к фантазированию с тематикой вымышленных миров, является выдумывание «своего» языка, «своих» непонятных другим слов. Думается, что подобная деталь определяется отчасти тем, что «свой мир» должен быть интересным, увлекательным, часто поражающим окружающих, а «особый» язык придает больший интерес возникшему «миру» в глазах ребенка.

Высказывания детей о выдуманных ими мирах сами по себе не должны приводить к почти автоматической диагностике шизофрении. В наших наблюдениях большинство детей не стремилось заменить реальный язык придуманным, они лишь говорили о наличии «особого языка» в «их мире». Ни в одном случае появление вымышленного языка не коррелировало с обеднением общения или утратой социальных связей. В двух случаях коммуникативные навыки больных были низкими, но эта особенность наблюдалась у них и ранее. Следует также отметить, что в большинстве случаев синдром фантазирования с выдуманным ребенком миром наблюдался у пациентов с шизоидными или же истероидными чертами характера. В ряде случаев речь шла также о наличии у этих больных истероформных и шизоформных расстройств.

Фантазирование на тему вымышленного друга. В этих случаях пациент погружается в мир фантазий, в котором постоянно общается с вымышленным другом (товарищем), причем данное общение постепенно становится основным, во многом вытесняющим другие интересы и увлечения. Обычно подобное фантазирование обусловлено компенсаторными механизмами и развивается у ребенка с нехваткой действительных друзей и круга единомышленников или хотя бы приятелей.

ИГРОВЫЕ ПЕРЕВОПОЛОЩЕНИЯ. На момент осмотра возраст детей составил от 4 до 10 лет ($7,3 \pm 0,9$ г.). Для больных этой группы было характерно наличие утверждений, что они являются каким-либо животным, сказочным персонажем или, реже, неодушевленным предметом. В одном случае отмечалось перевоплощение в другого человека. Так, девочка 10 лет (диагноз - шизофрения) стала говорить о том, что она – это не она, а «Тим Яковлевич Мебель», просила называть ее именно так, по имени-отчеству. Наиболее частым вариантом игровых перевоплощений стало «превращение» ребенка в одно из домашних животных: собаку, кошку, домашнюю птицу, черепаху. При этом больной начинает вести себя соответственно произошедшим переменам – лаять, мяукать, шипеть, перемещаться на четвереньках, есть из миски и т. п. Попытки родственников наказать ребенка или заставить его вести себя «правильно» не дают результата, но могут вызвать агрессию или психомоторное возбуждение. При перевоплощении в неодушевленный предмет больной считает себя, как правило, одним из предметов мебели (стол, стул, кресло) или бытовых приборов (утюг). В одном случае ребенок утверждал, что он – торшер, а источником света являются его глаза, если надавить ему в область носа, который и служит выключателем.

Если в 3-5 лет у детей отмечались относительно небогатые фантазии, то в школьном возрасте их фабула менялась, прежде всего - в соответствии с полученными знаниями и опытом. Так, дети могут представлять себя героями мультфиль-

мов или фильмов, а отступления от сюжета увиденного определяется уровнем развития интеллекта и эмоциональности. Следует отметить, что при шизофрении игровые перевоплощения сопровождаются немотивированными стойкими нарушениями поведения, структурными расстройствами мышления, отличаются особой устойчивостью. Пациенты с игровыми перевоплощениями вне рамок эндогенных психозов всегда доступны контакту, самостоятельны, хотя имеющиеся у них фантазии и определяют возникшую дизадаптацию. Сами по себе игровые перевоплощения не должны становиться основанием для установления диагноза шизофрении, если они не сопровождаются специфической для этого заболевания симптоматикой. Вне рамок эндогенных психозов фантазирование с игровыми перевоплощениями наблюдается при детском аутизме, шизоидной психопатии, резидуально-органических психических расстройствах.

ФАНТАЗИРОВАНИЕ С ПРЕОБЛАДАНИЕМ ОСОБЫХ УВЛЕЧЕНИЙ.

На момент осмотра возраст больных составил от 6 до 13 лет ($10,3 \pm 1,0$ г.). У всех детей отмечались неконтактность, различной степени выраженности эмоциональная недифференцированность, в целом – аутистические (шизоидные) черты, определявшие облик пациента и клиническую картину заболевания. Среди детей и подростков с фантазированием с преобладанием особых увлечений наблюдались больные с шизоидной психопатией, органическим аутизмом («шизоформные организмы» в понимании С.С. Мнухина и его школы), легкой умственной отсталостью с шизоформным синдромом.

Все дети имели трудности адаптации в детском саду («тяжело привыкал», «не мог адаптироваться», «к детям не стремился»), могли быть агрессивны и жестоки по отношению к сверстникам (кидались песком, били), но обычно лишь в случаях, когда другие пытались с ними играть, шумели, проходили мимо. В школе больные этой группы также были дизадаптированы, часто начинали общаться с детьми, однако общение сводилось к разговорам на интересующие их темы увлечений и сверхценных интересов.

Увлечения могут быть самыми различными, их особый характер определяется узостью интереса и необычностью. Тема увлечения всегда соответствует интеллектуальному уровню конкретного ребенка, интерес должен его удовлетворять, обладать достаточной глубиной для реализации познавательной активности пациента. Области особых увлечений чаще всего становятся коллекционирование (электропровода, радиодетали, мусор, пыль, баночки и пузырьки, камни, металлы или другие материалы и многое другое), страсть к линиям и развязкам метрополитена, маршрутам движения другого городского транспорта, схемам электрических цепей, планам эвакуации, географическим картам и т. п. Обычно увлечение носит сверхценный характер, занимает значительную часть времени ребенка, всегда сопровождается фантазированием на тему своих занятий, охотно обсуждается. У ряда больных сверхценные увлечения в младшем возрасте постепенно перерастают в активное изучение энциклопедий, атласов, учебников, откуда черпаются идеи для собственных фантазий и «изобретений». Думается, что это является признаком большей сохранности интеллекта, признаком эволюции воображения и творчества вслед за дифференциацией и развитием мышления. Интересной представляется та особенность, что в случаях с выраженной социальной дизадаптацией вследствие охваченности своим увлечением (частая смена школ, трудности в обучении, контактах со сверстниками, конфликты, отключение электричества в домах, перерезание проводов, похищение электросчетчиков и т. д.) эти дети мирно посещают радиокружки, секции по интересам, где имеют друзей среди авторитетных для них взрослых.

Заключение. В виду естественности фантазирования для здоровых детей, недостаточной ясности синдромальных границ феномена, невозможности отде-

лить полностью фантазирование от остальных психических процессов термин «патологическое фантазирование» не представляется нам единственно возможным. Все чаще исследователи используют термин феномен фантазирования, подразделяя это явление на непатологическую и патологическую разновидности. Думается, что подобное понимание не всегда облегчает сложности в терминологии, поскольку норма является ситуационным оптимумом. То есть нормально не то, что стандартно, а то, что оптимально для индивида в определенный момент, в конкретной ситуации. Поэтому более удачным вариантом нам представляется использование термина «синдром фантазирования».

Важно отметить, что в случаях патологии фантазирование отражает нарушения, имеющие отношение ко всей психике ребенка: особенностям конституции и возможным процессам декомпенсации, нарушениям гармонизации личности, тем нарушениям субстрата резидуально-органической и дизонтогенетической этиологии, которые влияют на физиологические отношения отделов головного мозга и таким образом сказываются на особенностях мышления, работоспособности, внимания, снижении способности к торможению и контролю в эмоциональной и двигательной сферах.

В.В. Ковалев считал универсальным компенсаторный механизм фантазирования. Во многом мы с согласны с подобной точкой зрения. На наш взгляд, среди вариантов адаптивно-компенсаторного фантазирования (удачным представляется именно такой термин) выделяются рассказы и массивное фантазирование на темы придуманного друга (при отсутствии такового в реальности), лидерства в коллективе детей (когда на самом деле ребенок подвергается насмешкам или является изгоем), оправдания своих проступков (чаще характерно для пациентов с невысоким интеллектом или с умственной отсталостью). Дети с истерическими чертами характера в большинстве случаев активно фантазируют на темы «расправ над обидчиками», собственной смерти, которая «тяжким бременем упала на головы родных и одноклассников», когда «все плачут, но уже поздно». В некоторых случаях, чаще для преодоления сенсорной депривации, процесс фантазирования занимает ребенка, позволяет ему улучшить настроение, когда, например, когнитивные расстройства или выраженная истощаемость внимания не позволяют ему удовлетворить познавательные способности всецело за счет реальности.

Однако, кроме адаптивно-компенсаторного механизма развития фантазирования у детей и подростков мы выделяем также механизмы замещения (аутистический) и утрированных демонстративных реакций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гурьева В.А., Семке В.Я., Гиндикин В.Я. Синдром патологического фантазирования // Психопатология подросткового возраста. – Томск: Изд-во Томского университета, 1994. – С. 108-120.
2. Макаров И.В., Кравченко И.В. Синдром фантазирования у детей // И.В. Макаров. Клиническая психиатрия детского и подросткового возраста.- СПб.: Наука и Техника, 2013.- С. 52-83.
3. Макаров И.В., Кравченко И.В. Синдромы фантазирования у детей и подростков // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева.- 2011.- № 1.- С. 18-22.
4. Makarov I.V., Kravchenko I.V. The syndrom of fantasizing in children and adolescents // Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence.- 2012.-Vol. 60, Issue 5, Supplement.- P. S158.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ КОНСИЛИУМ

Консилиум состоялся 27 июня 2013 г. в Институте Гармоничного Развития и Адаптации («ИГРА»).

Присутствовали 12 человек: психиатры, психологи, коррекционные педагоги – сотрудники НЦ психического здоровья РАМН и Института Гармоничного Развития и Адаптации, сотрудники и студенты Московского городского психолого-педагогического университета.

Докладчик – доктор мед. наук Н.М. Иовчук.

Ведет консилиум канд. мед. наук А.А. Северный.

Больная X, 5,5 лет. Живет с семьей в дальнем Подмоскowie. Обратились в «ИГРУ» 7 марта 2013 г., когда девочке было 5 лет 2 мес., для уточнения диагноза и рекомендаций по медикаментозному лечению.

Наследственно-семейный фон

Среди родственников ребенка по обеим линиям не выявлено манифестных психозов, алкоголизма, эпилепсии, выраженных психопатических особенностей.

Дед по линии отца умер от сахарного диабета.

Бабка по линии отца – здоровая, работающая, общительная.

Отец, 33 лет, участковый милиционер в поселке. Спокойный, сдержанный, неразговорчивый, неторопливый. Легко ладит с людьми, поддерживает хорошие отношения с коллегами по работе, но друзей нет, в доме совсем не бывает гостей, кроме родственников. Много помогает жене по хозяйству, все умеет, «без недостатков», как его характеризует жена. Внимателен, ласков к детям, жене и ее родителям. Во всем согласен с мнением жены, молча выполняет ее пожелания. Много времени проводит с девочками (старшая девочка – дочь жены от первого брака), относится к ним одинаково нежно; тяжело переживает болезнь дочери, всегда готов везти ее на любые консультации, даже в ущерб собственным планам. Присутствуя на консультации, почти не говорит, мрачноват, амимичен, но при похвале в адрес дочери расцветает радостной улыбкой.

Дед по линии матери спокойный, уравновешенный, деятельный, домовитый.

Бабка по линии матери, как и дед, помогает семье дочери, много времени проводит с внуками, внимательна, ласкова. Общительная, возбудимая, взрывчатая, может накричать, поссориться с близкими, но легко отходит, чувствует свою неправоту.

Мать, 32 лет, медсестра в местной больнице. Общительная, энергичная, работоспособная, семейные и чужие проблемы принимает близко к сердцу. О себе говорит, что она «взрывоопасная», срывается, но быстро остывает и снова становится ровной, ласковой, деловой. В семье и на работе – лидер, стремится, чтобы все было «по ее», как она задумала. Не терпит беспорядка, и дети приучены соблюдать дома чистоту и порядок. Рано вышла замуж, но развелась, когда старшей дочери было 4 года. Не может объяснить, почему не сложился брак. Хорошего мнения о бывшем муже, поддерживает с ним и его родителями теплые отношения, поощряет встречи детей с ними. Тяжело переживая болезнь младшей дочери, не теряет работоспособности, остается деятельной. На приеме – живая, румяная, с быстрыми движениями, быстрой речью. Легко соглашается с мнением врача, рекомендациями. Левша, все делает левой рукой, но пишет правой.

Старшая сестра, 12 лет. Родилась от 2-й беременности, протекавшей с постоянной угрозой выкидыша. Роды в срок, но не раскрылась шейка матки, пришлось делать кесарево сечение. Ребенок здоров. Перешла в 7 класс, хорошо учится, активная, ответственная, участвует во всех конкурсах, посещает множество

кружков. Общительна, имеет близких друзей. Очень нежна, внимательна к младшей сестре, много с ней играет, никогда не отказывается помочь матери. Неоднократно приезжала вместе с родителями и младшей сестрой на консультацию в «ИГРУ». Возбудима, но отходчива.

Личный анамнез

Девочка родилась от 6-й беременности (1-я беременность – неразвивающийся плод, 2-я – старшая сестра обследуемой, 3-я и 4-я – мед. аборт, 5-я – неразвивающийся плод). Беременность протекала с угрозой прерывания на всем ее протяжении, неоднократно лежала на сохранении в стационаре. Роды преждевременные, на 34 неделе, с длительным безводным периодом, кесаревым сечением. Девочка родилась с весом 2 кг, ростом 44 см. Оценка по шкале Апгар 6/7. До 4 суток – искусственная вентиляция легких (ИВЛ). Переведена в отделение для недоношенных. Диагноз: недоношенность, внутрижелудочковое кровоизлияние, постгеморрагическая компенсированная энцефалопатия, двусторонняя пневмония, состояние после ИВЛ. Выписана на 11-й день. Ликвор санировался на 23-й день жизни. Пневмония разрешилась к 3-недельному возрасту. На протяжении всех 5 лет жизни 2 раза в год стационарировалась в различные педиатрические больницы. Диагнозы: последствия гипоксически-ишемического поражения ЦНС, синдром вегетовисцеральных дисфункций, синдром двигательных нарушений по гипертоническому типу, гипертензионно-диэнцефальный синдром, ретинопатия недоношенных, задержка психомоторного развития, врожденное сужение слезных путей, ранняя анемия недоношенных, дискинезия кишечника. В динамике формировался детский церебральный паралич, правосторонний спастический гемипарез.

Между тем ребенок развивался: головку стала держать в 3 мес., ползать – в 5 мес., сидеть – в 6 мес., ходить – в 1 год 15 дней. Гуление появилось до 1 года. Зубы появились между 6 и 7 мес. В грудном возрасте была очень беспокойна, плохо засыпала, просыпалась многократно. Много плакала, возможно, часто из-за кишечных колик. Отмечались частые срыгивания. Ходить стала, прихрамывая, из-за того, что правая нога была короче на 0,5 см, в основном ходила на цыпочках. Была неуклюжей, неловкой. Чрезмерно привязана к матери, с трудом отпускала ее от себя, не терпела одиночества, сразу начинала плакать. При этом доброжелательна и легко контактировала с посторонними взрослыми. После года стала лучше спать. Первые слова и звукоподражание появились в 2 года, их запас пополнялся до 2 лет 9 мес.

В возрасте 2 лет снова стала плохо засыпать, по 2-3 часа укачивали. Стала судорожно открывать рот, когда волновалась или смотрела в зеркало, встряхивать руками, чрезмерно сильно сжимать руку матери. При волнении или удовольствии были напряжены руки и ноги – «как ток пробежал». Стала зажимать уши при громких звуках (музыка, машины, детский крик). С 2 лет 9 мес. до 3,5 лет не появилось ни одного нового слова и жеста. Играла всегда одна.

Во время госпитализаций девочка получала массаж, ЛФК, ортукладки, компрессионный массаж правых конечностей, рефлексотерапию, медикаментозную терапию - мексидол, кавинтон, танакан, актовегин, фенибут, пантогам, церебролизин, сонапакс, кортексин и т. п.), В 3,5 года быстро стал пополняться речевой запас, стала говорить фразами, но речь была косноязычной и в основном выражалась в повторении вопроса или утверждении вопроса. Иногда по много раз повторяла одну и ту же фразу, сказанную родителями или услышанную по радио, телевизору. Быстро запоминала стихи; стихи и рекламу произносила с заимствованными интонациями, очень похожими на те, что слышала. О себе говорила в 3-м лице: «Надя устала», «Надя нахулиганила» и т. п.

Психический статус в период пребывания в Московской областной больнице для детей с поражениями ЦНС: Эмоциональный контакт затруднен. Первоначально на осмотр реагирует негативно, тревожно, в процессе общения успокаивается. На фоне сильной эмоциональной реакции присоединяются стереотипные движения – на 2-3 сек. замирает, с напряжением открывает рот, глаза широко открыты, взор неподвижен, потряхивает головой, конечности напряжены, руки согнуты в плечевых и локтевых суставах, потряхивает кистями, ноги выпрямлены, перетаптывается с ноги на ногу. При этом громко кричит. Эмоционально-аффективные реакции более выражены во второй половине дня. Очень привязана к матери, все время пытается держать ее за руку. Регуляция поведения речью взрослого затруднена. Внимание неустойчиво, быстро истощается, быстро теряет интерес. Познавательный интерес выражен, но его уровень снижен. Предметная деятельность на уровне простых манипуляций, чаще с помощью мамы. Обращенную речь понимает часто с жестовым подкреплением. Затруднено понимание вопросных конструкций. Речевое развитие на уровне нескольких слов и звукоподражаний.

Неоднократные попытки поместить ребенка в детский сад не увенчались успехом, не отпускала мать, не прекращая кричать и плакать. Детей избегала, к ним подходила, только держась за руку матери и не по собственной инициативе. С логопедом занималась дома, но в течение нескольких месяцев речь стала чистой, и занятия с логопедом были прекращены.

В основном отмечался повышенный фон настроения, была благодушной, много улыбалась, смеялась, была всем довольна. До 12 часов дня была спокойна, занималась какими-то игрушками – всеми подряд, но недолго, быстро теряла к ним интерес. Больше всего любила рассматривать книжки. До последнего времени играла больше в одиночестве. Во второй половине дня становилась возбужденной, непрерывно громко говорила: повторяла одни и те же стихи, рекламы, выдержки из книг и мультфильмов. Становилась все более заметной зависимость настроения от погоды: в пасмурную погоду становилась «нудной», капризной, вялой. Быстро уставала, и тогда капризничала.

В возрасте 4 лет была проконсультирована в Областной психиатрической больнице. Диагноз: ранний детский аутизм на резидуально-органическом фоне. Назначены рисполепт, фенибут, рекомендована иппотерапия. На лечении рисполептом за короткое время прибавила в весе 5 кг. Сонапакс вызывает аллергию – заложенность носа. При назначении этаперазина еще более выраженными стали стереотипии. Маленькие дозы финлепсина (1/3 табл.) улучшили сон. В результате все психотропные препараты родители сняли, оставив только назначения невролога, в том числе ноотропы.

После 5 лет перестала бояться детей, но с ними совсем не играла. Иногда говорить о себе «Я». Стала обращаться к близким с просьбами, отвечать на вопросы без повтора вопроса. Перестала бояться громких звуков, только при детском крике зажимала уши. Улучшились движения, появилась сила в правых конечностях, хотя все равно остается неуклюжей и неловкой. В игре появились элементы сюжета, стала привлекать к игре не только сестру, но и мать, и подруг сестры. С сестрой играла в основном в развивающие игры с картинками, буквами, цифрами. К марту с. г. уже знала все буквы и цифры, научилась читать. Стала более усидчивой, могла заниматься по 25 мин. подряд. Со слов матери, все время разная: утром спокойная и деятельная, вечером и при утомлении – «чистый аутизм и граммофон». Непрерывно говорит штампами, ничего не слышит, назойлива, усиливаются стереотипные движения, трясет руками, ходит кругами. По субботам и воскресеньям

занимается иппотерапией, посещает коррекционную группу.

После первого осмотра был назначен финлепсин по 1/3 табл. 3 раза в день. Стала лучше засыпать вечером, особенно если не спала днем. В мае девочка заболела ротавирусной инфекцией с высокой температурой. Все лекарства были сняты. Вновь нарушился режим, стала спать днем и не засыпала до поздней ночи. После возвращения лечения финлепсином сон стал лучше. В последние 1,5–2 мес. появился диалог, не только просит, но и спрашивает. Реже эхо, реже граммофонная речь, но сохраняются стереотипии. Чаше стала называть себя «Я», хотя и «Надя» не исчезла: «Надя устала, у Нади головка болит, Надя хочет кушать».

На приеме была дважды. Первый раз (7 марта): легко входит в кабинет врача, движения быстрые, неуклюжие, заметно прихрамывает. Повышенного питания, румяная, миловидная, на лице почти постоянная улыбка. Настроение повышено. Говорит очень громко, но на вопросы отвечает либо повторением вопроса, либо очень коротко, либо совсем не отвечает. О себе говорит то «Я», то «Надя». Стереотипно трясет руками. Сразу же бросается к игрушкам, однообразно их раскладывает, но подолгу ни на чем не задерживается. На протяжении продолжительной беседы с матерью (не менее 40 мин.) непрерывно говорит, не обращая внимания на просьбы матери помолчать или говорить тише, причем однообразно повторяет, подражая голосу диктора, несколько рекламных текстов, включающих очень специфические термины и речевые обороты: «уникальный крем», «содержит сложные ингредиенты», «улучшение составляет 95%» и т. п.). На просьбу рассказать стихи сразу же отвечает; «Нет». Продолжает повторять рекламы, приближая лицо то к маме, то к врачу. Не прекращает говорить одно и то же, листая предложенные книги и специальные журналы, делает это очень быстро, шумно, почти разрывая страницы и совсем не обращая внимания на иллюстрации.

Второй раз на приеме 24 мая (после инфекционной болезни и последующего увеличения дозы финлепсина): Стремительно вбегает в кабинет. Веселая, отвечает улыбкой на улыбку, смотрит в глаза. На некоторые вопросы отвечает сразу, но иногда отвечает вопросом на вопрос – с интонацией вопроса или с интонацией утверждения. Например: «Сколько тебе лет?» – «5», «Давно исполнилось?» – «Давно исполнилось». Стала спрашивать и просить: «Что пишешь?», «Как включить ручку?», «Давай я буду писать травку, чтобы мышке было мягко гулять». Изрисовывает весь лист «травкой», а на замечание мамы смеется и повторяет: «Не надо нам каля-маля!». Предлагает: «Давай я буду рисовать точки и соединять их, тогда получатся буквы». Довольно хорошо получаются буквы и палочки. Увидев игрушечную муху, вслед за врачом быстро, громко и с выражением читает «Муху-Цокотуху», но на середине внезапно замолкает и, несмотря на все просьбы, больше ничего не говорит – занята игрушками. Среди них прежде всего выбрала овощи и фрукты, раскладывает их по кучкам, громко комментируя. Арбуз положила к фруктам, услышав замечание врача, что это ягода, выделила отдельную кучку, повторяя: «Это овощи, это фрукты, это ягоды». Очень редко отмечаются потряхивания руками и еще реже судорожное открывание рта. Когда видит множество разнообразных игрушек в игровой комнате, восторженно кричит.

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

Н.К. Кириллина, канд. мед. наук. Как относится к книгам?

Н.М. Иовчук: Только листает, недолго слушает чтение, но стихи и тексты заучивает сразу.

А.А. Северный: Как девочка относится к близким?

Н.М. Иовчук: Она очень ласкова, любит тактильный контакт, поцелуи, объятия, не хочет оставаться без мамы.

А.А. Северный: Есть ли страхи?

Н.М. Иовчук: Остаться без мамы, грозы.

А.А. Северный: Когда девочка себя хуже чувствует?

Н.М. Иовчук: Плохо переносит жару – капризничает, ноет. Всегда спокойнее, адекватнее бывает в первой половине дня, а к вечеру становится возбужденной, чрезмерно болтливой, громкоголосой, начинает повторять одно и то же, в основном рекламы или стихи.

В.В. Грачев, канд. мед. наук: Действительно, во время записи ЭЭГ в утренние часы была совершенно спокойной, идеально себя вела.

А.А. Северный: Какие обследования были еще сделаны?

ЭЭГ- исследование (В.В. Грачев)

ЭЭГ выражено дезорганизована. Индекс медленных волн значительно увеличен во всех отведениях с акцентом в теменно-затылочных. Зрительный альфа-ритм регистрируется в затылочных отведениях в виде отдельных кратковременных фрагментов ритмических колебаний частотой 7,5 Гц, перемежающихся многочисленными медленными волнами, часто превышающими по амплитуде альфа-ритм и формирующими повторяющиеся участки ритмической медленноволновой активности (3,5-4,5 Гц).

В лобных, темных и центральных отведениях доминирует ритмическая активность частотой 6,5 Гц, часто распространяющаяся на височные и затылочные отведения и имеющая отчетливое преобладание по правому полушарию с признаками частотно-амплитудной асимметрии.

В течение записи отмечаются повторяющиеся генерализованные вспышки ритмических тета-волн с амплитудным максимумом в проекции передних зон коры, часто также с отчетливым акцентом в отведениях от правого полушария.

При регистрации с открытыми глазами наблюдается некоторая десинхронизация ЭЭГ с устойчивой депрессией фрагментов затылочного альфа-ритма; отдельные периоды ритмических тета-волн в центрально-теменных и лобных отведениях сохраняются, хотя снижаются их амплитуда и продолжительность.

Прерывистая Ф.С. вызывает слабую реакцию усвоения ритма световых мельканий на частотах стимуляции 3-8 Гц. По состоянию ребенка НВ-проба в полном объеме не проводилась, однако на участках кратковременной интенсификации дыхания наблюдается отчетливое нарастание индекса медленных волн.

Заключение: В ЭЭГ на первом плане дизонтогенетические нарушения в виде признаков задержки формирования возрастной структуры корковой ритмики и функциональной незрелости лобных долей коры головного мозга. Следует отметить также изменения по органическому типу, предположительно с акцентом поражения в подкорковых структурах.

Очаговых изменений и эпилептической активности не зарегистрировано. Отчетливый акцент медленноволновой активности по правому полушарию требует наблюдения в динамике и проведения дообследования: МРТ головы. Учитывая отчетливые дизонтогенетические нарушения, рекомендуется консультация медицинского генетика.

Заключение коррекционного педагога И.Е. Авериной:

Жалобы родителей: девочка не спит самостоятельно без применения лекарств (засыпает в течение двух часов и более), спит беспокойно, просыпается 2-3 раза, не может полноценно общаться с детьми, трудности удержания внимания, отмечаются двигательные стереотипии (специфические потряхивания рук, открывание рта, напрягает руки и ноги, зажимает уши при громких звуках), утром более усидчивая и спокойная, вечером нарастает аутистическая симптоматика. Множествен-

ные проблемы в развитии в анамнезе (преждевременные роды, резидуально-органическое поражение ЦНС –правосторонний спастический гемипарез). Девочка была привязана к маме, не стремилась к сверстникам. Гуление до 1 года, звукоподражания и слова в 2г. С 2 до 3 лет перестала набирать навыки, особенно это проявлялось в речи (отдельные звукоподражания). Были проблемы в формировании навыков самообслуживания и пользования горшком, выраженные проблемы со сном. Ежегодно на 1 мес. девочка госпитализировалась (по ДЦП). Получала курсовое лечение ноотропами. В 4 г. был поставлен диагноз РДА на резидуально-органическом фоне.

На приеме: крупная, плотного телосложения, светлая кожа с выраженным венозным рисунком. Демонстрирует двигательную расторможенность, при утомлении отмечаются стереотипные сжимания рук и приведение их к средней линии, потряхивания руками, раскачивания, непроизвольная мимическая активность.

Развитие крупной моторики недостаточное. Нарушена двуручная деятельность, трудности удержания равновесия. Мелкая моторика также развита недостаточно. Графомоторные навыки сформированы недостаточно. Отмечаются некоторые трудности зрительно-моторной координации.

Многоречива, озвучивает все свои действия, многократно задает одни и те же вопросы, в речи особенно в ситуации свободного общения присутствуют эхолалии. Речь фразовая. Встречаются аграмматизмы. Понимание обращенной речи достаточное, но не в полном объеме. Затруднено понимание сложных логико-грамматических конструкций. Отмечаются трудности формирования пространственно-временных представлений. Понимание причинно-следственных связей с опорой на наглядность. Есть перенос навыка. Звукопроизношение сформировано достаточно.

Представления о цвете, форме, величине сформированы. Знает и называет основные цвета и оттенки, называет основные формы. С заданиями конструктивного характера справляется в стратегии проб и ошибок, есть элементы зрительного соотнесения. Есть трудности соотнесения плоскостного и объемного изображения.

Использует направляющую и обучающую помощь взрослого. Нуждается в организации деятельности. Выраженные трудности регуляторного компонента. Пресыщаема. Темп деятельности неравномерный. Умственная работоспособность волнообразная.

Заключение: отмечается неравномерная задержка психического развития.

Рекомендации:

1. Даны рекомендации по воспитанию и организации домашних занятий (режим, вспомогательные механизмы для улучшения регуляции - протяжная музыка перед сном, визуальное расписание дня и т. д.).
2. Занятия в подгруппах с детьми (творчество, музыка).
3. Наблюдение в динамике.
4. Сопровождение врачей: невролога, психоневролога.

А.А. Северный: То есть, по Вашему заключению, у ребенка обнаружено отставание приблизительно на 2 года, но отставание неравномерное.

И.Е. Аверина: Совершенно верно.

Психологическое заключение Д.С. Переверзевой, канд. психол. наук)

В ситуации обследования ребенок идет на контакт со специалистом. Вместе с тем, взаимодействие носит стереотипный характер, при отклонении от привычной ребенку схемы взаимодействия нарастает тревога. Поведение достаточно автономное, мнение взрослых (одобрение/неодобрение, интерес к чему-то) слабо регулирует поведение ребенка. Разделенное внимание не сформировано (затрудняется

проследить указательный жест, взгляд другого человека). В свободной деятельности демонстрирует познавательную активность, однако она носит упрощенный характер: ребенок переходит от одного предмета к другому, быстро пресыщается, не демонстрирует развернутого игрового или исследовательского поведения.

Результаты обследования с помощью психолого-образовательного профиля (РЕР-3)

Тест РЕР предназначен для обследования детей с аутизмом или нарушениями коммуникативной сферы в возрасте от 6 мес. до 7 л. Данная методика позволяет оценить успешность развития следующих психических функций: когнитивное вербальное/превербальное развитие, понимание речи, экспрессивная речь, тонкая моторика и глазодвигательная координация, крупная моторика, зрительно-моторная имитация. По итогам тестирования проводится соответствие результатов выполнения заданий нормативным показателям, благодаря чему можно установить психический (ментальный) возраст развития по указанным шкалам.

По результатам тестирования можно сделать вывод о наличии неравномерной задержки психомоторного развития. В среднем состояние основных функций соответствует возрасту 35 мес. Наиболее высокие показатели были получены по шкалам экспрессивная речь и понимание речи (43 и 44 мес.). Возраст по шкале когнитивное вербальное/превербальное развитие составил 38 мес. Ограничения по данной шкале определялись дефицитом конструктивной деятельности, графомоторных навыков, выполнения задания на произвольную сортировку без показа и указания основания для классификации, недостаточностью невербальных способов коммуникации.

Наиболее низкие оценки были получены по шкалам мелкая и крупная моторика, зрительно-моторная имитация (средний возраст – 28,6 мес.). Снижение балла по этим шкалам было связано с недостаточным развитием латерализации функций, нарушением функции равновесия, недостаточностью функции подражания, дефицитом двуручной деятельности. По итогам тестирования можно также сделать вывод о нарушении глазодвигательной координации и трудностях выполнения тонких моторных действий.

Шкала развития	Возраст развития
Когнитивное вербальное /превербальное развитие	38 мес.
Экспрессивная речь	43 мес.
Понимание речи	44 мес.
Тонкая моторика и глазодвигательная координация	29 мес.
Крупная моторика	27 мес.
Зрительно-моторная имитация	30 мес.

Тест РЕР позволяет также оценить степень патологического отклонения реакций по 4 шкалам: нарушения аффекта, сенсомоторной интеграции, социального и речевого поведения. Признаки выраженного отклонения наблюдаются по всем шкалам, что указывает на аутистический спектр расстройств.

Состояние функций программирования, регуляции и контроля деятельности

Ребенок истощает, время продуктивного удержания внимания в ситуации тестирования или взаимодействия не превышает 10-15 минут. На утомлении скачкообразно нарастает количество двигательных стереотипий (насиловственных движений) (ребенок сжимает руки, приводя их к средней линии, возникает напряжение и произвольная активность мимики, раскачивания). При истощении подобное двигательное возбуждение сопровождает любой вид деятельности.

Наиболее энергоемко для ребенка выполнение заданий, предъявляемых в

зрительной модальности. В этой ситуации время активного удержания внимания заметно сокращается, двигательное возбуждение усиливается. По всей видимости, насильственные движения, которые, в том числе, вовлекают лицевую мускулатуру, в значительной мере затрудняют произвольную глазодвигательную координацию и, как следствие, организацию зрительного внимания. При равномерном распределении нагрузки, т. е. при предъявлении заданий, выполнение которых связано с ориентацией на слух, использованием тактильной информации, ресурс заметно увеличивается.

При спонтанном взаимодействии отмечается обилие эхоталий (во многих ситуациях ребенок целиком повторяет вопрос/фразу специалиста и только после этого, с отсрочкой, организует смысловой ответ), что указывает на снижение функции ингибции (тормозного контроля), нарушение избирательности внимания.

Несмотря на это, при наличии прямой инструкции (слушай, повторяй за мной) возможности организации слухоречевого внимания заметно улучшаются. Так, ребенок хорошо справляется со слухоречевыми пробами: удерживает ритмический рисунок, демонстрирует нормативные показатели слухоречевой кратковременной памяти. Интерферирующее влияние не сильное. Аналогичным образом прямая инструкция на выполнение зрительного перебора заметно улучшает возможности последовательного переключения внимания. Однако в свободной деятельности или при предъявлении заданий, не организующих напрямую процессы внимания, результаты заметно ухудшаются. Так, ребенок не справлялся с тестом «4-й лишний» (использовался субтест батареи Кауфманов), все время называя картинки, расположенные в одном и том же углу страницы, и не организуя последовательного зрительного анализа изображений. Однако просьбу назвать все, что нарисовано, ребенок выполнял.

Состояние двигательных функций, тактильной и кинестетической чувствительности

Отставание в развитии крупной моторики связано с трудностями зрительно-моторной координации, задержкой латерализации функций, недостаточностью функции равновесия, нарушением двучной деятельности. Тактильная (пальцевая) чувствительность без особенностей. Ребенок без ошибок справляется с пробой на пальцевой гнозис, опознает пальцы рук при одиночном и двойном прикосновении. Затруднения возникают только при необходимости соотнесения с изображением, что указывает в большей степени на нарушение формирования зрительно-пространственных представлений. Кинестетическая чувствительность нарушена: задания на запоминание и воспроизведение позы были недоступны. Мелкая моторика рук затруднена. При выполнении точных действий с маленькими предметами нарастает двигательное возбуждение. Глазодвигательная координация затруднена, наблюдается быстрая потеря фиксации при следящих движениях.

Состояние речи, речевого восприятия

Речь развернутая, хорошо артикулирована, но носит стереотипный характер, не модулирована по громкости, наблюдается обилие эхоталий. Часто первой реакцией на вопрос является повторение вопроса с сохранением интонации. Вместе с тем, за повторением может последовать ответ, адекватный ситуации, что свидетельствует о наличии ориентации на речь, понимании речи в объеме текущей ситуации, использовании речи в коммуникативных целях. Понимание более сложных речевых конструкций, выходящих за рамки контекста ситуации, затруднено.

Состояние зрительного восприятия

Узнавание предметных изображений сохранно, узнавание фрагментированных, зашумленных изображений резко снижено.

Заключение

Таким образом, по результатам обследования можно говорить о наличии неравномерной задержки психоречевого развития. Средний возраст развития основных психомоторных навыков соответствует 35 мес., наиболее развитыми являются функции пассивной и экспрессивной речи, наибольшее отставание в развитии наблюдается по шкалам крупная и мелкая моторика, зрительно-моторная имитация. Помимо этого, отмечается выраженное отклонение реакций по 4 шкалам: нарушения аффекта, сенсомоторной интеграции, социального и речевого поведения, что указывает на аутистический спектр расстройств. Характерными для ребенка также являются трудности организации, программирования и контроля деятельности, проявляющиеся, прежде всего, в нарушении тормозного контроля поведения и избирательности внимания, нарушения двигательной сферы и достаточно грубые нарушения анализа зрительной информации, затрагивающие, в первую очередь, узнавание зашумленных и фрагментированных изображений.

Анализ характера выполнения заданий позволяет сделать вывод о том, что фактором, который в наибольшей степени затрудняет возможности обучения, являются трудности организации зрительного внимания, сопряженные с обилием насильственных движений, распространяющихся, в том числе, на лицевую мускулатуру. В связи с этим необходимо проведение комплекса коррекционных мероприятий, направленных на развитие зрительного внимания и глазодвигательной координации, снижение нагрузки на зрительный анализатор при организации обучающих занятий.

Рекомендации:

1. Повторная консультация для разработки рекомендаций по занятиям дома.
2. Индивидуальные занятия и занятия в малых группах с коррекционным педагогом, логопедом, психологом.
3. Учет трудностей ребенка, связанных с организацией зрительного внимания, при организации коррекционных занятий и обучения.
4. Консультация генетика.
5. Наблюдение в динамике.

А.А. Северный: Таким образом, и при психологическом обследовании выявлено неравномерное отставание в психическом развитии, соответствующее приблизительно 35 мес., то есть тоже примерно 3-3,5 годам. Вероятно, теперь можно побеседовать с матерью ребенка.

Беседа с матерью ребенка

А.А. Северный: Как протекала беременность?

Мать: С первых же недель были боли в животе, токсикоз с тошнотой. С маленького срока беременности был повышен тонус матки.

А.А. Северный: С вашей точки зрения, девочка не такая, как все, по характеру и развитию?

Мать: До 2 лет росла совершенно обычной: нормально, несмотря на все неприятности при родах, развивалась, улыбалась, смотрела в глаза, радовалась своим, принимала и посторонних, только мужчин опасалась.

А.А. Северный: Когда стала ходить и увидела детей, как к ним относилась?

Мать: Она не компанейский ребенок: играла в песочнице рядом с детьми, но с ними не взаимодействовала.

А.А. Северный: Есть ли у девочки страхи?

Мать: Всегда боялась громких механических звуков. Сейчас боится только детского крика, в основном около детских учреждений, закрывает ладонями уши. Других непонятных страхов нет.

А.А. Северный: Как проходит у ребенка день?

Мать: До 12 часов дня ведет себя очень хорошо: спокойна, играет, меньше говорит. Во второй половине дня становится взбудораженной – капризничает, повторяет одно и то же, болтает безумолку, иногда ложится, жалуясь, что устала. Так же на нее действует и погода, когда не по сезону начинается жара или, наоборот, дождь, тогда становится плаксивой, ноет, жалуется на усталость, прикладывается.

А.А. Северный: Какие лекарства ей помогали?

Мать: Только кортексин и церебролизин, на этом лечении становится лучше интеллектуально. Все остальные либо вызывают аллергию, либо сонливость и слабость, а на респираторе стала резко прибавлять в весе.

А.А. Северный: Меняется ли отношение девочки к детям?

Мать: Сейчас уже старается общаться с детьми, сама предлагает познакомиться, немного получается и поиграть, но в основном играет одна, при этом сама с собой непрерывно говорит.

А.А. Северный: Содержательная речь?

Мать: В основном это повторение кусков рекламы, иногда соответствует сюжету игры.

А.А. Северный: Думаете ли Вы о детском саде?

Мать: Мы считаем, что пока рано. Она посещает группу в «Солнечном мире», в группе 8 человек, и она заметно изменилась за год посещения этой группы. Сама просит отвести ее туда, а детского сада боится.

А.А. Северный: Какой по характеру отец ребенка?

Мать: Не компанейский, но всегда среди людей и всегда при деле.

А.А. Северный: Пожалуйста, покажите выписку за последнее стационарирование в неврологическое отделение и заключение по МРТ. Как видно, в неврологическом статусе нет никакой локальной симптоматики, как и на МРТ.

В.В. Грачев: С чем Вы связываете ухудшение состояния ребенка в 2-летнем возрасте?

Мать: Не знаю. Может быть, из-за прививок?

В.В. Грачев: Какое настроение было у девочки в 2–2,5 года, когда произошло ухудшение?

Мать: Настроение менялось, но по большей части была мрачная, возбужденная, очень капризная. С 4 лет стала благодушной.

Н.К. Кириллина: Когда вы вышли на работу?

Мать: Когда девочке было 3 года. Она спокойно меня отпускает, если с ней остается бабушка.

В.В. Грачев: Как начиналось то, что мы здесь называем ухудшением состояния ребенка?

Мать: Постепенно: остановилось пополнение речи, стала судорожно открывать рот, сжимать руки, появились другие стереотипные движения, изменилось настроение.

В.В. Грачев: Предпочитает ли она один и тот же маршрут, одни и те мультфильмы?

Мать: Нет. Безразлично, какой маршрут, в каком порядке игрушки, вещи, что одевать.

И.Е. Аверина: Где она занимается?

Мать: К ней 3 раза в неделю приходит воспитательница детского сада, занимается и водит ее ненадолго в детский сад. Появился интерес к детям, только не любит музыкальных занятий – сразу закрывает уши руками.

А.А. Северный: Не боится ли фотографироваться, пылесоса, мясорубки.

Мать: Нет, это было, но прошло.

В.В. Грачев: Как на нее действует финлепсин?

Мать: Стала лучше засыпать и спокойнее спать ночью. Без него не засыпала, хотела спать и не могла, а ночью вставала и в темноте шла ко мне в постель. Даем 100 мг финлепсина на ночь, днем от половинки таблетки становится очень вялой, сонливой и капризной.

А.А. Северный: А теперь можно пригласить ребенка.

Психический статус ребенка во время консилиума

Стремительно вбегает в кабинет, но увидев большое количество взрослых, замедляет шаг. На лице постоянная улыбка. Нехотя садится рядом с ведущим, озирается, стесняясь, закрывает рот, а потом и глаза ладошками. При вопросах ведущего дурашливо хохочет, и вначале на все вопросы (о возрасте, имени, имени мамы и папы и т. д.) отвечает: «Не знаю». Потом все же отняла руки ото рта и рассказала, как зовут маму («но на самом деле ее зовут мама»). Не прекращая улыбаться, сказала, что «конечно» хочет пойти в детский сад, потому что «там ребятки балуются». Любимой игрушкой назвала куклу Катю, на остальные вопросы в основном, смеясь, отвечала «конечно». Отказалась читать стихи, даже когда ее попросила об этом мама. Бросилась к игрушкам, которые ей принесли из игровой комнаты, и тут же начала их стереотипно сортировать: «это овощи, это фрукты, это ягода» (на арбуз). Многократно это повторила. Иногда, видя игрушку, спрашивала: «это что это?». Продолжая сортировать овощи, вдруг громко и с выражением прочитала большое стихотворение про обезьян. На вопрос, что такое шпагат, невпопад ответила: «Это помидор» и переключилась на другие игрушки, что-то постоянно приговаривая.

Заключение лечащего врача (Н.М. Иовчук)

Психический статус в данном случае представляет собой сложную картину, включающую несколько рядов психических расстройств. На первый план выступают аффективные расстройства – затяжная благодушная гипомания с непостоянными элементами дурашливости, усиливающаяся во второй половине дня. Гипоманиакальные расстройства выступают в сочетании с негрубыми кататоническими симптомами, к которым можно отнести двигательные стереотипии (открывание рта, сжимание кистей, потряхивание руками), отдельные эхолалии, грамматическую речь, речевые и игровые штампы. Кроме того отмечаются остаточные страхи (в настоящее время только страх детского крика). Все эти расстройства выступают на фоне интровертированности и достаточно отчетливой избирательности контактов (нарушены контакты с детьми). Надо сразу же заметить, что, несмотря на кататонические симптомы, психический статус ребенка лишен манерности, вычурности, нелепости, как это мы видим при заболеваниях шизофренического спектра. Кроме того – и на это тоже надо обратить внимание – девочка сохранны эмоционально, о чем говорит и ее сегодняшняя реакция на присутствующих, и отношение к лечащему врачу, и дурашливо-сенситивная реакция на незнакомого взрослого, и ее ласковость и привязанность ко всем членам семьи, и, наконец, чисто субъективное ощущение от общения с забавным и милым ребенком.

Во-вторых, у девочки определенно отмечается задержка психического развития при почти зеркальной памяти, сохранении интереса к новому и обучаемости. Неравномерность задержки психического развития подтверждается заключениями психолога и дефектолога, по мнению которых развитие ребенка соответствует 3–3,5 годам при паспортном возрасте 5,5 лет.

Наконец, мы не можем игнорировать недоношенность и тяжелую родовую травму, результатом которых стали гемипарез, поражение глаз, утомляемость, ис-

тощаемость, метеозависимость. У девочки достаточно отчетливо выражен симптом Павлова – изменение настроения в связи с погодой. До сих пор одна конечность заметно сильнее других. Раннее органическое поражение ЦНС документально подтверждено множеством больничных вписок.

Несмотря на такое несчастное начало жизни, ребенок в моторном и речевом плане развивался, практически не отставая от сверстников, и психические нарушения стали заметны только в 2,5 года, когда приостановилось развитие речи, появились аффективные и кататонические расстройства. Сейчас они имеют тенденцию к редукции, кроме аффективных, которые, похоже, сменили полюс. Дополнительным признаком остаточных явлений органического поражения ЦНС является непереносимость или плохая переносимость психотропных препаратов.

Теперь главный вопрос: что это в плане диагностики? Все психические нарушения у ребенка можно расценить как результат органического поражения нервной системы или это все-таки эндогенное заболевание, начавшееся после 2 лет? Тогда почему нет грубого регресса, эмоционального дефекта, глубокого аутизма?

Я склоняюсь все же к второму варианту – видимо, девочка перенесла эндогенный психоз, но с высоким аффективным участием, что не дало того грубого дефекта, который получается при других видах шизофренических психозов.

Особенно важной является проблема лечения. Лечить надо, поскольку имеющиеся расстройства крайне затрудняют адаптацию, но лечить нечем, так как девочка не переносит большинства допустимых в этом возрасте психотропных препаратов. Я надеюсь, что сегодняшний консилиум поможет определиться и в этом отношении.

А.А. Северный: Спасибо. Какие вопросы есть по разбору? Не прослеживается ли здесь тревожное расстройство?

Н.М. Иовчук: Нет. Тревожность ей не свойственна, во всяком случае, в последние 1,5–2 года.

И.Е. Аверина: Поведение ребенка во время консилиума – это стеснительность?

Н.М. Иовчук: Это дурашливость. Конечно, при виде такого количества взрослых настроение ребенка изменилось, но в рамках возбуждения. Она, безусловно, реагировала на ситуацию, но как умела.

В.В. Грачев: Я видел кататонические расстройства у пациента с органическим поражением ЦНС. Такие случаи становятся все чаще. В состоянии девочки много аффективного, а для установления диагноза шизофрении не хватает дефицитарности.

Н.М. Иовчук: Мы многого из ее анамнеза не знаем. У маленьких детей начало психоза – аффективного, шизоаффективного, кататонно-регрессивного и других – связано с провоцирующим фактором, но здесь мы не смогли его выявить, так же как не смогли найти какой-то лекарственной провокации.

И.Е. Аверина: Интересно было бы посмотреть на нее в динамике.

Н.М. Иовчук: Мне давно хочется проводить повторные консилиумы – через несколько лет после первичной демонстрации. Мы это обязательно сделаем в недалеком будущем.

А.А. Северный: Если больше нет вопросов и замечаний, я позволю себе высказать свое мнение. Девочка ярко продемонстрировала маниакальный статус: носилась, все хватала, рот до ушей. Особенность ее реакции на ситуацию характерна для гипомании – манерно-дурашливое поведение с пуэрильным оттенком. Но это очень важно, что она реакцию продемонстрировала, – значит, нет эмоциональной тупости. Таким образом, мания плюс граммофонная речь, стереотипия, отстра-

ненная деятельность. Будем верить маме, что все это стирается в деятельности в игре. Это первый ряд симптомов – маниакально-кататонический. Другой ряд симптомов – отставание, причем и нейропсихолог, и дефектолог четко определяют возраст отставания и то, что это отставание диссоциированное. Но неравномерное отставание не характерно для детей с органическим поражением ЦНС. Третий ряд симптомов, как указала Нина Михайловна, – резидуально-органический, но я не вижу в статусе ребенка органических знаков – ни утомляемости, ни истощаемости, ни раздражительной слабости, ни гемипареза, ни гемиплегии; их не видно и в описании неврологического статуса – рефлексы равномерные, нет преобладающей локальности и в МРТ. Конечно, пострадала правая сторона, правая нога короче другой, зато сила в левых конечностях достаточная и даже более. Надо обратить внимание на то, что и у мамы левшество, возможно, приобретенное. Важен суточный ритм аффекта с вечерним возбуждением, что говорит скорее не об утомлении, а проявлении циркадности, когда маниакальные расстройства расцветают вечером. До 2,5 лет она была обычным ребенком, хотя и не совсем, если учесть аутистический радикал, присущий ей с раннего возраста. В 2,5 года начинается аффективный, вероятно, депрессивный или дистимический приступ с кататоническими включениями и приостановкой в развитии. Очевидно, этот приступ был не очень глубок, так как не привел к заметному регрессу. В последние 1,5 года дистимический аффект уступил место маниакальному, одновременно происходят постепенная редукция кататонической симптоматики и развитие ребенка, не лишенное, как мы заметили, очевидной диссоциированности. Вот здесь-то и становятся очевидными аутистические черты – отгороженность и симбиотическая зависимость от матери. Надо ли здесь говорить о шизофрении? Мы уже неоднократно подчеркивали, что здесь нет эмоциональной дефицитарности, а кататония может проявляться у ребенка при любых расстройствах. Сейчас кататонические расстройства у ребенка сохраняются за счет ее аутистической симптоматики. Это, по моему мнению, – биполярный аффективный психоз у резидуального органика с врожденными аутистическими чертами. У нас есть что лечить – аффективные нарушения и нарушение развития, то, к чему мы должны прикладывать и психотропную терапию, и коррекционные мероприятия. Надо попробовать скорректировать маниакальный аффект, который мешает концентрации ребенка. Вместо финлепсина, который недостаточно влияет на гипоманиакальный аффект, можно попробовать ламиктал или, если уже известно, что рисполепт вызывает в данном случае выраженные побочные явления, стоит применить сероквель в достаточной суточной дозировке. Что касается коррекционной терапии, то, мне кажется, она ее получает достаточно. Ей нужны специальные обучающие занятия в группе, нейропсихологические занятия, хороший педагог.

И.Е. Аверина: Ей нужны фронтальные занятия.

Н.К. Кириллина: Неплохо бы подключить игротерапию.

А.А. Северный: Да, но нельзя ребенка перегрузить, тем более что она очень далеко от Москвы живет.

И.Е. Аверина: С девочкой занимается неплохой воспитатель с педагогическим образованием. Я готова написать программу-рекомендации.

А.А. Северный: Вот это было бы хорошо! И психиатр должен постоянно наблюдать, подбирая терапию и прослеживая динамику. Всем спасибо!

**МЕМОРАНДУМ
V МЕЖДУНАРОДНОГО КОНГРЕССА
«МОЛОДОЕ ПОКОЛЕНИЕ XXI ВЕКА: АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ
СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ»**

24-27 сентября 2013 г. по инициативе Ассоциации детских психиатров и психологов на базе Российской медицинской академии последипломного образования Минздрава РФ в г. Москве состоялся V Международный конгресс «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья». В нем приняло участие более 700 представителей различных специальностей (психиатров, психотерапевтов, психологов, неврологов, педагогов, специалистов органов опеки, социальных педагогов и др.) из Российской Федерации, стран СНГ, Италии и Венгрии.

В ходе развернувшихся дискуссий выявлено, что состояние психического и социально-психологического здоровья подрастающего поколения по ряду показателей остается неудовлетворительным, неудовлетворительна и организационная ситуация деятельности и подготовки профессионалов, соприкасающихся с проблемой охраны психического здоровья детей и подростков. Установлен ряд общих для стран СНГ актуальных социально-психологических проблем в детско-подростковой среде: высокий уровень социального сиротства, рост болезней зависимости, сохранение высокой суицидальной опасности и агрессивности несовершеннолетних. Наряду с этим отмечены позитивные моменты, касающиеся прогрессивных форм оказания профессиональной высококвалифицированной помощи медиками, педагогами, психологами детям и подросткам с нарушениями адаптации, развития и поведения.

V Международный конгресс «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья» считает необходимым обратиться в органы законодательной и исполнительной власти, к общественным структурам со следующими предложениями по решению наиболее острых проблем, препятствующих созданию полноценной общегосударственной системы охраны психического здоровья подрастающего поколения:

I. Нормативно-правовая сфера.

1. Внесение изменений и дополнений в Закон о психиатрической помощи..., призванных максимально облегчить взаимодействие семьи и служб психического здоровья детей и подростков, снять существующие социально-психологические барьеры в населении, препятствующие обращению семьи к детскому психиатру, создать возможности для психопрофилактической работы в детских учреждениях.

2. Привлечение детских психиатров, психотерапевтов, психологов, педагогов, специалистов органов опеки, социальных педагогов, социологов к подготовке законопроектов и проектов подзаконных нормативно-правовых ведомственных (межведомственных) документов в части, касающейся проблем охраны психического здоровья и психосоциальной адаптации ребенка и семьи, их участие в экспертной оценке данных актов с точки зрения влияния на психическое здоровье и психосоциальную адаптацию ребенка и семьи.

3. Восстановление номенклатурной специальности детского психиатра (нарколога) с усовершенствованием системы профессионального образования и сертификации, отвечающей современным научно-организационным требованиям.

4. Разработка и нормативное обеспечение механизма профессиональной экспертизы и сертификации развивающей и игровой, в том числе компьютерной, продукции для детей и подростков, с тем чтобы предотвратить ее негативное воздействие на психологическое развитие и психическое здоровье.

5. Нормативное обеспечение привлечения профессионалов в области детско-подростковой наркологии и аддиктивных расстройств в разработку, научно-методическую оценку и сертификацию методов массовой диагностической (в том числе психодиагностической) и профилактической антинаркотической деятельности государственных ведомств и организаций – с целью предотвращения нарушения прав ребенка и семьи, неоправданного и неэффективного расходования государственных средств.

6. Усовершенствование нормативно-правовой базы и научно-методического обеспечения системы подготовки кадров, деятельности психолого-медико-педагогических комиссий для внедряемой системы интеграции в естественный социум (инклюзии) детей с особыми нуждами. Целесообразно начать введение инклюзивного образования с дошкольного периода. Необходимо формирование позитивного общественного отношения к инклюзивному обучению, в первую очередь, с вовлечением средств массовой информации.

II. Организационно-методическая сфера.

7. Проведение постоянных мониторингов и популяционных исследований состояния социально-психологического здоровья детей и молодежи.

8. Поддержка и развитие региональных инициатив по созданию самостоятельных служб психического здоровья детей и подростков, разработав, в том числе, научно-методические и нормативные основы деятельности таких служб.

9. Создание мультидисциплинарных межведомственных кризисных центров на муниципальном и региональном уровнях для оказания экстренной психолого-социальной и психотерапевтической помощи детям, оказавшимся условиях экстремального воздействия психотравмирующих факторов, в ситуациях риска по ауто- и гетероагрессии.

10. Распространение моделей психологической и психотерапевтической помощи в учреждениях здравоохранения на всех этапах развития и социализации ребенка (в женских консультациях и родильных учреждениях, в педиатрических службах и т. п.) – с их научно-методическим обеспечением и системой подготовки соответствующих кадров.

11. Прекращение повсеместно распространившейся практики проведения без медицинских показаний «регулируемых» и форсируемых родов, сопровождаемых несомненным риском повреждения центральной нервной системы плода.

12. Создание организационных условий и методического обеспечения полноценной профессиональной реализации, профессиональной защищенности и профессионального контроля, в том числе системы сертифицирования, для специалистов, работающих в учреждениях непрофильной ведомственной подчиненности (психологов и педагогов в учреждениях здравоохранения, психиатров и психотерапевтов в образовательной системе и т. п.).

13. Создание научно-методических и организационных предпосылок для развития важнейших направлений – микропсихиатрии, психосоматики, перинатальной психологии и психотерапии. При этом самым актуальным в данном вопросе следует признать подготовку специалистов.

14. Создание условий для подготовки узкопрофильных специалистов службы психического здоровья детей и подростков, в том числе по психиатрии раннего возраста («микропсихиатров»), детско-подростковой психосоматике, психотера-

пии, болезней зависимости, медицинской психологии др.

15. Создание эффективной системы ускоренного внедрения в практику детской психиатрии достижений психофармакологии, с тем чтобы в терапии детей и подростков могли использоваться современные действенные и безопасные психотропные средства вместо морально устаревших, с высоким риском осложнений препаратов.

III. Сфера политики и общественной деятельности.

16. Осуществление государственной поддержки специальных изданий, мероприятий, в том числе тематических конгрессов и конференций на федеральном уровне, осуществляющих трансляцию опыта эффективного межпрофессионального и межведомственного взаимодействия в сфере охраны психического здоровья детей и подростков, поддержания психосоциальной адаптации семьи.

17. Развитие межрегионального и международного сотрудничества в области охраны социально-психологического здоровья подрастающего поколения, в том числе сотрудничества профессиональных сообществ, через организацию кросс-культуральных исследований наиболее острых проблем нарушений развития, поведения, психосоциальной адаптации, а также этнокультуральной ксенофобии и толерантности детей и их семей.

Для решения этих сложных проблем требуется концептуально целостный, не скованный узковедомственными интересами, опирающийся на национальные особенности и мировой опыт научно-методический подход, для реализации которого необходима специальная структура федерального уровня. Такого рода структурой должен стать **ФЕДЕРАЛЬНЫЙ НАУЧНЫЙ И ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ ДЕТСТВА**, подобных которому в отечественной науке и практике не существует. **МИССИЯ ЦЕНТРА** может быть определена как реализация системного научного подхода в создании организационно-методических предпосылок для вовлечения российского общества в решение проблем защиты прав, социального и душевного здоровья ребенка и семьи, в создание условий для их позитивной социализации.

На Конгрессе принято решение о проведении VI Международного конгресса «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья» в 2017 г.

Конгресс выражает уверенность в том, что как органы законодательной власти, так и ведомственные структуры на различных уровнях – от федерального до муниципального, а также общественные организации в пределах своей компетенции способны взять на себя ответственность за решение указанных неотложных проблем в деле сохранения психического здоровья подрастающего поколения.

ЮБИЛЕЙ

ЭДМОНД ГЕОРГИЕВИЧ ЭЙДЕМИЛЛЕР



26 ноября 2013 г. исполняется 70 лет профессору Эдмонду Георгиевичу Эйдемиллеру – заведующему кафедрой детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова», одному из основоположников семейной психотерапии в нашей стране. Его совместные с В. Юстицким монографии «Семейная психотерапия» (1990 г.) и «Психология и психотерапия семьи» (1999 г.) заслуженно считаются классическими произведениями отечественной научной литературы.

Э.Г. Эйдемиллер начал свой большой путь в медицине в 1961 г., поступив в Ленинградский педиатрический медицинский институт. Затем он перевелся в 1-й Ленинградский медицинский институт им. И.П. Павлова, который закончил в 1967 г. и в котором обучался в интернатуре по психи-

атрии на базе Республиканской психиатрической больницы Марийской АССР в Йошкар-Оле, после чего занимал должности эпилептолога, участкового психиатра в Республиканском ПНД Марийской АССР. Вернувшись в Ленинград, Э.Г. Эйдемиллер работает цеховым психиатром в лечебно-трудовых мастерских ПНД Ждановского района. С 1970 по 1975 гг. под руководством профессора А.Е. Личко он обучался в клинической ординатуре и аспирантуре в Ленинградском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева, по окончании которой работал младшим научным сотрудником в отделении подростковой психиатрии. Здесь окончательно сложилось его научное мировоззрение.

В 1976 г. Э.Г. Эйдемиллер защитил кандидатскую диссертацию на тему «Роль внутрисемейных отношений в развитии психопатий и психопатоподобных расстройств в подростковом возрасте». С 1982 г. работал в Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования в должностях ассистента, доцента, профессора. В 1986 г. по заданию Минздрава СССР Э.Г. Эйдемиллер разработал первую унифицированную программу обучения специалистов детско-подростковой психотерапии. В 1990 г. он основал и возглавил курс детско-подростковой психотерапии. Результатом продолжения научных исследований Эйдемиллера явилась защита в 1994 г. докторской диссертации «Возрастные аспекты групповой и семейной психотерапии при пограничных нервно-психических расстройствах». В 2002 г. после создания кафедры детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии профессор Э.Г. Эйдемиллер стал ее заведующим. С октября 2011 года кафедра детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии функционирует как подразделение Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова.

Круг научных интересов профессора Э.Г. Эйдемиллера широк: индивидуальная аналитическая психотерапия, групповая аналитическая психотерапия (аналитическая психодрама), аналитико-системная семейная психотерапия. Совместно с ассистентом кафедры Н.В. Александровой им разработаны модели краткосрочной аналитической психодрамы и аналитико-системной семейной психотерапии. Он автор более 180 научных работ, 8 из которых – монографии, соавтор 6 методов психологической диагностики, среди которых известный опросник «Анализ семейных взаимоотношений» (АСВ). Под руководством Э.Г. Эйдемиллера защищены 14 кандидатских и 1 докторская диссертации. Он основатель и член Координационного Совета Санкт-Петербургской Гильдии тренинга и психотерапии, член Координационного Совета Российской психотерапевтической ассоциации (РПА), председатель Санкт-Петербургского филиала Ассоциации детских психиатров и психологов, заместитель главного редактора журнала «Вопросы психического здоровья детей и подростков».

Хочется пожелать ему в день юбилея здоровья и дальнейших творческих успехов!

НЕКРОЛОГИ

НИНА КОНСТАНТИНОВНА СУХОТИНА



15 июня 2013 г. скоропостижно скончалась Нина Константиновна Сухотина – известный психиатр, доктор медицинских наук, руководитель отдела клинко-психологических проблем нарушений психического развития Московского НИИ психиатрии МЗ РФ, .

В 1972 г. Нина Константиновна окончила 2-й Московский государственный медицинский институт им. Н.И. Пирогова. Начав интересоваться психиатрией еще в студенческом кружке, она закончила клиническую ординатуру в Московском НИИ психиатрии МЗ РФ и связала всю дальнейшую жизнь с этим институтом. Работала в должности младшего, затем старшего научного сотрудника в отделах экзогенно-органических психозов, иммунологии, психической патологии детского и подросткового возраста. С 1999 г. – руководитель отдела клинко-психологических проблем нарушений

психического развития. В 1981 г. защитила кандидатскую, а в 2002 г. докторскую диссертацию на тему «Нервно-психическое здоровье детей, проживающих в регионах с различным уровнем антропогенного загрязнения», являясь признанным авторитетом в этой области знаний.

В дальнейшем в круг исследований руководимого ею отдела входили изучение клинических и структурно-динамических особенностей психических расстройств непсихотического уровня (нарушений аутистического спектра, гиперкинетических и других пограничных психических расстройств невротического и патохарактерологического уровня), разработка профилактических и лечебно-реабилитационных мероприятий для детей с признаками социально-психологической дизадаптации на различных этапах формирования психических и поведенческих расстройств включая донозологические формы данной патологии. Крайне важной в практическом плане была разработка психолого-психиатрического сопровождения воспитанников интернатов для умственно отсталых детей. Особое внимание уделялось сравнительному изучению эффективности лечения детей и подростков с различными формами пограничных психических расстройств препаратами нейрометаболического и психотропного действия, разработке и внедрению в практику скрининговых методик диагностики и оценочных шкал для изучения различных психических расстройств у детей. По результатам исследований Н.К. Сухотиной было опубликовано свыше 100 работ включая столь необходимые для практических врачей методические рекомендации, пособия, руководства по проблемам детской психиатрии. Являлась руководителем и консультантом ряда кандидатских и докторских диссертаций.

Н.К. Сухотина много времени уделяла педагогической работе, обучая молодых специалистов, делясь с ними своим значительным научным и практическим опытом. Постоянно оказывала помощь практическому здравоохранению и образованию, проводя консультации и участвуя в реабилитации различных категорий детей, как в Москве, так и в других регионах России, чтении лекций, проведении семинаров и циклов повышения квалификации врачей, медицинских психологов и специалистов смежных областей. Постоянно участвовала в подготовке и проведении съездов, конгрессов, конференций и симпозиумов, выступая на них и в качестве докладчика, много лет была членом редколлегии журнала «Вопросы психи-

ческого здоровья детей и подростков».

Н.К. Сухотина была высококвалифицированным клиницистом с широким научным кругозором, владеющим современными методами диагностики, лечения и реабилитации детей и подростков с психическими расстройствами. В 2013 г. она была награждена почетной грамотой МЗ РФ за заслуги в области здравоохранения и многолетний добросовестный труд.

Нина Константиновна Сухотина всегда отличалась скромностью, добротой, дружелюбием, внимательным отношением к людям, умела твердо отстаивать свою позицию, создавала доброжелательную, благоприятную для продуктивной работы обстановку в отделе, навсегда оставила о себе светлую память в сердцах большого количества людей, в том числе коллег и пациентов. Все, кому довелось знать ее, будут всегда вспоминать о ней с большой теплотой и уважением.

ВИЛЕНИН ИСАКОВИЧ ГАРБУЗОВ (1930-2013)



В 1968 г. при поликлинике № 26 Выборгского района Ленинграда открылось отделение по лечению неврозов у детей, единственное в своем роде во всей стране, которое возглавил кандидат медицинских наук, врач высшей категории Виленин Исакович Гарбузов. Он заведовал отделением по 1990 г., работая рядом с известными в России и за рубежом специалистами в области детской психиатрии и психотерапии: А.И. Захаровым, А.Ц. Гольбиным, В.Е. Каганом, А.Ю. Панасюком и др. В 1989 г. отделение неврозов вошло в виде консультативного подразделения в состав Объединения «Детская психиатрия», а с 1990 г. стало 2-м консультативным отделением по лечению неврозов и речевой патологии у детей и подростков ЦВЛ «Детская психиатрия».

Являясь одним из самых талантливых учеников основателя ленинградской школы детских психиатров Самуила Семеновича Мнухина, В.И. Гарбузов был ведущим специалистом в области детской психотерапии по проблемам невроза навязчивых состояний у детей и подростков (основной автор уникальной монографии «Неврозы у детей и их лечение», вышедшей в 1977 г..

В течение почти 20 лет В.И. Гарбузов преподавал, работая профессором кафедры основ психотерапии Государственной классической академии им. Маймонида (СПб филиал). Блестящий лектор и педагог. Автор более 15 монографий по психотерапии, психосоматическим нарушениям и воспитанию детей. На основе работ великих ученых К. Юнга, З. Фрейда разработал оригинальную концепцию инстинктов (монография «Концепция инстинктов и психосоматическая патология» - 1999 г.).

В 2001 г. В.И. Гарбузов написал монографию «Неврозы и психотерапия», в которой подвел итоги своей работы в области неврозов у детей и взрослых в течение 40 лет, оригинально изложив патогенез, основы диагностики и методы психотерапии неврозов, ссылаясь, в основном, на работы В.Н. Мясищева и З. Фрейда (по концепции неврозов как фиксированных установок, вызванных социальной дизадаптацией и психологической защитой).

Последней работой Виленина Исаковича стала книга «Неврозы у детей», написанная совместно с его учеником Ю.А. Фесенко. Книга вышла накануне ухода профессора из жизни. О ее выходе он знал, но увидеть не успел...

Спасибо Вам за все, дорогой Виленин Исакович. Вечная Вам память!

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ПЕЧАТНЫХ РАБОТ,

присылаемых для публикации в журнале «Вопросы психического здоровья детей и подростков (Научно-практический журнал психиатрии, психологии, психотерапии и смежных дисциплин)»

1. Содержание работы должно соответствовать тематике журнала и его рубрикам. Журнал не публикует планы и проекты.
2. Статья набирается шрифтом Times New Roman, кегль 14, интервал 1,5 строки, поля 2 см сверху, снизу, слева, 1,5 см справа.
3. Графики, рисунки, диаграммы изображаются в черно-белом формате.
4. Объем работы: авторские статьи, лекции – до 14 стр., краткие сообщения – до 7 стр.; архивные материалы, обзоры литературы, методические материалы могут превышать 14 стр. (в этом случае они публикуются с разбивкой на несколько выпусков).
5. В начале каждого материала указываются авторы с полными инициалами, название работы, представляемые организации.
6. Полному тексту предшествуют резюме (1 абзац до 10 строк) и ключевые слова.
7. В конце статьи (после списка литературы) излагаются **на английском языке** авторы с полными инициалами, название работы, представляемые организации, резюме (1 абзац до 10 строк) и ключевые слова.
8. Все упоминаемые в статье авторы должны отражаться в пристатейном списке литературы.
9. Список литературы оформляется соответственно требованиям Государственного стандарта (см. «Вопросы психического здоровья детей и подростков», 2011 (11), № 2, с. 141).
10. Статьи, оформленные не в соответствии с указанными правилами, возвращаются авторам без рассмотрения.
11. Плата за публикацию статей с авторов не взимается.
12. Статьи, поступившие для публикации рецензируются.
13. Замечания рецензентов направляются автору без указания имен рецензентов. Решение о публикации (или отклонении) статьи принимается редколлегией после получения рецензий и ответов автора.
14. При рецензировании строго соблюдается право автора на неразглашение до публикации содержащихся в статье сведений.
15. Редколлегия оставляет за собой право сокращать и исправлять статьи.

Подписано в печать 13.11.2013 г.
Формат 69/90 1/16. Бумага офсетная № 2.
Печать цифровая. Тираж 1000 экз.
Заказ №

Отпечатано в типографии «OneBook»
ООО «Сам Полиграфист»
129090, г. Москва, Протопоповский пер., д. 6.
www.onebook.ru