

АССОЦИАЦИЯ ДЕТСКИХ ПСИХИАТРОВ И ПСИХОЛОГОВ

**ВОПРОСЫ
ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ
ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

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

2014 (14), № 1

Москва. 2014

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. Игунов, 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)**

Свидетельство о регистрации ПИ № 77-17348 от 12.02.04 г.

**ISBN 5-94668-004-7
ISSN 2305-9133**

© Ассоциация детских психиатров и психологов. 2014

Перепечатка запрещена. При цитировании ссылка обязательна.

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

СОДЕРЖАНИЕ

ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ, СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА И СМЕЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ

Ю.А. Фесенко, Л.П. Чурилов, Ю.И. Строев СТРЕСС И ЕГО РОЛЬ В ПАТОФИЗИОЛОГИИ НЕВРОЗОВ.....	5
Е.В. Свистунова, О.Б. Лизунков ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О БУДУЩЕМ ПОДРОСТКОВ ИЗ СОЦИАЛЬНО ДИЗАДАПТИРОВАННЫХ СЕМЕЙ.....	14
Т.В. Докукина, Н.К. Григорьева, Т.Н. Алыко, Н.А. Сергеева ИСТОРИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ.....	23
ДЕТСКОГО АУТИЗМА В.С. Собкин, К.Н. Скобельцина СОЦИОЛОГИЯ ДЕТСКОЙ ИГРЫ.....	29

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

Л. Эммануэль (Louise Emanuel) ПРИМЕНЕНИЕ НАВЫКОВ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА МЛАДЕНЦАМИ В РАБОТЕ С ДЕТЬМИ ДО ПЯТИ ЛЕТ.....	39
Е.О. Смирнова ИГРА В СОВРЕМЕННОМ ДОШКОЛЬНОМ ОБРАЗОВАНИИ.....	51
М.Ю. Городнова СЕМЕЙНЫЙ КЛУБ КАК ФОРМА РЕАБИЛИТАЦИИ «НАРКОЗАВИСИМЫХ» СЕМЕЙ С ДЕТЬМИ.....	57

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

Д.Ю. Шигашов ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ И МИШЕНИ В ПСИХОТЕРАПИИ С ПОСТРАДАВШИМИ ОТ СЕКСУАЛЬНОГО НАСИЛИЯ.....	65
И.Н. Власенкова, Н.В. Зверева ВЕРБАЛЬНЫЕ АССОЦИАЦИИ НА ОБОНЯТЕЛЬНОЙ ОСНОВЕ У ДЕТЕЙ 8-11 ЛЕТ В НОРМЕ И ПРИ ШИЗОФРЕНИИ.....	68

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ, ЛЕКЦИИ, МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

Ю.Б. Барыльник, Т.П. Грищенко, Строкова Е.В. МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ШКОЛЬНОЙ ДИЗАДАПТАЦИИ. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ ШКОЛЬНОЙ НЕУСПЕШНОСТИ.....	72
С.В. Гречаный, А.Ю. Егоров РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ И ИХ ЛЕЧЕНИЕ (КРАТКИЙ ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	83
А.Н. Булатников ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ КАК ПРОФИЛАКТИКА ФОРМИРОВАНИЯ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ.....	92
О.П. Шмакова ПАТОЛОГИЯ НЕЙРОРАЗВИТИЯ И ЭНДОГЕННЫЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	99

Т.А. Емельянцева, С.А. Игумнов	
НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ: АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.....	107
В.И. Шебанова	
МОДИФИЦИРОВАННЫЙ ВАРИАНТ АССОЦИАТИВНОГО ТЕСТА ИНВЕРСИИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ОТРАЖЕНИЯ.....	119
МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ КОНСИЛИУМ	127
ОФИЦИАЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, РЕЦЕНЗИИ, ИНФОРМАЦИЯ	
ОТЧЕТ О XII ЕЖЕГОДНОЙ НАУЧНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «МНУХИНСКИЕ ЧТЕНИЯ».....	139
<u>НЕКРОЛОГ</u>	
ИРИНА АЛЕКСАНДРОВНА КОЗЛОВА.....	142
ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ПЕЧАТНЫХ РАБОТ	144

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

Ю.А. Фесенко*, Л.П. Чурилов**, Ю.И. Строев**

СТРЕСС И ЕГО РОЛЬ В ПАТОФИЗИОЛОГИИ НЕВРОЗОВ

СПб ГКУЗ «ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина»*, Санкт-Петербургский государственный университет** (Санкт-Петербург).

Резюме. В статье рассмотрено влияние стресса на поведение и поведенческие нарушения при болезнях первично нарушенной адаптации. Кратко описаны эндокринные механизмы психоневрологических расстройств, связанных со стрессом как системным нейроэндокринным процессом. Развивается оригинальная концепция неврозов как преднозологических дистресс-обусловленных паттернов поведения. Впервые приводится авторский взгляд на развитие неврозов, основанный на принципах стрессологии.

Ключевые слова: стресс, высокая адаптивность, общий адаптационный синдром, соматоформные вегетативные расстройства, неврозы.

При невротических состояниях отмечается нарушение регуляторных систем, участвующих в осуществлении стресса. Для обсуждения роли стресса при неврозах необходимо осветить само понятие стресса в его патофизиологическом понимании. Стресс – неспецифический нейроэндокринный компонент любого ответа организма на угрожающий гомеостазу реально или потенциально раздражитель. В данной статье речь пойдет о наиболее неспецифическом общем мобилизационном ответе организма как целого на любой раздражитель, который угрожает гомеостазу реально, потенциально или даже просто является неожиданным. Имеется в виду неспецифический компонент ответа целостного организма на любое предъявленное ему требование [1]. Этот компонент называется *стрессом* и реализуется при участии нейроэндокринной системы.

В вопросе о том, что такое стресс, как указывали Н. Selye и R. Rowlings [2, 3], часто допускают две крайности. Первая – трактовка стресса как ответа исключительно на неприятности – восходит к бытовому пониманию английского «stress» – напряжение, нажим, ударение. Мобилизация нейроэндокринных стереотипов происходит, однако, и при действии таких раздражителей интенсивного характера, которые никак нельзя назвать неприятными, например, при половом акте или в сауне. Даже «неожиданный огромный успех, ведущий к ломке всего жизненного уклада», может вызвать сильнейший стресс [1]. Следовательно, стресс – не синоним нервного напряжения и не всегда вызван повреждением. Иная крайность сформулирована в ранних работах Г. Селье [4] как принцип: «Всё есть стресс». Как компонент ответа мобилизация стрессорного стереотипа входит в состав сложного ансамбля реакций, возбуждаемых самыми разными воздействиями. Ведь это «...синдром ответа на повреждение как таковое». Но это не отменяет того факта, что сами ответы на такие разные раздражители, как поцелуй и подзатыльник, содержат и такие компоненты, которые сильно различаются.

Стресс вызывается *стрессорами*. Под стрессорами понимают, прежде всего, раздражители, реально угрожающие гомеостазу, – боль, гипоксию, голод, антигенную агрессию и необъятное множество других чрезвычайных факторов. Как отмечал Г. Селье [4], «...мы не видели вредных стимулов, которые не могли бы вызвать наш синдром».

Другая группа стрессоров – потенциально опасные раздражители. Если вы увидели в метре от себя змею, – этого достаточно для срабатывания стрессорных стереотипов. Стресс начинается до причинения реального повреждения, если на основе опыта, в частности, условных рефлексов, организм предполагает существование опасности.

Наконец, стрессор может, в действительности, не быть опасным. Достаточно его неожиданного характера. Если ваш приятель из лучших побуждений незаметно подкрался сзади, закрыл вам глаза ладонями и крикнул в ухо, то стрессорные изменения в вашем организме будут весьма выражены, даже несмотря на то что он не имел никаких вредоносных намерений. Стрессогенно то, что вызывает потребность в новой адаптации, включении новой приспособительной программы, отказе от старой. Стрессогенна смена стереотипа. Природа дала эндокринно-метаболический стереотип стресса, чтобы повысить живучесть организма на период, пока не будет заменен более непригодный, старый стереотип, регулирующий поведение. По Г. Селье, «...не имеет значения, приятна или неприятна ситуация, с которой мы столкнулись. Имеет значение лишь интенсивность потребности в перестройке или адаптации». По Г. Селье [1]: «Стресс – это аромат и вкус жизни, и избежать его может лишь тот, кто ничего не делает. ... Мы не должны, да и не в состоянии избегать стресса. Полная свобода от стресса означала бы смерть».

Стрессор может отсутствовать, как реальный объект. Для стресса достаточно имиджа стрессора – то есть воспоминания или сигнала о нем. Последствия действия стрессора могут сказываться еще очень долго уже после того, как он прекратил действовать на организм реально. У человека в особенности большую роль играют коммуникативные стрессоры, связанные с деятельностью второй сигнальной системы («сила слова»). «Стресс, вызванный необходимостью уживаться друг с другом – главная причина недомогания» [1]. G.E. Vaillant [5], исследуя студентов Гарварда, показал, что индивиды с психическими отклонениями, выражающимися в избыточной тревожности, проявляют в анамнезе почти в 10 раз большую заболеваемость соматическими недугами.

Пытаясь очертить рамки стресса, различные исследователи сталкивались с трудностями объективного характера – столь неспецифическое воздействие вызывает такую метаболическую перестройку, которая затрагивает все аспекты обмена веществ. Если, хотя бы в чисто дидактических целях, очертить круг обязательных участников стресса, то мы приходим к заключению, что имеются такие звенья, без мобилизации которых стресс в целом состояться не может. Это гипоталамус, гипофиз, надпочечники и вегетативная нервная система. Например, гипофизэктомия лишает животных способности к стрессу, в отличие от удаления щитовидной железы. Из этого следует, что роли, которые играют разные звенья нейроэндокринной системы в стрессе, глубоко неравноценны. Итак, стресс можно определить как неспецифический компонент ответа целостного организма на любой раздражитель, осуществляемый при участии нейроэндокринной системы.

Заболевания, вероятность возникновения и тяжесть протекания которых увеличиваются под влиянием стресса, Г. Селье назвал «болезнями адаптации», а в поздних работах – «болезнями цивилизации», имея в виду, что изменения экологии человека в больших городах индустриального общества увеличивают силу и продолжительность стрессов, делая существование все менее монотонным и внося известное рассогласование между филогенетически сложившимися адаптивными стереотипами и новыми адаптивными вызовами техносоциальной среды. В отечественной литературе более популярна формулировка «болезни нарушенной или перенапряженной адаптации». Некоторые специалисты утверждают, что до 90%

всех заболеваний «стресс-зависимые», т. е. стрессом вызваны или стрессом усугубляются. Анализ перечня этих болезней, как он представлен по данным самого Г. Селье и его последователей, убеждает в том, что, по преимуществу, все это расстройства тех инсулинозависимых органов и тканей, которые во время стресса оказываются в метаболическом проигрыше. Стресс, особенно, хронический и неудачный, является важным фактором риска язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, иммунодефицитов и их последствий, включая инфекции, паразитарные и онкологические заболевания, ожирения, остеохондроза, артрозов и артритов, периодонтита, сахарного диабета (в отношении его выявления, а не первопричин). Стресс способствует импотенции, бесплодию, гипогалактии. Через кортиколибериновые рецепторы стресс активизирует подвижность кишечника и участвует в развитии «синдрома раздраженной толстой кишки». Существуют наблюдения, документирующие возможность стрессогенной задержки роста и физического развития у детей в крайне неблагоприятной психической обстановке сиrotских приютов Германии. Именно нарушение продукции соматотропина при тяжелых стрессах лежит в основе «церебрального» нанизма, то есть гипоталамической формы низкорослости. Наконец, к болезням нарушенной адаптации могут быть по праву отнесены все нарушения, связанные с попытками психофизиологической компенсации недостаточных функций стресс-лимитирующих систем. Если опиоидергические или эндогенные каннабиноидные системы по социальным, медицинским или генетическим причинам не могут работать эффективно, индивид ищет искусственных источников «эндорфинизации».

Современные авторы [6] делят всю совокупность болезней нарушенной адаптации на две категории: болезни первично недостаточной и болезни перенапряженной (первично достаточной) адаптации.

К первым относятся все формы патологии, при которых стресс не сопровождается развитием общего адаптационного синдрома в силу недостаточности механизмов первой или второй фазы этого процесса. Это возможно при гипопитуитаризме. Еще более обширную группу подобных болезней представляют последствия гипоталамопатий, приводящие к ситуации «нестартовавшего» стресса. Здесь надо отметить вазопрессинопенические состояния, включая не только несахарный диабет, но и состояние человека, резко бросившего курить (никотиновую абстиненцию). Типичными примерами заболеваний с первично недостаточной адаптацией и дефектом стартовых механизмов стресса служат, по нашему мнению, синдром хронической усталости (СХУ) и близкий к нему эозинофильный фасциомиальгический энцефаломиелит.

Другая группа болезней цивилизации – это болезни истощенной (то есть, первично достаточной) адаптации. Широко известный современный греческий эндокринолог Крусос с соавт. [7] относят к ним те состояния, которые развиваются в организме после длительных или повторных стрессов с продленной фазой резистентности и приобретенным гиперкортицизмом. В конце концов хроническое действие мощных стрессоров вызывает срыв адаптации и кушингоидный или псевдокушингоидный статус с обязательными тревожно-меланхолическими расстройствами настроения, эгоцентрическим поведением.

Подростковый период – критически-сенситивный в онтогенезе системы нейроэндокринной регуляции человека. Хотя классическая эмбриология применяет данный термин только к пренатальному развитию [8], мы убеждены, что для характеристики эндокринной системы, не заканчивающей свой гистогенез к моменту рождения и активно перестраиваемой в пубертате, именно такое определение – критически-сенситивный, впервые введенное в нашей монографии «Эндокрино-

логия подростков», и подходит [9]. Данный период характеризуется необычайно высокой интенсивностью и продолжительностью стрессов, связанных с социализацией подростков, биологическая зрелость которых опережает социальную. Недаром классики подростковой медицины именовали подростков «угнетенной кастой человечества» [10]. По шкале жизнеизменяющих единиц Рахе и Флостада многие события этого периода (переезд в другой город, смена рода деятельности и др.) относятся к числу наиболее стрессогенных. Не удивительно, что невротическое поведение нередко наблюдается у подростков, прежде всего у тех, чьи стрессорные биорегуляторные механизмы имеют наследственные или приобретенные дефекты, ограничивающие саногенный и увеличивающие патогенный потенциал стресса. К такой группе риска принадлежат, по нашим данным, подростки с не-синдромальной дисплазией соединительной ткани марфаноидного фенотипа (повышенная гибкость суставов, кожные стрии, малые деформации и аномалии скелета, относительно короткие конечности и др.) в силу того, что их соединительная ткань имеет генетически обусловленные особенности, делающие ее особенно неустойчивой к стрессорной пластико-энергетической депривации, что закономерно сказывается на самооценке и психологическом статусе. Проблема подростковых неврозов как оборотная сторона ювенильных болезней перенапряженной адаптации тесно связана с возрастающей пораженностью лиц этой возрастной группы не только гипоталамическим синдромом пубертатного периода, но также наркоманией и токсикоманией [11].

Психологически подростки с ювенильным диспитуитаризмом отличаются замкнутостью, забывчивостью, плохой успеваемостью. Часты – вспыльчивость, грубость из-за колких выпадов досужих окружающих, различных обидных прозвищ, обусловленных их избыточным весом. Нередки плаксивость, депрессивные состояния и даже суициды. Наблюдаются акроцианоз и «ледяные» на ощупь кисти. Гипергидроз кистей может быть настолько выраженным, что подростки стесняются здороваться. Характерно, что в ряде случаев гиперпролактинемия при этом и подобных синдромах, не исключая и ее психические проявления, купируется тироксинотерапией, поскольку именно тиролиберин служит одновременно и главным пролактолибериновым стимулятором в гипоталамусе. Безусловно, кроме гиперпролактинемии на поведении лиц с юношеским диспитуитаризмом сказываются и присущие им гиперинсулинемия (особенно в вечерние часы), гиперкортицизм и гиперальдостеронизм [12].

Учение о неврозах всегда, особенно после развития психодинамической теории, искало корни невротизации в раннем онтогенезе. Поэтому, обсуждая соотношение *стресса* и *неврозов*, нельзя не уделить внимания вопросу о стрессе в раннем онтогенезе. Поскольку стресс – это экстренная адаптационная программа, включаемая как универсальный ответ, обеспечивающий неотложные приспособительные нужды на период поиска и становления специфических для той или иной ситуации программ, способность к осуществлению этого типового процесса возникает очень рано, скорее всего, в начале фетогенеза. Стресс рассматривается как посредник между средой и ресурсами генетического аппарата организма, средство мобилизации резервов генетической изменчивости [13]. В связи с этим точка зрения, по которой способность к стрессу формируется поздно и отсутствует при рождении [14], в настоящее время оставлена и представляет лишь исторический интерес. Надпочечники у плода 4 месяцев уже имеют массу, сопоставимую с массой почек и, безусловно, переживают период своего расцвета, связанного с очень специфической стадией их гистогенеза. Кортикостероиды обнаруживаются в коре надпочечников человека с 8-9-й недели эмбрионального развития. Вплоть до позднего фетогенеза преобладаю-

щим глюкокортикоидным гормоном плода служит кортизол, однако к моменту родов доля кортикостерона нарастает почти до 50%.

Этапным событием в онтогенезе человека являются роды. Родам сопутствует уникальный по силе и по своему адаптивному значению родовой стресс. Отношение к родовому стрессу в акушерстве и неонатологии, как и в психоневрологии, значительно менялось по мере углубления представлений о его механизмах и последствиях. Еще до появления учения о стрессе практика повивальных бабок однозначно свидетельствовала о том, что стресс в родах бывает необходимым для ранней адаптации новорожденного. При отсутствии первого вдоха ими по отношению к ребенку применялись достаточно серьезные стрессирующие процедуры типа энергичных шлепков и даже попеременного погружения в горячую и холодную воду. Вместе с тем, здравый смысл непрофессионалов, живущий в каждом враче, а тем более в пациенте, склонял к мнению о вредности сильного стресса для «неокрепшего организма». В этом вопросе, как и во многих других, в период начала научно-технической революции XX века у специалистов появилась оптимистическая уверенность, что вооруженный знаниями специалист умнее природы. Поэтому с развитием технологических возможностей медицины стали все чаще строить родовспоможение так, чтобы уберечь новорожденного и мать от стресса родов. Психоневрологи, принадлежащие к психоаналитической школе, склонны были видеть в раннем и даже внутриутробном стрессе источник психопатогенных переживаний [15, 16]. Все шире стало практиковаться кесарево сечение, причем в развитых странах *sectio caesaria* проводили в шестидесятых и семидесятых годах XX столетия не только по прямым медицинским показаниям, но и по желанию родителей. В отдельные годы в некоторых городах США «кесарили» более 20% рожениц! С другой стороны, энтузиасты родов в воду с патриархальным воодушевлением настаивали, что их метод родовспоможения – самый физиологический, так как он, якобы, смягчает родовой стресс. Таким образом, в ненужности страдания, сопровождающего наше появление на свет, были парадоксально единодушно уверены и адепты технологического прогресса, и традиционалисты.

Однако эпидемиологические исследования установили, что кесарево сечение, снижающее уровень гормонов стресса в крови новорожденного в 8-10 раз, крайне неблагоприятно сказывается на процессах ранней неонатальной адаптации. Особенно ухудшается и замедляется перестройка работы сердечно-сосудистой и дыхательной систем новорожденного применительно к внеутробному существованию. Возрастает частота болезни гиалиновых мембран и персистирующей легочной гипертензии новорожденных. Позже закрывается боталлов проток, медленнее расправляется антенатальный ателектаз, на первом году жизни возрастает риск пневмоний и пневмопатий. С другой стороны, многие ситуации, которые, как казалось, могут только усилить перинатальный стресс, парадоксальным образом улучшают протекание ранней неонатальной адаптации и снижают риск респираторного дистресс-синдрома и других нарушений у новорожденных. Здесь мы даже не говорим о повреждающем воздействии на головной мозг плода/новорожденного общей анестезии, применяемой при этой операции!

По современным представлениям, родовой стресс – благотворный для неонатальной адаптации фактор, играющий в ее развитии и исходе ключевую роль. Положение Г. Селье «Стресса не следует избегать» в полной мере применимо и к данной специфической ситуации. В связи с этим искать корни неврозов в самом неонатальном стрессе, на наш взгляд, методологически порочно. Он физиологичен! Другое дело различные нарушения неонатальной адаптации, например, свя-

занные с дистресс-синдромом новорожденных, недоношенностью или серьезными родовыми травмами, в том числе и в результате кесарева сечения.

Итак, родовой стресс обладает необычайной силой, большим адаптогенным и крайне мало выраженным патогенным действием [17]. Причины этого заключаются в ином гормональном спектре стрессорной реакции у плода по сравнению с взрослым организмом. Глубокое действие родового стресса сказывается на всех аспектах метаболизма новорожденного и накладывает свой отпечаток на функцию различных органов и систем в виде так называемых пограничных транзиторных состояний раннего неонатального периода. В настоящее время их выделяют более десятка, и в развитии многих из них родовой стресс играет существенную или решающую роль [18].

В постнатальной жизни ряд периодов характеризуется повышенной частотой стрессов и патологии, связанной с нарушенной адаптацией, в том числе – психоневрологической. Статистика пораженности многими болезнями нарушенной адаптации, например эрозивной гастродуоденопатией, равно как и неврозами, – имеет у детей пики, связанные с началом стрессов школьной жизни.

В подростковом периоде несоответствие между возросшими биологическими возможностями индивида и его социально-ограниченным «детским» иерархическим положением становится источником тяжелых стрессов. Не случайно среди подростков учащается встречаемость язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, ожирения, гипертензий и других стресс-ассоциированных форм патологии. «Вегетососудистая дистония» и юношеский диспитуитаризм (или синдром ювенильного ожирения с розовыми стриями) представляют характерные для подростковой медицины формы патологии, патогенез которой связан, главным образом, с возрастной стрессорной перегрузкой, а также транзиторной неустойчивостью функций гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы и симпатoadреналового аппарата у подростков [12].

Не может остаться без внимания и вопрос о стрессе на самых поздних стадиях онтогенеза. Г. Селье [2] писал, что старость, сама по себе, снижает эмоционально-психологический порог стрессорной реакции, поскольку, старея и приближаясь к завершению своей карьеры, человек ставит под сомнение ценность своих собственных достижений. Осознавая ограниченность своих возможностей и ресурсов, индивид все реже оказывается в состоянии избежать дистресса, так как возможно изменение уровня самооценки, а значит и закрепление состояния хронической неудовлетворенности. Жесткость стереотипов и коррелятивных рефлекторных связей, определяющих поведение, с возрастом нарастает. А это значит, что психологически все труднее избежать стрессирующего рассогласования между ситуацией и поведенческой программой. Основоположник учения о стрессе увязывал сам процесс старения с растратой конечного запаса адаптационной энергии или же с несоответствием между запрограммированным и реальным темпами ее использования [19]. Поистине, стресс сопровождает человека всю жизнь – от первого до последнего вздоха. Более того, само напряжение борьбы за бессмертие, которая сопровождает всю жизнь смертного человека, с момента осознания им своей смертности, служит хроническим стрессором, неврозогенным по своей сути [20].

Ганс Селье и его последователи выделили три основные фазы стресса: тревоги, резистентности или общий адаптационный синдром – ОАС и альтернативно – истощения, либо физиологического выхода из стресса. ОАС обеспечивают, в первую очередь, катехоламины и кортикостероиды. Стадия истощения наблюдается при дистрессе, при этом происходит необратимый некробиоз и апоптоз клеток в ряде энергетически и пластически депривированных в результате стресса органов

и тканей. Эустресс предполагает физиологический выход из стресса без необратимых потерь при помощи эндогенных опиатов и каннабиноидов, инсулина, андрогенов, ГАМК-эргических систем, эйкозаноидных регуляторов и др. – что можно рассматривать, как антидистрессорные системы организма [21].

Стресс – процесс стадийный, следовательно, с биокibernетической точки зрения его слабые места будут находиться в фазах перехода от одной стадии к другой, из-за чего возможно удлинение определенной фазы без эффективной траты энергии и пластических ресурсов. Нарушение данного вещественно-энергетического и информационного баланса может привести к дизадаптации и дисрегуляции, нарушению системно-местного защитного равновесия между центральной нейроэндокринной и местной аутокоидной регуляцией, на страже которого стоит эустресс [22].

И.Н. Бабурин с соавторами при обследовании взрослых пациентов с невротическими расстройствами определяли уровень отдельных гормональных и биохимических показателей и исследовали состояние окислительного стресса. Авторами было достоверно показано, что у больных с невротическими расстройствами в результате стрессорных воздействий формируются процессы адаптации организма, приводящие к изменению метаболического фона в клетках и обеспечивающие выживаемость организма в экстремальных условиях, снижение риска развития сердечно-сосудистой патологии [23]. Давно показано, что вреден не всякий стресс, а лишь сильный, повторный и продолжительный, при превышении индивидуальных ресурсов стрессорных и антидистрессорных систем.

Таким образом, если человек систематически подвергается глубокому стрессу, то со временем у него может появиться и нарушение функций нервной системы. В первую очередь речь идет о *неврозах*. Частые и глубокие переживания нередко ведут к развитию невроза, а тот, в свою очередь, служит причиной огромного количества заболеваний, имеющих психосоматическую природу (таких как гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, инсульты, язвы желудка и двенадцатиперстной кишки и др.) [24]. В.И. Гарбузов, говоря о причинах невротизации, особое внимание уделял адаптивности и адаптированности. «Самое ошеломительное открытие, которое делает каждый, как только осознает свое Я, открытие того непреложного факта, что люди не равны с рождения! Одному дано природой много, другому – прискорбно мало. И этот непреложный факт, если человек обделен природой, – первопричина патопластических переживаний, а в результате – психосоматической патологии и неврозов!

Адаптивность – это уровень врожденных и приобретенных психофизических возможностей человека, обеспечивающих готовность к адаптации. Адаптивность – уровень умственных потенций, способностей, физических данных, защитных сил организма, уровень биоэнергетического потенциала, личностных характеристик человека...

Адаптивность более всего проявляется в экстремальных ситуациях, обстоятельствах, условиях, в конкретных отношениях, в устойчивости к стрессорным стимулам (стрессорам) и в способности максимально реализовать свои притязания, в самоутверждении...

Высокая и нормальная адаптивность – это высокая и нормальная стрессоустойчивость, устойчивость к экстремальности, выносливость к перегрузкам, резким сменам стереотипа образа жизни, погрешностям в образе жизни, режиме, питании; устойчивость к инфекциям; способность преодолевать болезни и восстанавливать силы после них.

Уровень адаптивности может быть высоким, средним или низким – тотально,

а может быть в одном – высоким, а в другом – низким... Во втором варианте, в благоприятном случае, мы и наблюдаем феномен естественной компенсации низких характеристик адаптивности – высокими. Попытка достичь успеха как раз в той области, где характеристики адаптивности низки, и есть патопластичная, волюнтаристская гиперкомпенсация. Последнее – путь в психосоматическую патологию. Низкая адаптивность чаще всего и ведет к неврозу, если человек не нашел естественную компенсацию» [25].

Адаптированность же, по В.И. Гарбузову, – успешная адаптация, удовлетворяющее индивида самоутверждение, поскольку в наше время человек страдает не столько от материальной неудовлетворенности, сколько от низкой сравнительной оценки своего статусного положения, своих достижений по сравнению с достижениями других. Нельзя «... судить о человеке, о его психологическом самоощущении – только по его материальному положению. Психотерапевты хорошо знают цену таким факторам, как переживания своей интеллектуальной ущербности и бездарности, внешней непривлекательности, фатальной неудачливости, принадлежности к малому народу, дискриминации, импотенции... Как будто у человека всё есть, а он кончает жизнь самоубийством или впадает в невроз» [25].

Представления об адаптивности и адаптированности восходят к концепции Г. Селье, развернутой в его книге «Стресс без дистресса» [26]: о врожденном конечном запасе адаптационной энергии и необходимости тратить ее в соответствии с индивидуально избранной, применительно к особенностям личности, скоростью.

Учитывая вышесказанное, надо сказать, что психологический стресс (как в виде действие сверхсильных раздражителей, так и в виде более слабых, но постоянно действующих психотравмирующих раздражителей, вызывающих длительное состояние психического перенапряжения) является одной из самых весомых причин возникновения невротической реакции, и может привести, в конце концов, к стойким болезненным переживаниям неудачи, внутренним конфликтам, чувству недостижимости жизненных целей, невосполнимости потери и т. п. Более того, учитывая, что уровень адаптивности зависит, кроме всего прочего, от воспитания, образа и условий жизни, стрессогенное детство (постоянные ссоры и конфликты в семье, неуважительное отношение к личности ребенка со стороны родителей, развод с «делением» ребенка) способствует формированию у него таких черт характера, как неуверенность в себе, боязливость, тревожность, застенчивость, мнительность, робость, нерешительность. И это необходимо учитывать, говоря о профилактике возникновения нервно-психических расстройств, особенно в детском и подростковом возрасте.

В заключение следует сказать о том, что ни один другой биологический процесс не оказал такого серьезного воздействия на весь человеческий социум, на психологию человека, педагогику, творчество – на всю совокупность надбиологических проявлений индивидуальности, всю человеческую цивилизацию, как *стресс*. Не будет большим преувеличением сказать, что многое на историческом пути человечества родилось благодаря желанию избежать стресса, причинить стресс или устоять при стрессе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Селье Г. На уровне целого организма. – М.: Наука, 1972. – 122 с.
2. Selye H.-J. Human Stress, 1975. – V. 1. – P. 37-44.
3. Selye H., Rowlings R. Editorial: The Present Status of Stress Research // STRESS: The Official Journal of the International Institute of Stress and its Affiliates, 1980. – V. 1. – No 1. – P. 5-7.
4. Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме. – М.: Медгиз, 1960. – 254 с.

5. Vaillant G.E. (1979). Natural history of male psychological health. *New England Journal of Medicine*. – V. 301. – P. 1249-1254.
6. Tsigos C., Kyrou I., Chrousos G.P. Stress, Visceral Obesity, and Metabolic Complications // *Ann. N.Y. Acad. Sci.*, 2006. – V. 1083. – P. 77-110.
7. Крусос Г.П. Борнштейн С.Р., Стратакис К.А. Опухоли коры надпочечников: современные представления об этиологии, патогенезе, диагностике и лечении / *Междунар. ж. мед. практ.*, 2000.- № 11.-С. 30-43.
8. Светлов П.Г. Физиология (механизмы) развития. Т.1. Процессы морфогенеза на клеточном и организменном уровнях. – Л.: Наука, 1978. – 279 с.
9. Строев Ю.И., Чурилов Л.П. Эндокринология подростков. – СПб: ЭлБи-СПб, 2004. – С. 119-207.
10. Левин В.М., Рутенбург Э.С. Профессиональная ориентация и врачебная профессиональная консультация подростков. – Л.: Медицина, 1977. – 280 с.
11. Алексеев С.В., Янушанец О.И. Реализация прав ребенка в России и состояние здоровья подрастающего поколения // *Права человека в России: декларации, нормы и жизнь*. – М.: МНЭПУ, 1999. – 17 с.
12. Строев Ю.И., Чурилов Л.П., Бельгов А.Ю., Чернова Л.А. Ожирение у подростков. – СПб: ЭлБи-СПб, 2003. – 216 с.
13. Науменко Е.В. Модификации функций гипоталамо-гипофизарно-адренкортикальной системы взрослых животных, вызванные воздействиями в раннем онтогенезе // В кн.: *Нейроэндокринология*. Ч.2. – СПб: Изд-во РАН, 1994. – С. 152-190.
14. Юсфина Э.З. Участие коры надпочечников и зобной железы в реакциях организма на действие «чрезвычайных раздражителей». Автореф. докт. диссерт. – Харьков, 1957.
15. Bartak L., Rutter M., Cox A. A comparative study of infantile autism and specific development receptive language disorder. I. The children // *Br. J. Psychiatry*, 1975. – Feb; V. 126. – P. 127-145.
16. (Grof S.) Гроф С. За пределами мозга. – М.: Соцветие, 1992. – 336 с.
17. Лагеркранц Х., Слоткин Т. Стресс при рождении. – М., 1986. – 199 с.
18. Шабалов Н.П. Переходные (пограничные) состояния // В кн.: *Справочник неонатолога*. – М.: Медицина, 1984. – С. 84-94.
19. Маньковский Н.Б., Минц А. Я. Старение и нервная система. – Киев: Здоровье, 1972. – 278 с.
20. Nath K. Struggle for Immortality and Origin of Neurosis // *Dysphrenia*. – 2010. – V. 2. – No 1. Available from: http://dysphrenia.hpage.co.in/struggle_for_immortality_and_origin_of_neurosis_83156202.html
21. Горизонтов П. Д. Гомеостаз, его механизмы и значение // *Гомеостаз* / Под ред. П.Д. Горизонтова. – М., 1981. – С. 5-28.
22. Чурилов Л.П. О системном подходе в общей патологии: необходимость и принципы патоинформатики // *Вестник Санкт-петербургского университета*. – Сер. 11: Медицина, 2009. – № 3. – С. 5-23.
23. Бабурин И.Н. Васильева А.В., Дагаев С.Г. и др. Биохимические аспекты невротических и неврозоподобных расстройств // *Неврол. вестн. (Ж. им. В.М. Бехтерева)*, 2011. – Т. XLIII. – № 3. – С. 30-35.
24. Фесенко Ю.А. Пограничные нервно-психические расстройства у детей. – СПб: Наука и техника, 2010. – 320 с.
25. Гарбузов В.И. Неврозы и психотерапия. – СПб: СОТИС, 2001. – 412 с.
26. Селье Г. Стресс без дистресса. – М: Прогресс, 1979. – 123 с.

Yu.A. Fesenko*, L.P. Churilov, Yu.I. Stroeв****

STRESS AND HIS ROLE IN PATHOPHYSIOLOGY OF NEUROSIS

Center of Reconstructive Treatment "Child Psychiatry" named after S.S. Mnukhin*, Saint-Petersburg State University (Saint-Petersburg).**

Summary. The article is dedicated to the influence of stress on behavior and behavioral disorders in the diseases of primarily insufficient adaptation. The endocrine mechanisms of psycho-neurological disorders, related to stress as systemic neuroendocrine process are briefly reviewed. The original concept of neuroses as prenosological distress-conditioned patterns of behavior is coined. For the first time author's view on neuroses is introduced, based on the principles of stressology.

Key words: stress, general adaptation syndrome, high adaptability, somatoform autonomic disorders, neuroses.

Е.В. Свистунова, О.Б. Лизунков

ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О БУДУЩЕМ ПОДРОСТКОВ ИЗ СОЦИАЛЬНО ДИЗАДАПТИРОВАННЫХ СЕМЕЙ

Московский городской педагогический университет: Институт психологии, социологии и социальных отношений (Москва).

Резюме. В статье рассматривается образ будущего, который создают себе подростки, воспитывающиеся в семьях с разным социальным статусом. Дается представление об особенностях восприятия целостного образа будущего подростков из социально дизадаптированных семей. Демонстрируется возможность использования методики «Незаконченные предложения» и теста Конструктивный рисунок человека из геометрических форм для измерения качества той или иной сферы жизненного плана подростков.

Ключевые слова: представление о будущем, подростки из социально - дизадаптированных семей, жизненный план.

Образ будущего – это то, что формирует картину жизненного пути. Исследование представлений о будущем связано с разработкой научной проблематики психологического времени в трудах как зарубежных, так и отечественных психологов. Образ будущего позволяет увидеть потенциал личности, на основе изучения жизненных планов молодых людей получить возможность спрогнозировать изменения общества. Сформированность представлений о своем будущем играет немаловажную роль в социализации подростков и может выступать критерием личностной зрелости.

Особенности представления о будущем у подростков

Важное место в новых особенностях психики подростка занимает его интерес к самому себе. Общество ставит перед юношами задачу самоопределения (идентификации), от которого будет зависеть выбор жизненного пути [6]. Подростки умеют создавать себе мысленный идеал семьи, общества, творчества, по сравнению с которым проигрывают несовершенные, но реально существующие семья, общество и творения. Подросток способен придумывать или заимствовать теории, которые обещают примирить все противоречия и создать нечто совершенное. По мнению И.С. Кона, «...жизненный план возникает, с одной стороны, в результате обобщения целей, которые ставит перед собой личность, как следствие построения «пирамиды» ее мотивов, становления устойчивого ядра ценностных ориентации». С другой стороны, «...когда предметом размышлений становится не только

конечный результат, но и способы его достижения, путь, которым человек намерен следовать, и те объективные и субъективные ресурсы, которые ему для этого понадобятся. В отличие от мечты, которая может быть как активной, так и созерцательной, жизненный план – это план деятельности» [4, с. 190-191].

Образ будущего – синтез когнитивных и эмоциональных процессов, в ходе которых осознаются и наделяются смыслом и эмоциональной окраской события прошлого и прогнозируемые события и обстоятельства будущего. Образ будущего как эмоционально-когнитивная модель ориентирует жизнедеятельность субъекта в масштабах многолетней временной перспективы и главных ценностей, определяет направленность развития в будущем и личностный смысл переживаний в настоящем. Не только настоящее оказывает влияние на будущее, но и, в свою очередь, те или иные ожидания и представления о будущем воздействуют на поведение человека в настоящем и переживание им своего настоящего. Позитивные ожидания по отношению к будущему придают настоящему ценность, негативные обесценивают его. Функции психологического будущего – обеспечение смысловой и временной перспективы личности [2, 8]. Жизненный план – явление одновременно социального и этического порядка. Вопросы, кем быть (профессиональное самоопределение) и каким быть (моральное самоопределение), первоначально, на подростковом этапе развития, не различаются. Подростки часто называют жизненными планами весьма расплывчатые ориентиры и мечты, которые никак не соотносятся с их практической деятельностью. Они пытаются предвосхитить свое будущее, не задумываясь о средствах его достижения. Такие образы будущего ориентированы на результат, а не на способы его достижения. Неконкретность, диффузность жизненных ориентаций отражается и в представлениях о себе [5].

Главная трудность юношеской рефлексии состоит в том, чтобы правильно совместить то, что А.С. Макаренко назвал ближней и дальней перспективой. Ближняя перспектива – это непосредственная сегодняшняя и завтрашняя деятельность и ее цели. Дальняя перспектива – долгосрочные жизненные планы, личные и общественные. Их совмещение дается молодому человеку не без труда. Молодежь любит помечтать об отдаленном будущем, но вместе с тем хочет быстрого получения осязаемых результатов, немедленного удовлетворения своих желаний. Способность отсрочить непосредственное удовлетворение, трудиться ради будущего – один из главных показателей морально-психологической зрелости [8].

Начиная со старшего подросткового возраста, идет процесс формирования жизненных целей и планов. Именно в этом возрастном периоде успешное разрешение вопроса о смысле жизни зависит от правильного совмещения временной и жизненной перспектив, т. е. от расширения представлений о своем будущем вглубь (охват более длительных отрезков времени) и вширь (включения своего личного будущего в круг социальных изменений, затрагивающих общество в целом) [1, 6].

Подготовка подростков к будущей жизни наиболее эффективно осуществляется посредством усвоения образцов поведения собственных родителей и в процессе целенаправленного обучения в системе общеобразовательных учреждений. Подготовка молодежи к семейной жизни наряду с формированием нравственного мира личности предполагает и формирование особой системы представлений о себе как о человеке определенного пола, включающих специфические для мальчиков и девочек потребности, мотивы, ценностные ориентации, отношения к представителям другого пола и соответствующие этим образованиям формы поведения. Это чрезвычайно актуально в свете задач полового воспитания. Существует четкая взаимосвязь особенностей функционирования родительской семьи и

представлениями подростка о будущей семье. На отношения, основанные на любви, в будущей семье влияют такие особенности семейного функционирования, как сама любовь в родительской семье, уважение и конструктивное решение конфликтов. Любовь, уважение и позитивное решение конфликтов в будущей семье связаны с конструктивным решением конфликтных ситуаций в родительской семье. Качество общения в будущей семье связано с его интенсивностью в родительской семье [7].

Условия и методы исследования

Целью нашего исследования было изучение представлений о личном, семейном и персональном будущем у подростков из социально дизадаптированных семей.

В исследовании приняли участие 116 подростков в возрасте от 14 до 18 лет (средний возраст 16,3 лет).

В экспериментальную группу вошли 56 подростков, состоящих на учете в районных Комиссиях по делам несовершеннолетних и защите их прав (КДНЗиП) Западного административного округа (ЗАО) г. Москва. По ступеням образования: учащиеся массовых средних школ, а также специализированных колледжей на базе 8-го класса, реже – выпускники 9-х классов школ, ныне не учащиеся. Большая часть – дети из многодетных семей, еще больший процент – воспитываются в неполных семьях (в основном с мамой либо под опекой). Среди подростков много представителей малообеспеченных семей. Некоторые семьи состоят на учете в КДН как социально-неблагополучные семьи или семьи, находящиеся в трудной жизненной ситуации.

В контрольную группу вошли 60 подростков, воспитывающихся в благополучных семьях. По ступеням образования: учащиеся массовых 9–11 классов средних школ ЗАО г. Москва.

Для достижения поставленной цели использованы следующие методы исследования:

- Метод тестирования - *Конструктивный рисунок человека из геометрических форм*.

Тест идеографический (ТиГр) – это формализованная проективная методика, основанная на выявлении стратегий предпочтения основных геометрических форм в процессе создания конструктивных рисунков фигуры человека. Интерпретация результатов тестирования методикой ТиГр основана на разработанной авторами стандартизированной процедуре оценки предпочтений и психографических изображений. Предпочтение определенных геометрических форм, используемых в качестве элементов построения изображения, отражает, благодаря механизму проекции, общую специфику восприятия и поведения человека. Авторы: А.В. Либин, В.В. Либин, Е.В. Либина [7].

- Метод беседы – *структурированное интервью «Незаконченные предложения»*.

Незаконченные предложения, включенные в методику, были разделены на блоки, характеризующие в той или иной степени систему отношений обследуемого к возрасту, к представителям своего или противоположного пола, к будущему и к семье. Для каждого блока предложений выводилась характеристика, определяющая данную систему отношений как адекватную, неадекватную или нейтральную.

Исследование проводилось по трем блокам:

- Возрастная идентичность.
- Представление о персональном будущем.
- Представление о семейном будущем.

- Статистические методы:

Критерий Манна-Уитни и критерий F Фишера. Для обработки результатов использовались статистические пакеты SPSS 11.0 и Excel 2000.

Результаты исследования.

Первый параметр, по которому проводился анализ результатов – это отношение подростков к разным *возрастным периодам жизни*.

Ответы подростков из контрольной и экспериментальной групп на вопрос: «В каком возрасте ты хотел бы оказаться?», ни количественно, ни качественно практически не имели различий (рис. 1). Предпочитаемый возраст обеих групп зрелый: «буду старше», «больше дозволено», «больше возможностей», «самый подвижный». Из подростков экспериментальной группы никто не выбрал старший возраст как желаемый. В контрольной группе 3%: «Самый веселый - живешь в свое удовольствие»



Рисунок 1.

При ответах на вопрос: «В каком возрасте ты НЕ хотел бы оказаться?», подросткам обеих групп не хотелось бы оказаться в старческом возрасте: «старость», «проблемы со здоровьем», «не хочу, чтоб за мной убирали» и «зачем жить в таком возрасте». Младший и средний возраст одинаково не приемлют в экспериментальной группе примерно треть подростков, тогда как в контрольной группе отвергают средний возраст лишь 5% респондентов. (рис. 2).

Количественные показатели статистически не отличались, но имелись качественные различия в ответах подростков. Непринятие среднего возраста в контрольной группе объясняли ответами: «придется перейти в другой вид спорта» и «нужно строить жизнь», в экспериментальной: «не весело», «45 лет – уже старый».

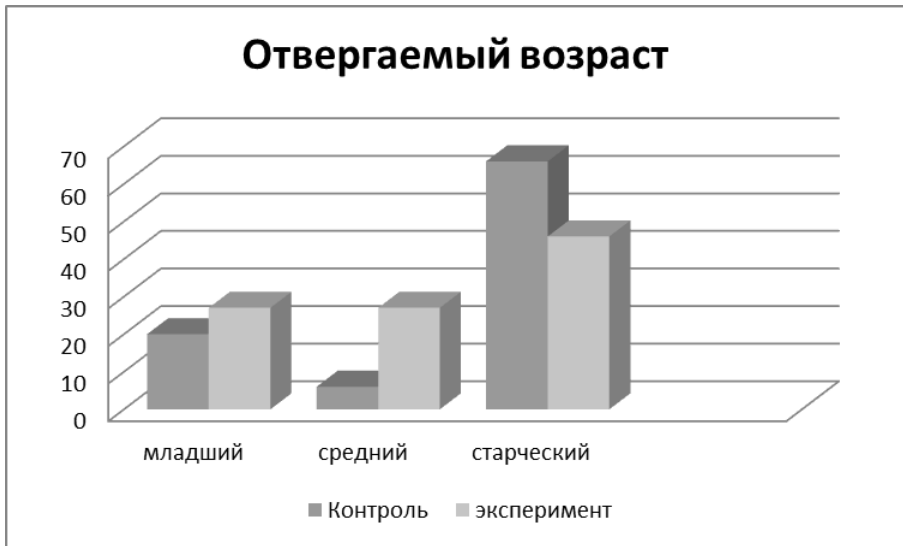


Рисунок 2.

Следующая серия вопросов касалась качества жизни в прошлом (младший возраст) и будущем (старший возраст). Ответы оценивались как положительно, нейтрально и отрицательно окрашенные.

Негативное отношение к старшему возрасту (рис. 3) в контрольной группе показали 13% подростков, в экспериментальной – 64% (различия достоверны при $p < 0,05$). Негативно окрашенные ответы экспериментальной группы: «умру», «буду болеть» или полное отрицание: «не буду стариком никогда!».

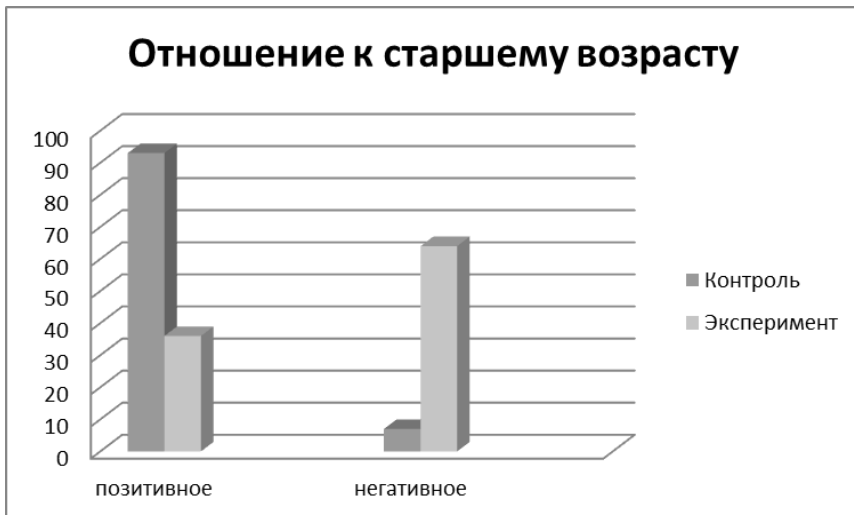


Рисунок 3.

Отношение к младшему возрасту представлено на рис. 4. Негативные представления более чем в 2 раза чаще встречаются в ответах подростков из экспериментальной группы. (20% - контроль и 46% - эксперимент) В контрольной группе дети преимущественно имеют нейтральное отношение к своему детству. В тоже время положительное отношение к младшему возрасту у экспериментальной группы и контрольной групп статистически не отличаются (20% и 27%).

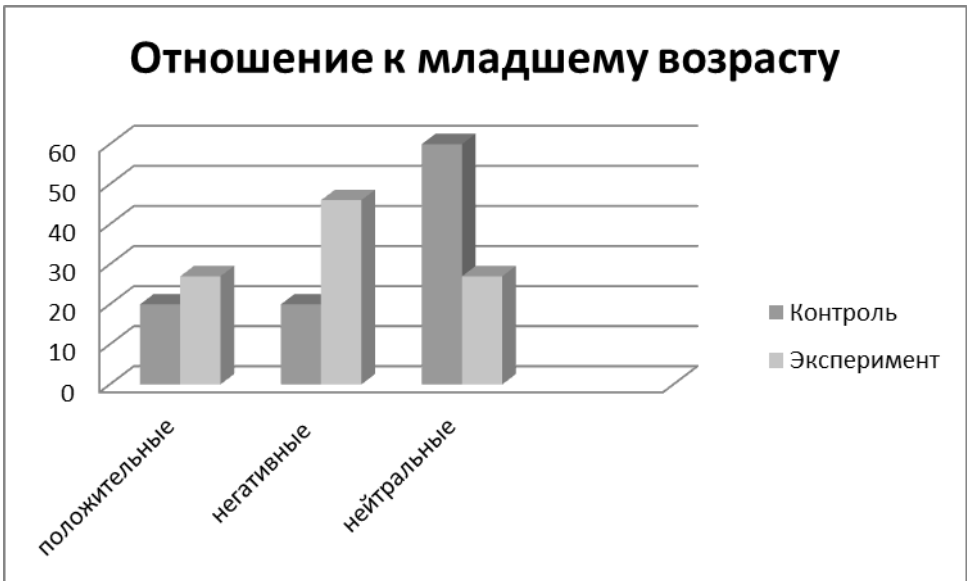


Рисунок 4.

Полученные данные могут свидетельствовать о фиксации подростков из дизадаптированных семей на детских переживаниях (как позитивных, так и негативных). В контрольной группе представления о детстве у большего числа подростков нейтрально окрашены (60%).

Представление о *персональном будущем* видится положительным подросткам в обеих группах: 82% в экспериментальной группе и 80% в контрольной. Процент же негативного отношения в экспериментальной группе равен 0%, в контрольной - 10% (различия не достоверны) (рис. 5).

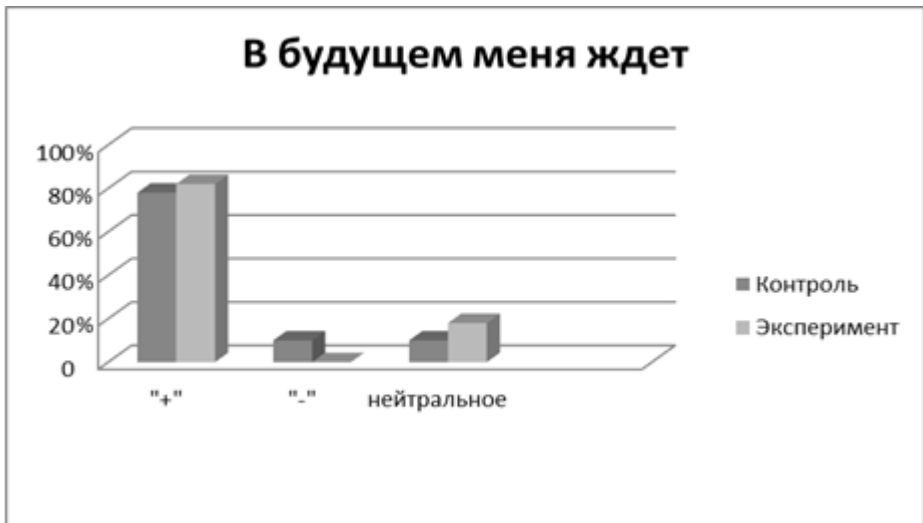


Рисунок 5.

Такие показатели дают возможность говорить о том, что подростки из социально дизадаптированных семей так же, как и их сверстники, с ожиданиями смотрят на свое будущее, замотивированы на свои дальнейшие достижения в личной сфере, что является хорошим фундаментом их развития и будущей социализации

в обществе

Представления о *семейном будущем* мы проверяли по двум параметрам: «Отношение к будущей семье» и «Образ будущего супруга».

Первый параметр, рассмотренный нами, – «Образ будущей семьи» (рис. 6).



Рисунок 6.

Статистический анализ показал различия между ответами в экспериментальной и контрольной группах. В контрольной группе 50% детей дали ответы эмоционального отношения к будущей семье и столько же ценностного. В экспериментальной группе лишь 8% эмоционально относятся к будущей семье, преобладает ценностная ориентация (82%), и 10% детей экспериментальной группы не определились в своем отношении к будущей семье. Качественный анализ дал возможность увидеть специфику ответов, данных подростками. Среди положительных высказываний подростков из контрольной и экспериментальной групп преобладали ответы, которые указывали на высокую значимость семьи: «самое главное», «важное», «смысл жизни» «предел мечтаний». В контрольной группе встречались ответы, указывающие на чувства: «семья - самые любимые», «близкие», «родные»). В экспериментальной группе таких ответов практически не было. Большинство подростков из социально дизадаптированных семей характеризовало семью как «главная цель», «мечта», «святое».

Представление о будущем супруге (жене, муже) в контрольной и экспериментальной группе распределились так: 21% подростков контрольной группы делает акцент на внешности будущего супруга, а 79% волнует в первую очередь личностные качества. В экспериментальной группе, напротив, преобладающую значимость играет внешность (54%), личностные качества будущего супруга интересуют подростков меньше (46%) (рис. 7).

В описании образа будущего супруга в контрольной группе преобладали ответы, описывающие жену как добрую, милую, скромную и хорошим человеком; мужа - заботливого, ответственного, доброго. В экспериментальной группе большинство ответов о жене были «красивая», «блондинка», «чувственная»; о муже – «красивый», «сильный», «крутой». Таким образом, в контрольной группе, по сравнению с экспериментальной, испытуемые делали акцент на личностных качествах.

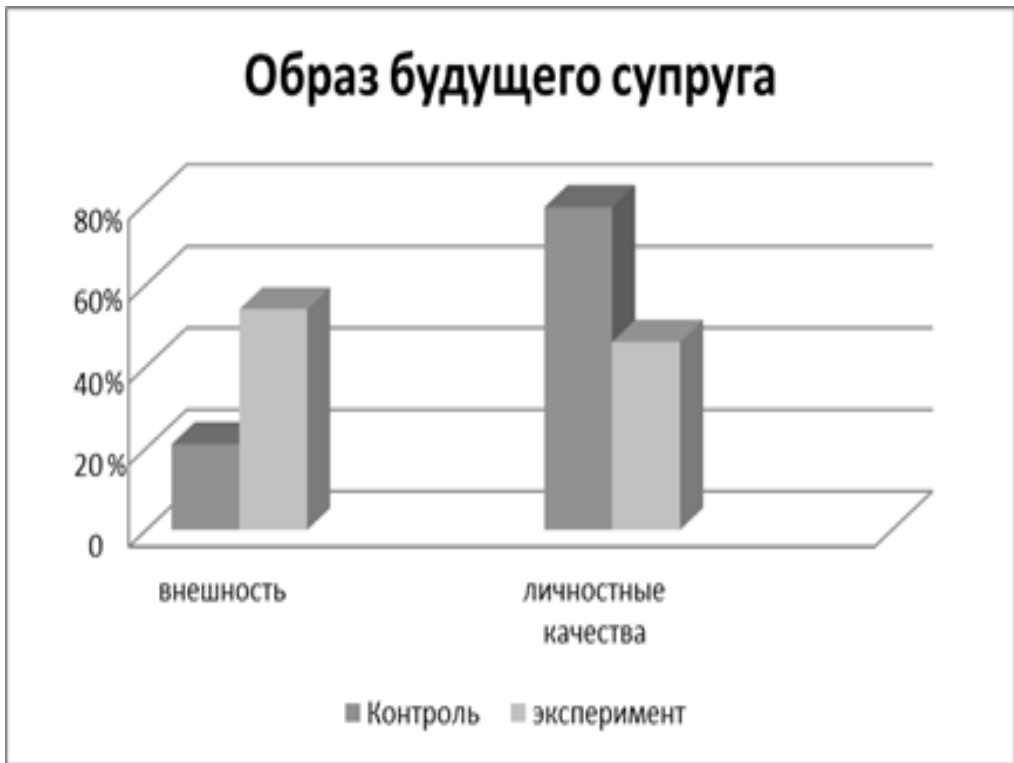


Рисунок 7.

Идеографический Тест (ТиГр) позволил определить стилевые характеристики индивидуальности с помощью изучения стратегий предпочтения (семантики) основных геометрических форм. В рамках исследования нами анализировался только третий по счету рисунок, обозначающий будущие перспективы развития личности. (Таблица 1).

Таблица 1. Частота встречаемости различных типов личности

Типы личности	Экспериментальная группа	Контрольная группа	Достоверность
*Руководитель	9%	22%	0,002
Ответственный исполнитель	17%	19%	0,298
*Тревожно-мнительный	8%	14%	0,005
Ученый	5%	7%	0,661
Интуитивный	8%	9%	0,816
Изобретатель, художник	16%	11%	0,086
Эмотивный	13%	11%	0,124
*Нечувствительный к переживаниям других	31 %	7%	0,002

**результаты, полученные по группам, достоверно отличаются по критерию χ^2 при $p \leq 0,05$.*

Исследование показало, что у третьей части подростков экспериментальной группы проявляется «нечувствительный к переживаниям других». В то время, как в контрольной группе, процент «нечувствительного» типа личности составляет всего 7%, что почти в 4,5 раза меньше, чем в экспериментальной и составляет всего шестую часть от общего количества типов личности в контрольной группе. Самый низкий процент и в экспериментальной (5%) и в контрольной (7%) группах составляет тип личности «ученый». Это неудивительно, поскольку данный тип встречается довольно редко у нормативно развивающихся подростков, учитывая их возрастную эмоциональность, «абстрагироваться» им крайне сложно.

Также небольшое количество подростков обеих групп отнесло себя к «интуитивному» типу личности, характеризующемуся сильной нервной системой, внутренним самоконтролем и нормами морали.

Интересно, что большой процент подростков контрольной группы (22%) отнес себя к личности «руководитель», что указывает на их повышенный уровень притязаний, высокую самооценку и склонность к организаторской деятельности. В экспериментальной группе таких подростков оказалось всего 9%, что более, чем в два раза меньше показателей контрольной группы.

Другой же тип личности «ответственный исполнитель», обладающий многими качествами «руководителя», но характеризующийся некоторыми колебаниями в принятии ответственных решений составил 17% в экспериментальной группе и 19% в контрольной.

«Тревожно-мнительный» тип личности в экспериментальной группе встречался в 8% случаев. Это тонкий тип личности, требующий одаренности и неординарных способностей. В контрольной группе показатели составляют 14%.

Заключение

По данным исследования получены результаты, которые свидетельствуют о различиях представлениях о будущем подростков из дизадаптированных и социально благополучных семей.

У подростков из дизадаптированных семей представления являются недостаточно сформированными. Несмотря на отсутствие конкретики представлений, они не испытывают тревоги относительно своего будущего, напротив, демонстрируют позитивное к нему отношение, уверенность в его благополучии. В представлениях подростков из социально дизадаптированных семей о своей будущей семье не отражены отношения, преобладающие в их родительских семьях. В то же время специфика представлений о детстве говорит о некоторой фиксации на собственных переживаниях.

Подростки очень ясно представляют свое ближайшее будущее. Имеют четкое представление того, что они не хотят в будущем. Представления о своем семейном и персональном будущем у подростков из социально дизадаптированных семей являются недостаточно сформированными. Их представления имеют только позитивный характер, в то время как подростки из благополучных семей также имеют представление о возможных трудностях, с которыми им предстоит столкнуться в будущем.

Подростки из социально дизадаптированных семей ценностно ориентированы в отношении будущей семьи, т. е. для них семья выступает большой ценностью. Они уверены, что их будущие семейные отношения не будут похожи на отношения в их родительских семьях. Подростки из благополучных семей, напротив, переносят опыт родительской семьи и проецируют его на образ собственной будущей семьи.

У подростков из социально дизадаптированных семей наблюдается тенден-

ция к развитию в будущем таких стилевых характеристик индивидуальности, как эмоциональная отстраненность, нечувствительность к переживаниям других.

Формирование необходимого уровня адаптивности к условиям социума, готовности к самостоятельной семейной жизни и к адекватной самореализации в будущем требует построения системы коррекционной работы с учетом специфики представлений о своем будущем у подростков из социально дизадаптированных семей, что возможно осуществить в условиях социально–психологических центров.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бернс Р. Развитие Я-концепции и воспитание / Пер. с англ. - М.: "Прогресс", 2004.
2. Головаха Е.И. Жизненная перспектива и профессиональное самоопределение молодежи. - Киев: Наукова думка, 1988. – 144 с.
3. Зейгарник, Б.В. Теория личности К. Левина. – М.: МГУ, 1981. – 118 с.
4. Кон И.С. Психология ранней юности: Кн. для учителя. - М.: Просвещение, 1989.
5. Либин А.В., Либина А.В., Либин В.В. Психографический тест: конструктивный рисунок человека из геометрических форм /. — М. : Эксмо, 2008. — 368 с.
6. Раис Ф. Психология подросткового и юношеского возраста. - СПб.: Питер, 2000.
7. Пахолков А.В. Факторы, влияющие на брачные намерения молодежи. – Казань: «Новое знание», 2007.
8. Шляхтин, Г.С. Возрастные особенности временной перспективы личности // Психология личности и время: Тезисы докладов. – Т. 2. – Черновцы, 1991. – С.13-16.

E.V. Svistunova, O.B. Lizunkov

IMAGE OF FUTURE BY TEENAGERS FROM SOCIALLY MALADJUSTED FAMILIES

Moscow City Pedagogical University; Institute of Psychology, Sociology and Social Relations (Moscow).

Summary. The article tells how teenagers from the families of different social status imagine their future. It shows *specifics of complete future image* of. It demonstrates the possibility to use the "unfinished sentences" technique and "constructive drawing of a person of geometric shapes" technique to measure qualities of teenagers life plans parts.

Keywords: to imagine future, teenagers from socially maladjusted families, life plan.

Т.В. Докукина, Н.К. Григорьева, Т.Н. Алыко, Н.А. Сергеева ИСТОРИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ ДЕТСКОГО АУТИЗМА

Республиканский научно-практический центр психического здоровья,
Белорусский государственный медицинский университет (Минск).

Резюме. Авторы пытаются проследить историю становления и развития понятия аутизма; представлены взгляды З. Фрейда, Е. Блейлера, Ж. Пиаже и др. В публикации аутизм рассматривается как самостоятельное заболевание, требующее достойного внимания со стороны психиатров и других специалистов.

Ключевые слова: аутизм, аутистическое мышление, психоанализ.

Цель работы – изложение взглядов, сложившихся в психиатрии и психологии, на проблему аутизма. Аутизм имеет долгое прошлое, но короткую и запутанную историю. Возникновение аутизма начинается с легенд и сказок о детях, оставляемых эльфами взамен похищенных. В реальной истории уже в XVIII веке появляются медицинские материалы, содержащие описания людей, которые, вероятно, страдали аутизмом (хотя сам термин еще не употреблялся), – они не разговаривали, были чрезмерно замкнуты и обладали необычайно хорошей памятью.

О. Богдашина [3] в своей книге пишет о французском исследователе Ж.-М. Итаре, который на примере 12-летнего мальчика Виктора, жившего в лесах Аверона («дикий мальчик из Аверона»), описал это состояние, назвав его «интеллектуальным мутизмом», тем самым выделив один из основных признаков – отсутствие или задержка речевого развития при ненарушенном интеллекте, и оказался ближе всех ученых прошлых веков к проблеме аутизма [3]. В своей работе «Мутизм, вызванный поражением интеллектуальных функций» Ж.-М. Итар обобщил результаты своих 28-летних исследований в институте Сур-Муэ (Париж). Ж.-М. Итар исследовал уровень внимания, памяти и имитационных способностей схожих детей и пришел к выводу, что дети с интеллектуальным мутизмом асоциальны, испытывают огромные сложности в установлении дружеских отношений со сверстниками, используют взрослых лишь как орудия для удовлетворения своих потребностей, проявляют значительные нарушения в развитии речи и языка (особенно в употреблении личных местоимений). Дж.М. Итар предложил отделить описанных им детей от детей с умственной отсталостью. Он описал основные клинические характеристики интеллектуального мутизма, способы его диагностики и коррекции. К сожалению, на тот момент работа французского исследователя не привлекла большого внимания его коллег.

Термин «аутизм» был введен в психологию Е. Блейлером [2] для описания особого вида мышления, регулируемого аффектом, в клинической картине шизофрении, а именно – ухода больного шизофренией в мир фантазий – «аутизма» (лат. из греч. «ауто» – «сам», «изм» – лат. из греч – суффикс для образования абстрактных существительных, обозначающих действие, его результат или состояние). Определяя аутистический тип мышления, Е. Блейлер подчеркивает его независимость от реальной действительности, свободу от логических законов и управление «аффективными потребностями» человека. Последнее сводится к стремлению испытывать удовольствие и избегать неприятных переживаний.

Итак, аутизм, в отличие от «рацио», подчиняющегося реальности, детерминруется желаниями, чувствами субъекта. Логическое мышление целенаправлено, подчинено определенным правилам, совершается в понятиях. Аутизм использует материал представлений без всякой логической связи. Образы, случайные ассоциации, нерасчлененные символы составляют содержание аутистической мысли. Логическое мышление направлено на адекватное познание реальности, аутизм есть искаженное отражение действительности. Аутизм – состояние изолированности, отгороженности от мира, непроницаемости для внешних обстоятельств.

Е. Блейлер выделил ситуации, в которых проявляется аутистическое мышление взрослых в норме:

- 1) в вопросах, познание которых сталкивается с определенными трудностями;
- 2) в ситуациях, когда чувства преобладают над разумом в состоянии сильного аффекта.

Под влиянием взглядов Е. Блейлера в психологию внедрилось весьма широкое толкование термина «аутизм» как доминирования аффективного над рацио-

нальным.

Представление об аутизме как первичной фазе детского развития наиболее полно представлено в психоанализе. Процесс развития ребенка, как известно, оценивается З. Фрейдом [17] в виде последовательной смены объектов удовлетворения сексуального инстинкта. Младенец, по Фрейду, аутичен, так как переживание удовольствия не связано с реакциями на внешний мир [18, 21]. Аутистическое удовлетворение желаний прерывается в период от 1 до 1,5 года, когда инстинкты-табу вступают в конфликт с уже изолированным либидо.

Такой же точки зрения придерживался Ж. Пиаже в своих ранних работах (1923, 1924). Для Пиаже было важно показать, как изначально аутистическая детская мысль деформируется под влиянием логических законов, когда необходимость адаптации к среде заставляет ребенка сменить принцип удовольствия на принцип реальности [14]. Невозможность стать на позицию другого, незаинтересованность в понимании другими – все эти особенности эгоцентризма (по Пиаже) по существу сходны с описанными Е. Блейлером признаками аутистического мышления.

Интересно, что сам Е. Блейлер по вопросу о первичности аутизма как стадии развития занимал весьма противоречивую позицию. С одной стороны, он критиковал З. Фрейда за концепцию изначальности аутизма, с другой стороны, разбирая вопрос о генетических корнях логики и аутизма, Е. Блейлер пишет: «...логическое мышление, работающие с помощью картин воспоминания, должно быть приобретено путем опыта, в то время как аутистическое мышление следует прирожденным механизмам» [2, с. 63].

В контексте нашей проблемы необходимо подчеркнуть еще один аспект психологических представлений об аутизме, а именно связь аутизма и детской игры. С этой точки зрения игра, являясь деятельностью аутистической по своей природе, несет в себе черты, отражающие противоборство аутизма и реальности. С точки зрения З. Фрейда, включение «цензуры», препятствующей аутистическому удовлетворению, заставляет инстинктивное влечение искать обходные пути и символические формы. Одной из форм символического проявления инстинкта и является детская игра. При этом действия с различными игрушками, символизируя неосознаваемые побуждения, помогают и их реализации.

В дальнейшем психоанализ, как известно, сформулировал принципиально сходный взгляд на детское развитие. Но и здесь игра определяется как деятельность, наименее контролируемая обществом (следовательно, аутистическая), в которой ребенок получает возможность проявить подавляемые воспитанием желания и аффекты. Игра аутична, с точки зрения Ж. Пиаже. На определенном этапе развития у ребенка уже нет аутизма, но сохраняется аутистическая игра с ее неисчерпаемыми возможностями реализации нереализуемых в действительности желаний.

В 60-е годы XX столетия появились первые книги, написанные родителями аутичных детей. Американский психолог, который к несчастью для себя и к счастью для других семей оказался отцом аутичного ребенка, в 1964 г. опубликовал книгу, «которая потрясла мир». Этим отцом был Бернард Римланд, а его книга «Детский аутизм: Синдром и его значение для теории нервного поведения» (1964) явилась точкой в изменении подхода к проблеме аутизма. В ней содержались краткий обзор мировой литературы по аутизму и близким ему нарушениям и новые идеи о природе и причинах аутизма [25].

Одной из дискутируемых стала проблема нозологической специфики синдрома: является ли аутизм самостоятельным заболеванием или вариантом шизоф-

рении. При решении вопроса о природе и механизмах детского патологического аутизма клиницисты использовали различные психологические теории и экспериментальные исследования. Биологизаторские взгляды разделяет М. Римланд [25]. Он объясняет аутизм специфической патологией ретикулярной формации. Такие факты нарушения игры при аутизме, как монотонность, обедненность движениями, объясняются общим преобладанием тормозных процессов, снижением энергетического потенциала.

Наиболее распространенным является объяснение аутизма регрессом или задержкой развития ребенка на генетически ранних этапах. Такая точка зрения принадлежит, прежде всего, клиницистам психоаналитической школы. Считается, что уход ребенка от контактов с окружающими означает задержку развития на стадии первичного аутизма («нарциссизма»), т. е. повышенную фиксацию либидо на собственном теле, затрудняющую переход на другие объекты. Этим объясняются также формы искаженной аутистической игры детей с веревочками, тряпочками, которые трактуются как символизация влечения к пуповине. Стереотипия игровых действий сопоставляется с недостаточным удовлетворением сосательного рефлекса. Б. Беттелгейм выдвинул предположение, что аутистическое поведение связано с задержкой развития на 4-й стадии сенсомоторного интеллекта – на этапе усвоения о постоянстве объектов. В качестве подтверждающего данную гипотезу факта выдвигается непереносимость аутичными детьми изменений во внешней среде [19].

Интересные соображения, объясняющие некоторые особенности аутистической игры, приводятся К.Н. Куперник [7]. Было показано, что у аутичных детей рефлексы, связанные с дистантными анализаторами, формируются значительно позже, чем в норме. Так, игра рукой перед глазами, характерная для здоровых детей трехмесячного возраста, сохраняется при аутизме на длительное время.

Первое описание аутизма как синдрома принадлежит американскому детскому психиатру Лео Каннеру в его статье «Аутистические нарушения аффективного контакта» (1943), он обозначил общие характеристики 11 детей, которых наблюдал с 1938 по 1943 годы. Все эти дети проявляли общие черты, основными из которых были: чрезмерная изоляция, замкнутость, уход от каких-либо контактов с людьми, нарушения речевого развития и потребность в многократном повторении одних и тех же действий, причем начало проявления этих особенностей отмечалось уже на первом году жизни ребенка. Каннер пришел к заключению, что эти дети, «состояние которых значительно отличалось от состояний, описанных ранее» [21], страдали синдромом, который он назвал, «ранний детский аутизм» (РДА). (Даже сейчас некоторые профессионалы используют термин РДА, что представляется неверным, так как дети-аутисты вырастают во взрослых аутистов и диагноз ранний детский аутизм по отношению, скажем, к 40-летнему мужчине звучит по крайней мере нелепо.) Термин РДА был оправдан в 1940-е-1950-е годы, когда ни сам Каннер, ни другие исследователи не могли предсказать будущее этих детей, не обладали данными о причинах, симптомах, типах аутизма.

Анализ отношений между детьми и родителями стал лейтмотивом исследований неофрейдистов и психологов «эго». Один из таких факторов был описан Л. Каннером. По его наблюдениям, родители детей с аутизмом имеют высокий интеллектуальный потенциал, излишне холодны в общении с ребенком, чрезмерно рациональны и позиционны, вследствие чего они не способны создать ту теплую, доверительную, эмоционально насыщенную атмосферу, которая так необходима детям. Аналогичную точку зрения поддерживают М. Клейн и М. Малер, считая, что недостаток материнской ласки – главная причина детского аутизма, а отказ

детей от общения возникает как следствие неспособности матери установить непосредственный эмоциональный контакт с первых недель жизни ребенка [22, 23].

По мнению В.М. Башиной, в становлении теории аутизма можно выделить несколько основных этапов:

– донозологический период (конец XIX–начало XX века) характеризуется отдельными упоминаниями о детях со стремлением к уходу в одиночество. Первым специалистом, обратившим серьезное внимание на очень маленьких детей с тяжелыми психическими расстройствами, включающими выраженные отклонения, такие как задержка и расстройство процесса развития, был психиатр N. Maudsley, рассматривавший описанные расстройства как психоз [24];

– доканнеровский период (20-40-е года XX века) – постановка вопроса о возможности выявления у детей так называемой, шизоидии [1].

В дальнейшем аутизм рассматривается:

1. как особое конституциональное состояние [1, 25];
2. как шизофреническое постприступное состояние [1, 4, 5];
3. как органическая патология центральной нервной системы [12];
4. как нарушение адаптационных механизмов незрелой личности [13];
5. как состояние при синдроме фрагильной X-хромосомы и фенилпировиноградной олигофрении.

6. большинство отечественных и зарубежных исследователей описывает разностороннее специфическое поведение аутистичных детей [5, 11, 16, 19 и др.] с отходом от контактов, страхом перед любыми изменениями, отказом от использования речи и нарушениями коммуникативной функции;

– постканнеровский период (с 80-х гг. XX века): отход от классических позиций Л. Каннера, рассмотрение аутизма как группы неспецифических синдромов разного происхождения, среди которых выделяют типичный, атипичный аутизм и аутизм Аспергера.

Завершая обзор психологических представлений об аутизме в зарубежной психологии, можно отметить следующие моменты:

1. термином «аутизм» описывают состояния доминирования чувственного, аффективного над логическим, рациональным;
2. аутизм в приложении к познавательным процессам – восприятию, мышлению, сознанию – означает обусловленность последних аффективными состояниями и независимость от логических законов реальности;
3. аутизм определяет изначальный этап развития ребенка, где основу психической жизни составляет «принцип удовольствия»;
4. аутистическая игра употребляется для обозначения асоциальной природы детской игры, позволяющей ребенку удовлетворять подавляемые обществом тенденции.

В настоящее время проблема развития аутизма вызывает бурный интерес ученых, врачей, психологов и педагогов всего мира в связи с тем, что по данной тематике гораздо больше вопросов нежели ответов на них. Вопросы о расстройствах аутистического спектра в детстве неоднократно поднимался на протяжении более чем полувека. В зависимости от уровня развития психиатрии, научного направления, в рамках которого рассматриваются аутистические расстройства, их природа и клиника, они соответственно определяются как симптом, синдром, болезнь, патология развития. Ученым и специалистам всего мира предстоит проделать долгий путь, прежде чем загадка аутизма будет раскрыта полностью.

ЛИТЕРАТУРА

1. Башина В.М. О синдроме детского аутизма Каннера. // Журнал невропатоло-

логии и психиатрии. – 1974. – № 10.

2. Блейер Е.А. Аутистическое мышление. - Одесса, 1928.
3. Богдашина О. Аутизм: определение и диагностика. - Донецк, 1999.
4. Вроно М.Ш. Возрастные особенности течения шизофрении у детей: автореферат диссертации доктора мед наук. – М., 1963.
5. Вроно М.Ш. Шизофрения у детей и подростков. – М., 1971.
6. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. – М., 1979.
7. Куперник К.Н. Детский аутизм: ведущее поражение. // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1972. – № 10.
8. Лебединская К.С. Психические нарушения у детей с патологией темпа полового созревания. – М.: Медицина, 1969.
9. Леонтьев А.Н. Проблемы развития психики. – М., 1965.
10. Леонтьев А.Н. Психологические вопросы дошкольной игры. – Советская педагогика, 1965.
11. Мамцева В.Н. Клиника, лечение и профилактика вялотекущей шизофрении у детей: автореферат диссертации канд. мед. наук. – М., 1958.
12. Мнухин С.С. Резидуальные нервно-психические расстройства у детей. - Л., Ленинградский педиатрический мед. институт, 1968. – Т. 51.
13. Ниссен 1971, (источник – из статьи Башиной В.М., 1974).
14. Пиаже Ж. Избранные психологические труды / [пер. с фр.]. - М. : Просвещение, 1969.
15. Сухарева Г.В. Клиника шизофрении у детей и подростков. – М., 1974.
16. Сухарева Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста. – М., 1974.
17. Фрейд З. Психоанализ детского страха. – М., 1913.
18. Штерн В. Психология раннего детства до шестилетнего возраста. – СПб., 1915.
19. Bittelheim B. The empty fortress. N.V. – L., 1967.
20. Freud Z. The cases of «Little hans» and the «Rat Man». N.Y., 1958.
21. Kanner L. Autistic disturbances of anectire contact. // Nerv, child, 1945, v. 2.
22. Klein M. The psychoanalysis of children. L., 1932.
23. Mahler M. Psychoanalytical study of children. N.V., 1952.
24. Maudsley (1867) – источник взят из статьи Башиной В.М., 1974.
25. Rimland M. Infantile autism. N.Y. 1964.
26. Goldstein K. The Organism. N.Y., 1939.

T.V. Dokukina, N.K. Grigopieva, T.N. Alyko, N.A. Sergeeva
HYSTORIC ASPECT OF PSYCHOLOGICAL PROBLEMS OF CHILD
AUTISM

Republican Research-Practical Center of Mental Health, Belarusian State Medical University (Minsk).

Abstract. Authors try to track history of formation and development of concept of autism; views are presented: Z. Freud, E. Bleuler, G. Piage and others. In publication autism is considered as an independent disease which demands noteworthy attention of psychiatrists and other experts.

Key words: autism, autistic mind, psychoanalysis.

СОЦИОЛОГИЯ ДЕТСКОЙ ИГРЫ

ФГНУ «Институт социологии образования» РАО (Москва).

Резюме. В статье приведены результаты социологического опроса родителей детей дошкольного возраста об особенностях детской игры с точки зрения их родителей. Анализируется включенность родителей в игру детей, их активность как организаторов сюжетно-ролевой игры, а также их представления о предпочтениях детей относительно любимых игрушек. Анализ проводится относительно влияния таких социально-демографических факторов, как пол и возраст детей.

Ключевые слова: социология дошкольного детства, игровая деятельность, игрушка, включенность взрослого в совместную деятельность с ребенком.

Значение игры для психического развития ребенка трудно переоценить. Специалисты в области дошкольного детства отмечают, что в сюжетно-ролевой игре формируются и интенсивно развиваются все высшие психические функции и личностные особенности ребенка: произвольное поведение, произвольное внимание, память, соподчинение мотивов и др. Игра оказывает большое влияние на умственное развитие дошкольника. Она способствует тому, что ребенок переходит к мышлению в образах и представлениях, развивает способности, позволяющие понять другую точку зрения [5; 7; 8; 9; 10; 11; 12]. Игра есть деятельность, в которой ребенок сначала эмоционально, а затем интеллектуально осваивает социальные отношения. Это особая форма освоения действительности путем ее воспроизведения, моделирования.

В психологической науке существуют разнообразные теории детской игры: Ф. Шиллера, Г. Спенсера, В. Вундта, К. Грооса, В. Штерна, К. Бюллера, Ф. Бонтендайка, З. Фрейда, Э. Эриксона, Ж. Пиаже и др. В этом ряду одно из ключевых мест занимают положения об игре ребенка-дошкольника, сформулированные в отечественной психологии (см. работы Л.С. Выготского, А.Н. Леонтьева, А.В. Запорожца, Д.Б. Эльконина, Л.И. Божович и др.) [1; 3; 4; 6; 17; 18]. Следует отметить, что если в рамках отечественной психологической науки существует богатая традиция исследования игры, то социологические работы по данной тематике практически отсутствуют. Учитывая важность игры как ведущей деятельности дошкольного возраста, мы попытались коснуться данной темы в нашем социологическом исследовании.

В данной статье мы рассмотрим особенности детской игры с точки зрения родителей детей дошкольного возраста. При этом одна линия анализа будет посвящена включенности родителей в игру детей, их активности как организаторов сюжетно-ролевой игры: играют ли родители вместе со своими детьми? придумывают ли сюжеты и сказки для игры ребенка? Другая касается представлений родителей о предпочтениях детей относительно любимых игрушек: есть ли у ребенка любимые игрушки, какие они? каково соотношение традиционного и современного культурного контекста в содержании игры дошкольника сегодня?

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 [13; 14; 15; 19]. В ходе анализа мы будем учитывать влияние таких социально-демографических факторов, как пол и возраст детей, на мнения родителей об особенностях детской игры.

Включенность родителей в совместную игру с ребенком

В ходе исследования мы уделили особое внимание выявлению места совместной игры родителей с ребенком в структуре их семейного досуга. С этой целью респондентам был задан специальный вопрос о том, как обычно они проводят свободное время с ребенком дома. Полученные результаты показывают, что совместная игра родителей и детей занимает здесь одно из ведущих мест: каждый второй из опрошенных родителей (49,1%) отмечает, что предпочитает в свободное время играть со своим ребенком. Однако важно обратить внимание и на то, что по мере взросления ребенка родители все реже отмечают игру как важный элемент совместного досуга (см. рис. 1).

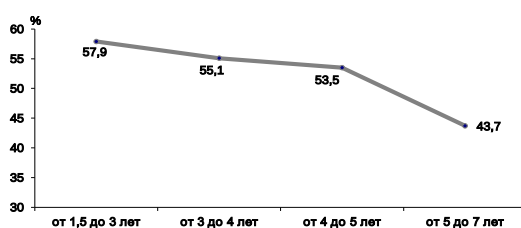


Рисунок 1. Доля родителей детей разного возраста, предпочитающих в свободное время играть со своим ребенком (%)

Для определения особенностей *включенности* родителей в организацию совместной игры с ребенком им был предложен специальный вопрос. При этом ответы на него позволяют охарактеризовать не только включенность родителей в игру с ребенком (играю/не играю), но и выявить те причины, в связи с которыми родители не принимают участия в совместной игре: ребенок предпочитает играть самостоятельно; дефицит свободного времени; неумение родителей играть.

Анализ полученных ответов показывает, что большинство родителей активно включается в совместную игру со своим ребенком (64,3%). Однако почти каждый четвертый (22,5%) отмечает, что его ребенок предпочитает играть самостоятельно; каждый десятый (10,2%) ссылается на нехватку времени для совместной игры с ребенком; и лишь незначительная часть родителей (3,0%) отмечает: «не умеют играть».

Следует обратить внимание на то, что включенность родителей в совместную игру со своими детьми явно содержательно коррелирует с такими особенностями детско-родительских взаимоотношений, как стили взаимодействия (авторитарный, ориентация на равноправие) и эмоциональное самочувствие взрослого при общении с ребенком. Так, если среди родителей, придерживающихся авторитарного стиля воспитания, доля играющих с ребенком составляет 40,7%, то среди сторонников равноправных отношений взрослого и ребенка таких гораздо больше — 70,0% ($p=.0001$). И, напротив, придерживающиеся авторитарного стиля чаще, чем родители, поддерживающие равноправные отношения с ребенком, указывают, что их дети играют самостоятельно (33,3% и 17,8% соответственно, $p=.009$). Таким образом, склонность к авторитарному стилю накладывает ограничения на сотрудничество взрослого с ребенком в игровой деятельности.

Не менее показательны и эмоциональные характеристики детско-родительских отношений в связи с участием взрослого в игровой деятельности (см. рис. 2).

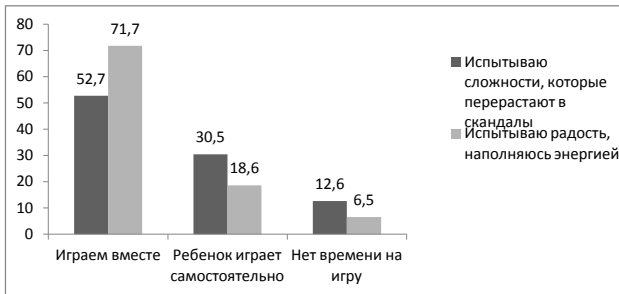


Рисунок 2. Проявление негативных (сложности, скандалы) и позитивных (радость, энергия) эмоциональных состояний в трех группах родителей (%)

Приведенные на рисунке данные отчетливо показывают, что родители, испытывающие позитивные эмоции при общении с детьми, гораздо чаще, чем те, кто фиксирует проблемы в детско-родительских взаимоотношениях (сложности, скандалы), указывают и на совместную игру со своим ребенком. Противоположная тенденция проявляется среди тех родителей, которые отмечают трудности в отношениях с ребенком. Они чаще указывают на отсутствие совместной игры: либо им не хватает на это времени, либо ребенок предпочитает играть самостоятельно. Как мы видим, результат однозначен: включенность родителей в игровую деятельность оказывает явное позитивное влияние на общий эмоциональный фон детско-родительских отношений.

Важным показателем включенности взрослого в совместную игру с ребенком является его способность *организовать игровую ситуацию, сюжетно-ролевое пространство детской игры*. В этой связи родителям предлагался специальный вопрос: «Придумываете ли Вы сами для своего ребенка сказки, интересные истории для игры?». Полученные результаты достаточно неожиданны и показывают, что большинство родителей (60,1%) «довольно редко» придумывает своему ребенку сюжет для игры. Регулярно предлагает игровые сюжеты лишь четверть родителей (26,9%). Остальные 13,0% вообще не проявляют подобной активности: 5,0% не считают это необходимым, 3,5% ссылаются на отсутствие времени, 4,5% указывают, что не умеют.

Характерно, что по мере взросления ребенка родители все реже проявляют свою активность, связанную с организацией игрового сюжета. При этом основной сдвиг происходит при переходе от среднего (4-5 лет) к старшему дошкольному возрасту (5–7 лет) — 31,9% и 22,9% соответственно ($p=.001$). Таким образом, приведенные данные показывают, что на этапе старшего дошкольного возраста происходит не только снижение активности взрослого как партнера в детской игре, но и изменяется его роль в ее организации — он все реже становится автором игрового сюжета. Добавим, что отказ взрослого от принятия подобной *авторской позиции* связан не только с возросшей активностью ребенка, но и с усложнением са-

мой игры. В этом отношении весьма показательно, что по мере взросления ребенка все большее число родителей указывает на свое неумение придумывать игровые сюжеты. Отсюда следует, что именно на этапе перехода к сюжетно-ролевой игре взрослый все чаще оказывается неспособен к ее организации и поддержке. По-видимому, это связано также и с тем, что взрослый не может психологически войти в «предлагаемые обстоятельства» детской игры. Неумение взрослого принять игровые обстоятельства характеризуют хорошо описанные феномены, когда ребенок ограничивает от него игровое пространство (закрывает дверь, прячется и т. д.). Это связано с тем, что взрослый находится не в *смысловом пространстве* игры, а в пространстве *значений* обыденной жизни, результатом чего является разрушение игровой ситуации и игры в целом [16; 18].

Предпочтение детьми-дошкольниками различных видов игрушек

В ходе опроса нас интересовало мнение родителей именно о любимых игрушках их ребенка: какие игрушки в большей степени предпочитают мальчики, а какие девочки? как по мере взросления ребенка меняются его приоритеты? В этом отношении вопрос о любимой игрушке позволяет охарактеризовать сюжетно-событийное содержание детской игры, динамику ее развития.

В ходе исследования родителям дошкольников был задан открытый вопрос: «Какая у Вашего ребенка любимая игрушка?». В результате было получено более 1500 ответов, которые были сгруппированы в 12 категорий. Средние данные о предпочтениях различных видов игрушек детьми дошкольного возраста приведены в табл. 1.

Таблица 1. Мнения родителей о видах игрушек, предпочитаемых их детьми-дошкольниками (%)

Виды игрушек	Об- щее	Родители мальчи- ков	Родите- ли де- вочек	p=
Транспортные игрушки	31,1	43,3	6,0	.000 1
Животные	30,5	20,2	41,5	.000 1
Традиционные куклы	17,5	1,6	34,8	.000 1
Материалы для продуктивной игры	13,6	15,0	8,0	.000 1
Современные куклы	7,0	0,0	14,8	.000 1
Современные персонажи детской субкультуры	5,7	7,2	2,1	.000 1
Военные игрушки	4,6	6,6	0,5	.000 1
Не игрушки	3,2	3,3	2,1	—
Традиционные персонажи детской субкультуры	3,1	1,3	4,9	.000 2
Спортивные игрушки	2,2	2,2	1,6	—
Игры с правилами	1,4	0,9	1,6	—
Дидактические игры	0,5	0,5	0,3	—

Полученные данные показывают существенную разницу в видах игрушек, предпочитаемых мальчиками и девочками. Так, мальчики чаще предпочитают транспортные игрушки, материалы для продуктивной игры, современных персонажей детской субкультуры, а также военные игрушки. Девочки же чаще, чем мальчики, отдают предпочтение животным, традиционным куклам, современным куклам, а также традиционным персонажам детской субкультуры. Эти результаты позволяют говорить о том, что не только содержание, но, по-видимому, и психологические особенности игровой деятельности мальчиков и девочек существенно различаются. И в первую очередь это связано с особенностями игровой роли: в одном случае, у девочек, кукла выступает либо как партнер, либо как посредник реализации ролевого отношения; в другом случае, у мальчиков, игровая роль осуществляется как действие «Я в предлагаемых обстоятельствах».

Важно обратить внимание и на возрастные изменения. На рис. 3 и 4 представлена динамика изменения предпочтений тех или иных видов игрушек по мере взросления ребенка.

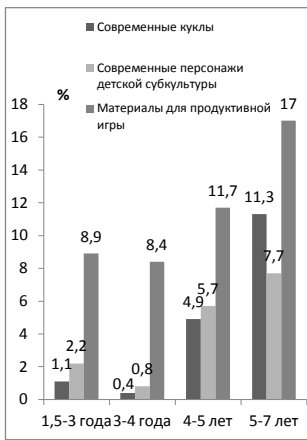


Рисунок 3. Динамика роста предпочтений различных видов игрушек по мере взросления ребенка (%)

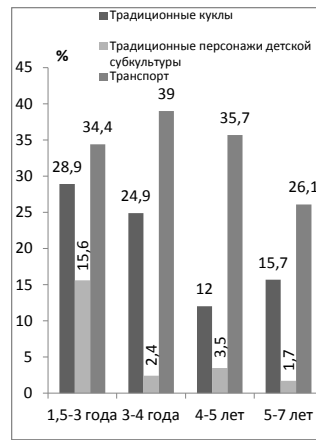


Рисунок 4. Динамика сокращения предпочтений различных видов игрушек по мере взросления ребенка (%)

Приведенные на рисунках данные позволяют выделить две содержательные тенденции. Первая связана с усложнением игры: если на ранних этапах ребенку интересны игрушки-средства (машинки, транспорт), то к старшему дошкольному возрасту все более популярными становятся игрушки, необходимые для сюжетно-ролевой (куклы, персонажи), а также для продуктивной игры (конструирование). Вторая тенденция состоит в том, что с возрастом дети все большее внимание начинают уделять персонажам современной детской субкультуры, в то время как значимость традиционных сюжетов для игр явно снижается. Таким образом, можно сделать вывод, что сюжетно-ролевая и режиссерская игры дошкольника не просто развиваются, но на этапе перехода к старшему дошкольному возрасту на-

чинают строиться преимущественно на материале современной детской культуры. Традиционные же персонажи оказываются наиболее популярны среди детей раннего возраста, когда сюжетно-ролевая игра только начинает формироваться. Эти результаты имеет смысл сопоставить с приведенными выше данными об изменении степени включенности взрослых в детскую игру по мере взросления ребенка. Напомним, что по мере взросления ребенка родители все реже отмечают свое участие в совместной игре с детьми. Отсюда мы можем сделать вывод о том, что игровое взаимодействие «взрослый — ребенок», как правило, строится на материале традиционной детской культуры, в то время как самостоятельная игра ребенка реализуется через современные сюжеты с привлечением современных персонажей.

Структурный анализ возрастных предпочтений различных видов игрушек. При обсуждении результатов ответов родителей на вопрос о любимых игрушках своего ребенка мы рассмотрели два аспекта. Первый касается гендерных различий, второй — возрастной динамики. Теперь же попытаемся совместить эти две линии анализа и ответить на вопрос, как меняются ответы родителей о любимых игрушках мальчиков и девочек по мере взросления детей.

С этой целью нами был проведен специальный факторный анализ, для которого была сформирована матрица данных, фиксирующая предпочтения различных видов игрушек у мальчиков и девочек разных возрастных групп. Факторизация этой матрицы методом главных компонент с последующим вращением по критерию Varimax Кайзера позволила построить упрощенную четырехмерную факторную модель, описывающую 89,2% общей суммарной дисперсии. Структурные особенности выделенных факторов приведены в табл. 2.

Таблица 2. Факторы, характеризующие мнение родителей об особенностях предпочтения различных видов игрушек в дошкольном возрасте

F1 (40,4%)		F2 (21,3%)		F3 (17,7%)		F4 (9,7%)	
Современные персонажи детской субкультуры	0,9 6	Игры с правилами	0,8 8	Дидактические игрушки	0,9 2	Не игрушки	0,9 8
Материалы для продуктивной игры	0,9 1	Современные куклы	0,8 0	Традиционные персонажи детской субкультуры	0,9 0		
Военные игрушки	0,7 2	Спортивные игрушки	- 0,8 5				
Традиционные куклы	- 0,6 4	Транспортные игрушки	- 0,6 8				
Животные	- 0,6 2						

Приведенное в таблице описание факторов требует ряда пояснений. Так, мы видим, что в отдельный самостоятельный фактор F4 вошли ответы, классифицируемые нами как «не игрушки». Сюда, как правило, относится компьютер и разнообразные игровые приставки. Иными словами, это особые средства, предостав-

ляющие возможность для игр, (скорее игровая среда, или «игрушка-сеттинг», по классификации В. Вахштайна [2]), но не игрушка в ее традиционном понимании. Показательно, что с высокими положительными значениями по оси данного фактора расположились родители мальчиков 3-4 и 4-5 лет. Это позволяет сделать вывод, что в понимании родителей компьютерная игровая среда выступает как явно привлекательная для детей данного возраста.

Весьма характерен и фактор F3. В содержательном отношении его определяют дидактические игрушки. Причем обучающая игрушка в сознании родителей оказывается тесно связана с традиционными персонажами детской субкультуры. Подобный факт свидетельствует о том, что сама традиционная культура, по мнению взрослых, содержит в себе мощный дидактический потенциал. В этой связи следует обратить внимание на то, что наибольшие значения по оси этого фактора имеют девочки в возрасте 1,5-3 и 3-4 лет. Таким образом, эффективность обучающего воздействия детской традиционной культуры фиксируется родителями в основном в отношении девочек раннего и младшего дошкольного возраста.

Специальный интерес представляет рассмотрение двух наиболее мощных факторов — F1 и F2. Они оба биполярны и фиксируют, с нашей точки зрения, весьма содержательные оппозиции. Если положительный полюс фактора F1 определяют персонажи современной детской культуры, военные игрушки и материалы для продуктивной игры, которые сами по себе содержат набор *символических кодов* («игрушки-оснастки», по В. Вахштайну), то отрицательный полюс характеризуют традиционные куклы и животные, выступающие не столько средством, сколько *партнером* по взаимодействию («игрушки-актанты», по В. Вахштайну). Таким образом, фактор F1 задает оппозицию «ориентировочная программа действий (*сюжет*) — пространство межличностных отношений (*роль*)». Иными словами, положительный полюс в психологическом плане определяет особый тип вхождения ребенка в игровую ситуацию путем действия с игрушкой-средством — «Я в предлагаемых обстоятельствах». Отрицательный же полюс — это вхождение в игру посредством выстраивания партнерских отношений ребенка с персонажем (или между персонажами) через принятие ролевой позиции.

Второй биполярный фактор F2 на положительном полюсе определяют игры с правилами и современные куклы, а на отрицательном — спортивные и транспортные игрушки. По сути, отрицательный полюс характеризует актуализацию манипулятивной игры и физической активности ребенка. Положительный же вводит игру в контекст современной детской культуры и необходимости подчинения игровому правилу. В этой связи следует подчеркнуть два важных содержательных момента. Первый касается известного положения, сформулированного Д.Б. Элькониным, о развитии игры: движение от игры со *скрытым* правилом (в нашем случае F2-) к игре с *открытым* правилом (F2+) [18]. Другой момент связан с *современными куклами*. В отличие от современных персонажей детской субкультуры (F1+) они задают не столько сюжет, сколько набор современных гендерных стереотипов, особое отношение к телесности (куклы Barbie, Bratz и проч.).

Особый интерес представляет размещение в пространстве факторов F1 и F2 родителей мальчиков и девочек четырех возрастных групп (см. рис. 5).

Как видно из рисунка, девочки раннего возраста (1,5–3 года) по обоим факторам имеют практически нулевые значения, что дает основания говорить о том, что особенности игры у этих детей еще не связаны с сюжетно-ролевыми отношениями. Напомним, что для них характерной является дидактическая игра с использованием традиционных персонажей. Для мальчиков раннего возраста характерна манипулятивная игра с использованием спортивных и транспортных игрушек (F2-).

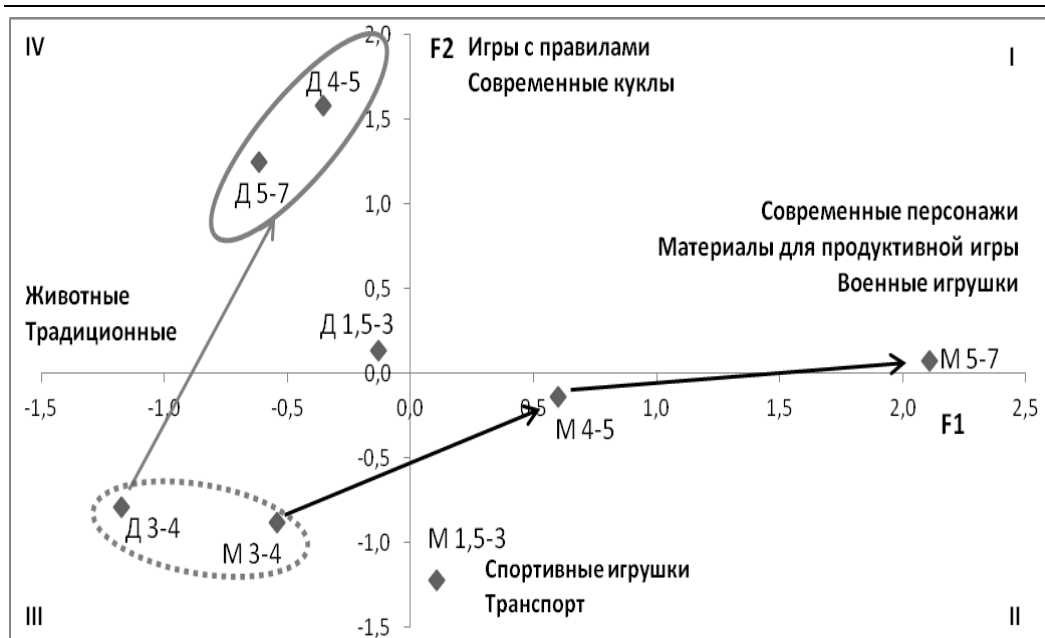


Рисунок 5. Размещение родителей мальчиков и девочек разных возрастных групп в пространстве факторов F1 и F2

Собственно сюжетно-ролевая игра начинает развиваться и у мальчиков, и у девочек в младшем дошкольном возрасте (3-4 года). И те, и другие расположились в квадранте III, который характеризуют, с одной стороны, «игрушки-актанты» (животные, традиционные куклы), а с другой — игрушки-средства (транспортные, спортивные). Иными словами, здесь и начинается разворачиваться классическая игра, которая требует наличия как игрушек, опосредующих роль, так и игрушек-средств.

Однако далее, по мере взросления, как видно из рисунка, игра девочек и мальчиков разворачивается по двум принципиально разным траекториям. Так, девочки среднего (4-5 лет) и старшего (5-7 лет) дошкольного возраста разместились в квадранте IV. Это позволяет говорить о том, что по мере взросления используемый девочками ролевой репертуар, на котором строится игровая деятельность, расширился: к традиционным куклам и животным добавились и современные куклы. В то же время у них явно актуализируется потребность играть по правилам. Таким образом, у девочек реализуется классическая линия развития игровой деятельности — переход к *сюжетно-ролевой игре с открытым правилом*. У мальчиков ситуация развития игры выглядит иначе. По мере взросления у них практически не значимой становится опора на игровое опосредование роли с помощью куклы. Здесь важными оказываются именно игровые средства, поддерживающие символическое значение роли («оснастка»). Да и выбор в качестве любимой игрушки современного персонажа — это не столько выбор куклы, сколько выбор своеобразной «статуетки», которая, по мнению Ю.М. Лотмана, содержит художественный текст, т. е. особый сюжет. Иными словами, мальчик входит в сюжетно-ролевую игру не с помощью куклы-посредника для реализации межличностных отношений, а с помощью игровых средств, позволяющих развернуть *действие в логике определенного сюжета*. Таким образом, у девочек игра строится на

развитии *многообразия ролевого репертуара*, а у мальчиков — за счет *освоения разнообразных сюжетов*. Заметим, что классическая логика развития игры, связанная с переходом к играм с открытым правилом, у мальчиков проявляется не столько в плоскости сюжетно-ролевой игры, сколько в ситуациях, связанных с компьютерными играми, о чем, в частности, свидетельствуют высокие значения по фактору F4. Иными словами, игра с открытым правилом осуществляется мальчиками в виртуальном мире компьютерных игр.

* * *

Завершая статью, отметим три наиболее существенных, с нашей точки зрения, момента.

1. Проведенное исследование показало, что по мере взросления ребенка происходит заметное уменьшение активности родителей по организации и поддержанию его игровой деятельности. Особенно значимые изменения происходят на этапе перехода к старшему дошкольному возрасту, т. е. тому этапу, когда ребенком реализуется развернутая сюжетно-ролевая игра. Если на этапе младшего дошкольного возраста взрослый строит свои игровые отношения с ребенком, удерживая дидактическую позицию, то по мере взросления ребенка он становится менее способен к реализации собственно партнерского ролевого взаимодействия, необходимого для сюжетно-ролевой игры. Важным барьером здесь, в частности, выступает отстраненность взрослого от современной детской культуры (ее персонажей и сюжетов).

2. Полученные материалы свидетельствуют о позитивном влиянии совместной игры с ребенком на общий эмоциональный фон детско-родительских отношений. Верно и обратное: негативные отношения с ребенком (сложности, скандалы) разрушают возможность реализовать полноценную совместную игру.

3. Выявлены особые возрастные траектории развития игровой деятельности у мальчиков и девочек, которые определяются своеобразием отношения ребенка к разным видам игрушек. Если девочки в ходе игры ориентированы на освоение и расширение ролевого репертуара поведения с помощью игрушек-партнеров, то мальчики — на освоение разнообразных игровых сюжетов с использованием игрушек-средств, поддерживающих символическое принятие роли.

ЛИТЕРАТУРА

1. Божович Л.И. Личность и ее формирование в детском возрасте. — М.: Просвещение, 1968. — 464 с.
2. Вахштайн В.М. Социология игрушек: в поисках экзистенциального объекта. — URL: <http://postnauka.ru/longreads/5076>. Дата обращения: 02.10.2012.
3. Выготский Л.С. Вопросы детской психологии. — СПб.: Союз, 1999. — 224 с.
4. Запорожец А.В. Избранные психологические труды: в 2 т. — М.: Педагогика, 1986.
5. Карабанова О.А. Возрастная психология. Конспект лекций. — М.: Айрис пресс, 2005. — 238 с.
6. Леонтьев А.Н. Лекции по общей психологии. — М.: Смысл, 2001. — 511 с.
7. Мухина В.С. Возрастная психология: феноменология развития, детство, отрочество: Учебник для студ. вузов. — М.: Академия, 1999. — 456 с.
8. Обухова Л.Ф. Возрастная психология. — М.: Педагогическое общество России, 2004. — 372 с.
9. Смирнова Е.О. Психология ребенка. Учебник для педагогических училищ и вузов. — М.: Школа-Пресс, 1997. — 384 с.
10. Смирнова Е.О. Дошкольник в современном мире. — М.: Дрофа, 2006. —

270 с.

11. Смирнова Е.О. Детская психология. — СПб.: Питер, 2009. — 304 с.
12. Смирнова Е.О., Гударева О.В. Состояние игровой деятельности современных дошкольников // Психологическая наука и образование. — 2005. — № 2. — С. 76–86.
13. Собкин В.С., Иванова А.И., Скобельщина К.Н. Отношение родителей дошкольников к школьному образованию // Педагогика. — 2012. — № 4. — С. 20–26.
14. Собкин В.С., Скобельщина К.Н., Иванова А.И. Влияние социальных факторов на семейный досуг дошкольника // Социологические исследования. — 2013. — № 6. — С. 62–70.
15. 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.
16. Фрадкина Ф.И. Психология игры в раннем детстве: Автореферат дисс. ... канд. пед. наук. — М., 1950. — 20 с.
17. Эльконин Д.Б. Избранные психологические труды. — М.: Педагогика, 1989. — 560 с.
18. Эльконин Д.Б. Психология игры. — М.: Владос, 1999. — 360 с.
19. 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. — Т. 5, № 11. — С. 1602–1616.

Sobkin V.S., Skobeltsina K.N.

SOCIOLOGY OF CHILDREN'S PLAY

Institute for Sociology of Education RAE (Moscow).

Summary: The article presents the results of a poll of preschool children parents about the features of children's play from the point of view of their parents. The various issues related to the involvement of parents in the play of children, their activity as authors of the plots for role-playing games, as well as their perceptions about children's favorite toys are analyzed in the research. The analysis is conducted on the impact of such socio-demographic factors as gender and age of children.

Keywords: sociology of preschool childhood, play activity, toys, adult involvement in joint activities with children.

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

Л. Эммануэль

ПРИМЕНЕНИЕ НАВЫКОВ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА МЛАДЕНЦАМИ В РАБОТЕ С ДЕТЬМИ ДО ПЯТИ ЛЕТ¹

Тавистокская клиника (Лондон).

Резюме. Модель наблюдения за младенцами клиники Тависток широко признана в качестве необходимого фундамента клинической подготовки специалистов в области охраны психического здоровья взрослых, детей и младенцев. В статье показано, как можно объединить навыки наблюдения за младенцами, принципы психоаналитического мышления, а также основу теории привязанности и исследования в области развития ребенка с целью совершенствования психотерапевтического подхода в работе с семьями, имеющими младенцев и маленьких детей. В статье описана Тавистокская модель наблюдения за младенцами и проиллюстрирована клиническими примерами.

Ключевые слова: Тавистокская клиника, наблюдение за младенцами, модель, психодинамический подход, теория привязанности, терапевтические вмешательства, родители, дети в возрасте до пяти лет.

Модель наблюдения за младенцами клиники Тависток широко признана в качестве необходимого фундамента клинической подготовки специалистов в области охраны психического здоровья взрослых, детей и младенцев. В этом докладе я надеюсь показать, как можно объединить навыки наблюдения за младенцами, овладение принципами психоаналитического мышления, а также основами теории привязанности и исследованиями в области развития ребенка с целью совершенствования психотерапевтического подхода в работе с семьями, имеющими младенцев и маленьких детей. Тавистокская модель наблюдения за младенцами описана в книге «В чем суть? Терапевтические интервенции в работе с родителями, детьми и младенцами» [3].

В клинике Тависток в Лондоне реализуется новая обучающая программа, которая включает двухгодичный модуль наблюдения за младенцами с последующим получением диплома / степени магистра в области детского психического здоровья, подтвержденного Университетом Восточного Лондона. Эквивалентный курс преподается в Бристоле. Целью данного курса является помощь студентам в тренировке наблюдательности и понимания как сознательных, так и бессознательных факторов, влияющих на развитие ребенка. Этот курс помогает студентам стать более чувствительными к интеракциям/взаимодействиям, которые они будут наблюдать в своей повседневной профессиональной практике.

Наблюдение за младенцами. Прежде, чем представлять клинические данные, нам кажется важным уточнить, что именно мы подразумеваем под наблюдением за младенцами, так как этот термин может быть использован в различных контекстах. Мы говорим об определенном виде наблюдения, который мы предлагаем использовать нашим студентам, чтобы воссоздать картины внутреннего и внешнего мира ребенка, его восприятия и взаимодействия с другими людьми. В своей привычно занятой жизни специалисту бывает трудно остановиться и обра-

¹ Перевод А.С. Омельченко, научная редакция – Т.Н. Пушкарева

тить внимание на мельчайшие детали поведения ребенка и оценить их влияние. Возможность понаблюдать за ребенком в домашних условиях или в детском учреждении, записать свои наблюдения и обсудить их в семинарской группе позволяет прийти к пониманию внутреннего мира младенцев и маленьких детей и их формирующих отношений с окружающими людьми. С целью наблюдения специалист посещает младенца или маленького ребенка дома, в игровой группе или детском учреждении один раз в неделю, в одно и то же время, осуществляет наблюдение на протяжении одного часа и детально описывает деятельность ребенка и особенности его взаимодействий с другими. Затем подробное описание визита обсуждается на семинаре под руководством детского психотерапевта. Наблюдение проводится непредвзято, без попыток теоретизировать или выдвигать гипотезы относительно того, что он наблюдает. Тот факт, что наблюдатель не несет никакой ответственности за уход за ребенком, то есть просто наблюдает, имеет важное значение, потому что означает, что он может в полной мере воспринимать эмоциональное воздействие ситуации, а это подразумевает подавление в себе импульса желания вмешаться и исправить ситуацию «экспертным» советом.

В следующем кратком описании, взятом из наблюдений за ребенком Джамалем в возрасте десяти недель, сделанных студентом курса психического здоровья младенцев, наблюдатель чутко проследила попытки матери контейнировать и регулировать опыт ребенка.

«Джамаль, уже полностью проснувшийся, лежит на кровати. Все его тельце двигается взволнованно, он выпрямляет конечности, затем снова с силой их сгибает. Он издает негромкие короткие звуки. Мать склоняется над ним и смотрит ему в глаза: «Привет, Джамаль, ты проснулся, не так ли?» Он кажется немного удивленным ее внезапным появлением, все его тело начинает трястись, ручки и ножки сразу начали двигаться вверх и вниз, его глаза широко открылись. Затем он расслабляется и замедляет движения, не отрывая своих глаз от глаз матери. Она улыбалась ему и тихо с ним разговаривает и гладит по головке от лба назад к затылку. Джамаль, шевеля конечностями, сразу сжимает кулачки и начинает двигать ручками вверх и вниз. Мать рассмеялась: «О-о-о, как ты борешься своими кулачками, какой ты у меня сильный и умный мальчик». Мать имитирует движения Джамала, двигая собственными кулаками. После этого Джамаль начинает сильно двигать правой рукой и левой ногой, остальные его конечности двигаются медленнее. Продолжая смотреть в глаза матери, он складывает закрытый рот в некое подобие улыбки и издает короткий негромкий звук г-г-а-а. Мама повесила над ним черно-белый мобиль с геометрическими фигурами. Джамаль внимательно смотрит на движущиеся фигуры - он смотрит с любопытством и выглядит заинтересованным, при этом его тельце остается почти неподвижным. «Посмотри, как интересно, Джамаль, видишь, как они двигаются и поворачиваются.» Последив какое-то время за предметами, Джамаль начинает поворачивать голову влево и отводить глаза, его телодвижения становятся более активными и более взволнованными. Мать сразу обращает на это внимание: «По-моему, с тебя уже достаточно? Ты больше не хочешь». После этого она поворачивается к наблюдателю и говорит: «Он с удовольствием следит за игрушками, только если это недолго, но через некоторое время он, кажется, пугается».

Мы видим, что всего в 5 минутах жизни ребенка поместилось такое разнообразие опыта. Мы видим, как в те моменты, когда он был напуган или не ощущал холдинга, он становился более фрагментированным и менее физически скоординированным, а также мы видим, как тонкая настройка матери на его состояние ус-

покаивала ребенка и давала ему возможность лучше контролировать движения своих ручек и ножек.

Во время обсуждения на семинаре наблюдатель рассказала, как она одновременно чувствовала себя лишней и была тронута моментами близости и созвучия в этой паре и как она была ошеломлена, как и большинство обучающихся технике наблюдения, насколько сильные эмоции вызывала в ней эта сцена близости.

Теперь мы можем приблизиться к рассмотрению клинической работы, проводимой в Службе консультирования детей до пяти лет, в рамках которой на протяжении уже многих лет проводятся оперативные, относительно краткосрочные вмешательства в семьях с младенцами и маленькими детьми. Важной моделью для предлагаемой краткосрочной работы является применение базовой техники психоаналитического понимания в короткие сроки. Основы психотерапевтической работы включают понимание психоаналитической теории, теории привязанности, исследований развития ребенка и навыки наблюдения за младенцами. На практике это предполагает способность быть восприимчивым к мощной проекции родителей и их детей, а также способность контролировать собственный контрперенос на семью. Понимание последних достижений в исследованиях науки о мозге также могут быть полезны, это особенно касается проявлений вегетативно обусловленного рефлекса страха, наблюдаемых при работе с детьми, подвергнутыми младенческим психотравмам, которые могут демонстрировать гиперреактивность и склонны к вспышкам, на первый взгляд, ничем не спровоцированной агрессии.

Я думаю, что ключом к применению этих идей является глубоко укоренившееся понимание упомянутых выше основ в сочетании с гибкостью подхода, что позволяет принимать разнообразные решения относительно частоты, продолжительности и вида терапевтического вмешательства. Некоторые родители отмечали, что для них были ценными не только практические советы, но и сочетание понимания коммуникаций их детей с тем особым вниманием, которое было обращено к ним как родителям.

Прежде, чем привести некоторые клинические примеры, я хотела бы рассмотреть значение вербальной и невербальной коммуникации маленьких детей, их влияние на специалистов, которые работают с детьми раннего возраста, и профессионалов в области психического здоровья детей и то, как понимание наблюдения за младенцами может повысить эффективность понимания этих коммуникаций.

Нам известно, что с рождения (и в большей мере еще до рождения, внутриутробно) факторы окружающей среды и характеристики ребенка (темперамент) влияют на то, как мир принимает ребенка и какова внутренняя картина мира, которая формируется у ребенка.

С самого начала можно видеть, какие потребности младенца позволяют ему выжить на физическом уровне. Это три базовые потребности – в еде, физическом контакте и в чистоте, – имеют психологические параллели. Психологические потребности так же важны для здоровья и выживания младенца, как и физиологические. Мир, который окружает ребенка, должен в достаточной мере предоставить эти три компонента ухода в определенном виде, а то, как именно ребенок воспользуется предоставленной заботой, зависит уже от особенностей конкретного младенца. Рассматривая все три потребности по очереди, я, по ходу, буду приводить примеры случаев, в которых, возможно, возникли определенные сложности и примеры детских механизмов защиты, которые используются для избегания болезненной депривации в одной из трех областей опыта: кормлении, холдинге (физическом контакте и удерживании), поддержании чистоты – контейнировании.

Во-первых, очень важным компонентом жизнедеятельности младенца явля-

ется еда, и ребенок получает от матери намного больше, чем просто молоко, он вбирает в себя любовь и внимание, которые сопровождают ситуацию кормления, или, в случае менее благоприятной ситуации кормления, тревожность, враждебность или даже отвержение.

Ребенок, который получал удовольствие во время кормления, скорее всего, с энтузиазмом и доверием будет открывать свой ум новым отношениям и новым знаниям. Когда стимулируется его аппетит и активизируется любопытство, это приводит сначала к исследованию тела матери, а затем и к познанию постоянно расширяющегося окружающего мира. Для ребенка, родительское воспитание которого отличалось ненадежностью или депривацией, чувство беспомощности, вызванное незнанием/непониманием, может быть настолько непереносимым, что он не хочет учиться, поскольку считает, что все и так знает и не нуждается в других людях (см. ниже). Если в ранних отношениях при кормлении ребенка преобладали злость и боль, то процесс получения/принятия чего-либо извне может сопровождаться страхом, недоверием, отвержением или просто отсутствием аппетита при кормлении и интереса и удовольствия в обучении.

Пример того, как враждебность и неприятие могут быть переданы ребенку вместе с молоком, можно видеть в случае молодой мамы, которая наблюдалась в клинике, потому что ее младенец Дениз просыпался по 8 раз за ночь. В семье были проявления домашнего насилия, и мать обижалась на отца, который, как она чувствовала, сбрасывал на нее всю работу по дому. Отец Дениза много работал. Мама была беженкой из другой страны, не получала поддержки и имела низкую самооценку. Казалось, что внутри своего психического мира ей было сложно отделить легко уязвимого младенца Дениза от агрессивного мужа, и она жаловалась, что мальчик - «грязный, вонючий ребенок» и это ей «Божья кара». Дениз сидел на полу и играл за ее стулом, как будто отгораживая себя от ее резких слов и не давая им войти в себя. Когда он проголодался, он прополз 3 фута и, оказавшись перед матерью, развернулся к ней спиной, она наклонилась и кормила его, повернутого к ней спиной и сидящего на большом расстоянии. Было немного страшно наблюдать отсутствие контакта между ними. Казалось, что Дениз использует стратегию защиты, чтобы не впустить в себя материнские проекции злости и враждебности и в тоже время получить пищу. Такая стратегия может быть нужна для его выживания, но также, понятно, что, если он привыкнет эмоционально «закрываться» и не пускать в себя новую «пищу» или «пищу для ума» и будет относиться к любой новой идее с подозрением, то это может повлиять на его способность обучаться. Впоследствии он может воспринимать любого взрослого, предлагающего ему новый опыт, например, учителя, с ожиданием, что ему придется защищаться от наплыва отрицательных проекций и закрываться от всего нового, не отделяя хорошее от плохого.

Вторая потребность – потребность в удерживании/холдинге и его психологическом эквиваленте. Ребенка требуется «держат в уме», иначе он не выживет. Ребенок может пострадать, если про него забудут, если его упустят или выпустят из головы, точно так же, как если его выпустят из рук, когда он сидит у мамы на коленях. Если дети не чувствуют надлежащего холдинга, их тело трясется, как будто они могут распасться на части. Это наблюдал каждый, кто видел голенького ребенка, с которого сняли контейнирующие слои одежды, ползунки, одеяльце и опускают в ванную. Мы можем видеть, как ребенок, потрясенный сильными телесными переживаниями голода, страха или возбуждения, может ощутить холдинг через голос матери, которая пытается понять его потребности. Когда внимание матери не направлено на младенца или ребенка, если он не чувствует под-

держки и холдинга в материнской психике, ему приходится находить альтернативные пути поддержки целостности собственной психики.

Для того чтобы поддержать собственную целостность, младенцы могут прибегать к целому ряду способов защиты от чувства «распада на части». Они могут смотреть на какой-то предмет, например, на яркий свет, и хотя может казаться, что им любопытно, они могут не понимать, на что смотрят. Младенцы могут «приклеивать» свой взгляд к источнику света, как будто таким образом они стараются удержать себя от переживания распада, когда их слишком надолго оставляют без холдинга или внимания. Дети раннего возраста и старшие дети часто не снимают верхнюю одежду, когда приходят в ясли, или настаивают на том, чтобы их шнурки были завязаны туго, как будто их одежда может помочь им ощущать холдинг. В классе неуверенные в себе дети (или дети, которые чувствительны к переменам в расписании, к замене учителей и т. д.) могут использовать настырные вопросы, для того чтобы «удержать» рядом с собой учителя и удостовериться, что их «держат в голове». Иногда дети могут использовать чтение как способ сохранить ощущение целостности или наполнить себя словами, если у них случилась потеря (слова не являются для них символическими или значимыми, но кажется, что они заполняют пустоту после потери кого-то и чего-то (потеря или разлука с родителями). Такие способы совладания с помощью «второй кожи», дополнительного слоя защиты со страхом распада на части, чувством покинутости, потери могут помочь понять эмоциональные состояния маленького ребенка.

Например: мне позвонила патронажная медицинская сестра (health visitor) и попросила совета, так как с ней хотела проконсультироваться мать 3-летнего Бена, по поводу его поведения: он настаивал на том, чтобы ему давали памперс, в который он мог испражняться в углу спальни. Мне не хватало информации, и я кратко обсудила с ней, что у некоторых детей есть опасения по поводу дефекации, связанные с тем, что они боятся, что их внутренности могут выпасть. Это связано с ранним детским ужасом распада на части. Подгузник представляет собой своего рода «кожу», которая нужна для поддержания ребенком собственной целостности, возможно, в ситуации отсутствия холдинга и внимания со стороны тех, кто ухаживает за ребенком.

Патронажная сестра позвонила снова несколько недель спустя и нарисовала более четкую картину всей ситуации: она описала очень аккуратный дом, в котором дети получают звездочки за поддержание порядка и уборку. Бен страдал от повторяющихся глистных инвазий, которые вызывали зуд. Я предположила, что он может испытывать чувство преследования, как будто внутри него находится что-то ужасное. Она с этим согласилась. Мне было интересно, присутствует ли в доме некоторая ригидность, и патронажная сестра описала мать как «разумную и организованную женщину, профессионально компетентную, которая пытается эффективно вести свой дом и свой бизнес дома». Я задалась вопросом, может ли мать воспринимать ведение домашнего хозяйства и уход за детьми, как «профессиональное» мероприятие, и таким образом она может не быть в контакте с более «неаккуратными» эмоциями ребенка, его чувствами страха и злости. Озабоченность чистотой также может означать необходимость «привести в порядок», смыть более неаккуратные чувства ребенка и может передать ребенку непереносимость как физического, так и эмоционального «беспорядка». Возможно, ребенок испытывает потребность в эмоциональной поддержке матери, так как он боится своих фекалий, а также своих грязных чувств, которые исходят/истекают из него.

Патронажная сестра сочла такое предположение интересным и добавила, что

ребенок всегда настаивает, чтобы мать тщательно проверяла его памперс, чтобы убедиться, что в нем нет никаких отверстий. Я сказала, что это может означать, что у него есть некоторые опасения по поводу распада на части и что поэтому он может ощущать потребность в надежном, безопасном вместилище (контейнере) для того, что он выделяет. Тогда патронажная сестра рассказала мне о ситуации в семье: мать развелась с отцом, когда Бен был младенцем, и ее нынешний партнер, любимый отчим, только на протяжении половины недели остается в их доме. Я связала страх ребенка относительно попадания фекалий в туалет с отсутствием отчима в течение половины недели, и мы обсуждали, как часто страхи перед использованием туалета могут быть связаны с эмоциональными состояниями тревоги, связанной с сепарацией и потерей. Мы обсуждали, как ребенку можно было бы помочь, если мать сможет подготовить Бена к еженедельным уходам отчима.

Она согласилась и, связавшись со мной через некоторое время, сказала, что смогла провести некоторую работу в этом направлении и проблема разрешилась. Во время этой краткой беседы описание патронажной сестрой потребности ребенка в дополнительном слое «холдинга» в виде памперса напомнило описание психоаналитиком Эстер Бик (Esther Bick) введенного ею термина «контейнирование с помощью второй кожи», когда ребенок находит среди собственных ресурсов замену ощущению безопасности, основанному на стабильности отношений [1]. Таким образом я смогла познакомить патронажную сестру с идеей/представлением о ребенке, который может чувствовать недостаток контейнирования со стороны матери, которая могла бы переработать его «неаккуратные» чувства (концепция контейнирования и контейнера В. Биона [2] и вернуть их обратно в измененном (примемом) виде. В свою очередь, патронажная сестра смогла собрать более детальные наблюдения. Тогда наступил момент трансформации, в котором, согласно нашему пониманию, происходит переход от конкретного уровня – задерживания дефекации – к эмоциональному уровню – потери любимого объекта, который выскальзывает в дверь (отверстие в памперсе/подгузнике, «отверстие» в психике) и заставляет ребенка чувствовать себя покинутым и разбитым.

Третья потребность – это процесс «убирания за ребенком» и его жизненно важная психологическая параллель. У маленьких детей отсутствуют психические возможности для переработки потока приятной или болезненной и пугающей сенсорной информации, которая обрушивается на них, и они полагаются на помощь взрослых для того, чтобы справиться с ним, или «контейнировать» этот поток, иногда содержащий ошеломляющие переживания. Если ребенок расстроен, он нуждается в контейнирующем взрослом, который сможет уделить ему внимание и воспринять те чувства, с которыми ребенок сам не может справиться. При этом важно, чтобы взрослый не поддавался тревоге и смог удовлетворить потребности ребенка. Таким образом у ребенка появляется опыт взаимодействия с матерью, которая может о нем думать и перерабатывать его чувства. Ребенок во взаимодействии с вдумчивым и внимательным родителем учится осмысливать собственные переживания и думать самостоятельно. У него в уме появляется модель человека, который уделяет ему внимание, может интересоваться им и думать о нем, – все эти характеристики, которые ребенок должен интернализировать, для того чтобы мыслить символически, говорить, учиться и читать.

Что происходит, когда мать не может выполнять для ребенка эти функции контейнирования и «reverie» (мечтания/задумчивости) [2]. Единственным выходом для ребенка становится активизация своих усилий по эвакуации, удалению из себя персекуторных (преследующих) ощущений, которые грозят пересилить его, чтобы с большей энергией попытаться получить доступ к мыслям матери и чтобы

его коммуникации были приняты и поняты. Он может пытаться достичь этого, стараясь добраться до нее (ее разума) со все большей силой и враждебностью. Реагируя на мать, которая может быть редко или непоследовательно доступна контакту, ребенок может пытаться получить реакцию от пассивной или депрессивной матери с помощью все более буйных реакций, крича, брыкаясь, царапаясь или, иногда, ударяясь головой, как будто он старается таким образом в нее проникнуть.

Ребенок может бессознательно переживать невозможность/неспособность депрессивной матери воспринять и контейнировать его чувства как ее нежелание воспринимать его чувства или как враждебность. Если состояния (переживания) преследования не воспринимаются родителем и не находят себе «места» в голове матери, тогда у ребенка закрепляется фигура недоступного родителя, непереносимые чувства возвращаются к ребенку в неизменном виде и его ощущения преследования и дискомфорта усиливаются. Когда ребенок со все большей силой и враждебностью пытается передать свои чувства матери, стараясь получить ее реакцию, может образоваться порочный замкнутый круг. Это часто бывает источником нарушенного/плохого поведения ребенка, направленного на привлечение внимания родителя, которое может маскироваться под синдром гиперактивности с дефицитом внимания. Можно выдвинуть гипотезу, что некоторые случаи дефицита внимания могут развиваться на основе депрессии у матери, которая приводит к усиленным попыткам младенца вызвать реакцию матери. Истоки такого поведения возможно проследить в первые месяцы и недели жизни ребенка. Ранние паттерны невнимательности, которые ребенок интернализирует, в дальнейшем выражаются в трудностях концентрации внимания на протяжении какого-то срока, что приводит к негативным последствиям в школьном обучении.

В некоторых ситуациях, в зависимости от своего темперамента, ребенок может отказаться от попыток «пробиться» к матери, и тогда он может сам стать похожим на депрессивную мать. Впоследствии в классе можно наблюдать такого ребенка как инертного, казалось бы не реагирующего, которого учителя характеризуют как такого, до которого трудно достучаться. Возможно, такой ребенок усвоил модель родителя, не восприимчивого к коммуникациям других, и идентифицирует себя с этой внутренней моделью. Это часто приводит к тому, что учителя считают такого ребенка с психологическими защитами, «не допускающими внутрь», менее интеллектуально развитым, чем он есть на самом деле.

Альтернативная реакция на дефицит внимания в результате депрессии матери проявляется в бессознательном избегании ребенком состояния зависимости. Ребенок преждевременно становится самостоятельным и склонным к контролю, справляясь с неудовлетворенными потребностями, проявляя себя мало нуждающимся в утешении или поощрении со стороны взрослых. Эти дети начинают очень рано самостоятельно сидеть, не стремятся устроиться на коленях своих матерей, не сидят расслабленно, но, как правило, развивают свою собственную мышечную силу, они рано уверенно стоят на хорошо развитых ножках, а иногда и начинают достаточно рано ходить – в 6 или 7 месяцев. Хотя таких детей воспринимают как очень развитых, их склонность все контролировать и видимое отсутствие ранимости/уязвимости можно рассматривать как способ справляться с разочарованием в связи с неудовлетворенными ранними потребностями. Они помогают себе, прибегая к отказу в том, чтобы почувствовать любую потребность, а также чувства утраты, разочарования или нехватки чего-либо. Младенцы, у которых развивается такая мышечная «вторая кожа» как способ поддерживать свою целостность в отсутствии материнского холдинга, могут заставить мать чувство-

вать себя еще более бесполезной и не адекватной, поскольку они вызывают ложное впечатление, что она им на самом деле не нужна.

Эти ранние бессознательные защиты также могут создавать проблемы в обучении, так как дети, которые не могут быть в контакте с ощущением зависимости, с трудом принимают тот факт, что учитель (как и мама) может обладать тем, чего у них самих еще нет. Такие дети не могут позволить себе осознать, что сами они не владеют всеми знаниями и не знают всех ответов, и им может потребоваться взрослый или учитель, который может что-нибудь показать или дать. Это заставляет их чувствовать себя маленькими и тревожными, вызывая в них чувства беспомощности, которые они испытывали в младенчестве, когда их нуждаемость/потребность в чем-либо приводила не к удовлетворению, а к фрустрации. В школе, когда даются новые задания или новая информация, такие дети начинают плохо себя вести или «улетают» в сон наяву, где они могут фантазировать о том, что ни в ком не нуждаются и сами контролируют все ресурсы.

Приведу пример того, как навыки наблюдения за младенцами могут применяться в психоаналитическом подходе Тавистокской киники в работе с детьми до 5 лет. Пример следующего случая описывает краткосрочное вмешательство, направленное на семью, и высвечивает некоторые «моменты трансформации» в работе, которые привели к улучшению способности родителей контейнировать невыносимые эмоциональные состояния маленького ребенка, что привело к изменению в семейных отношениях и облегчению симптомов.

Матиас, 3 года. Холдинг или Ожидание?

Матиас с родителями был направлен в Службу для детей младше пяти лет из-за сильных запоров, которые, по словам родителей, доминировали в жизни семьи и были причиной выраженного стресса. Я начинала работать с семьей в рамках Проекта коротких вмешательств (ПКВ), в ходе которого проводится до 7 семейных сессий, основанных на психодинамическом подходе. Я кратко опишу сессии и подчеркну несколько последовательных моментов трансформации, которые могли повлиять на облегчение симптомов у Матиаса и изменения в умении родителей наблюдать и понимать значение взаимодействий Матиаса.

На первой встрече у меня сложилось впечатление сильного и запутанного переплетения между матерью и сыном и исключенного отца, а в какой-то момент мне пришла мысль о том, что, возможно, мать беременна. Я услышала, что Матиасу сложно «сходить покакать» и что он может не оправляться на протяжении до 8 дней. Мама описывала то, как возрастают его дискомфорт, вялость и апатичность, а по прошествии нескольких дней Матиас становится раздражительным и агрессивным – отец с удивлением отметил, что в яслях он даже укусил другого ребенка. Мне показалось, что они объясняют любую его враждебность тем, на каком этапе «цикла» запора он находится. Когда родители описывали их непредсказуемую профессиональную жизнь с частыми незапланированными поездками за границу, у меня сложилось впечатление, что Матиас отчаянно пытался использовать контроль над своим сфинктером как способ поддержать себя в отсутствии ментального холдинга со стороны родителей. Получалось, что для того, чтобы избежать чувства покинутости и утраты, он взял на себя контроль за отнятием от груди и обучением пользования горшком, предвосхищая планы собственных родителей.

Когда, по мере продвижения сессий, он все больше ощущал внимание к своим ранним потребностям и понимание родителями его коммуникаций, этот процесс постепенно проявился в его игре с куклой, которая сидела на горшке и какала, и интересе к игрушкам для младенцев, которые находились в комнате.

Я привела упомянутую выше часть сессии, в качестве примера того, как появляются наблюдения и как течет беседа между терапевтом, родителями и ребенком. Тем временем Матиас берет фломастеры и начинает рисовать овальные формы зеленого цвета, некоторые из них побольше, другие - маленькие. Я останавливаюсь и спрашиваю его о рисунке с намерением узнать, не какашки ли это (я подумала, что, возможно, это «дети-какашки», однако я не поднимала этот вопрос, пока это не стало основной темой на сессиях). Он пробормотал - «нет». Я прокомментировала, что он заполнил всю страницу крупными рисунками. Потом родители рассказали мне, что дома они предлагают ему крепко держаться за ручку двери, которую они называют «какательной», как минимум раз в день. Когда они это описывали, он подошел к двери и взялся за ручку, как будто демонстрируя то, о чем они говорили. Стоя там, он выглядел подавленным и беспокойным, и я задавалась вопросом: не думает ли он, что должен будет что-то сделать прямо во время сессии. Мама тепло с ним поговорила, и он вернулся на диван. Теперь мама подошла к двери, взялась за ручку и нагнулась, демонстрируя, как он тужится чтобы покакать. Я сказала, что мне кажется, что Матиас должен за что-то крепко держаться. Оба его родителя закивали, и мы понаблюдали за мальчиком, который сидел на полу, держал в одной руке погремушку, во рту у него была соска, он выглядел, как ребенок более младшего возраста, будто бы так он себя успокаивал после переживания тревожного момента.

Отец вставил замечание, что Матиас «хороший и умный» мальчик, но очень осторожный. Затем родители очень быстро заговорили о своей довольно насыщенной профессиональной жизни и упомянули о своих частых поездках за границу без Матиаса. Поездки могли длиться по 3-4 дня, в некоторых случаях это были совместные поездки, в других случаях они ездили отдельно друг от друга. Я поинтересовалась, беспокоится ли Матиас по поводу этих передвижений, которые находятся вне его контроля. Отец описал потребность Матиаса точно знать, что происходит и где находятся его родители. Я сказала, что похоже на то, что его беспокоит потеря контроля над ситуацией, может быть, он чувствовал, что не может контролировать свои какашки, когда они из него выходят. Отец сказал, что это правда, кажется, что мальчик сильно хотел их задержать, и когда они неожиданно начали из него выходить, он перепугался. Я сказала, что для детей может быть пугающим чувство, что какая-то их часть выпадает и теряется в туалете. Отец согласился. Мама с довольно отстраненным видом просто сидела, ничего не говоря, и внимательно следила за происходящим.

К этому моменту Матиас нашел куклу младенца и горшок и нечетко сказал, что младенец собирается какать. Он захотел, чтобы мама сняла слой подгузника. Я спросила: кажется, что Матиас не хочет, чтобы младенец наделал беспорядок, возможно, беспорядок ему не нравится? Мама согласилась и сказала, что, если у него руки становятся грязными, он пугается и ему должны их быстро помыть. Я предположила, что он боится грязи, нечистоты, связанной с хождением на горшок. Отец добавил, что и дома, и в яслях он держит вещи в порядке, и кажется, что он с ними не столько играет, а скорее разбирает и ставит на место, даже до того как задание доведено до конца... Я предположила, что беспорядок его подавляет, он, кажется, тревожится, что он может распространиться повсеместно, — и это пугает.

Мы все восхищались вымышленными какашками в горшке, и я прокомментировала, что, возможно, Матиаса интересуют младенцы, подгузники, погремушки, то есть вещи для младших детей. В тот момент, когда я об этом говорила, Матиас попросил еще одну соску, забрался на колени к маме и собственнически к ней прижался. Родители очень эмоционально описывают, как их беспокойство

растет с каждым днем, пока напряжение дома не становится невыносимым и, в конце концов, разрешается при помощи радостной дефекации. Я прокомментировала этот цикл передачи тревожности между ними, и отец сказал, что они боятся, что их чувства передаются Матиасу и ухудшают его состояние: «Нам может понадобиться больше помощи с этим, чем ему!» Я предположила, что Матиас организует всю семью с помощью своей проблемы и таким образом делает так, что их разум наверняка будет занят им.

Теперь, когда он лежал поперек мамы, мне показалось, что ему нравится быть младенцем. Отец сказал, что он часто спрашивает про младенцев. Я ответила: возможно он об этом думает потому, что родители детей его возраста часто заводят второго ребенка. Отец упомянул, что няня Матиаса беременна и он этим интересуется. Я сказала, что поняла: Матиас любит удерживать вещи, не любит разлуку и перемены, возможно, он чувствует, что ему необходимо держаться и не отдавать свою роль маленького ребенка. Отец согласился и отметил, что Матиас очень привязан к своей маме.

В этот момент М пожаловался, что ему жарко, и снял рубашку, и так лежал бледный и худой, а мама гладила его белую кожу. Я спросила об их домашней жизни и услышала, что у них «очень открытая семья» и что Матиасу интересно смотреть, как его мама принимает ванну. Иногда он заходит, когда они в туалете, и торопит их. Я сказала, что мне кажется, что он думает, что может заходить куда угодно. Они сказали, что у них маленькая квартира-студия, и поэтому он всегда рядом с ними.

Матиас начал чесать руку с несчастным выражением лица, и мама сказала, что он часто жалуется на зуд. Я спросила о том, как было, когда он был младенцем, и они вспомнили, что он в течение нескольких месяцев страдал от выраженной экземы на задней поверхности ног. У него очень чувствительная кожа, и он настаивает, чтобы с одежды срезали бирки. Я предположила, что еще с младенческого возраста он выражал раздражение или фрустрацию через тело, эти чувства прорывались через его кожу. Я предположила, что сложности с едой и стулом могут быть соматическими проявлениями. Он производит впечатление обеспокоенного маленького мальчика, который старается крепко удержать контроль за своими какашками и, возможно, за своими родителями. Маленькие дети иногда чувствуют, что с ними так много всего делают, они чувствуют себя настолько беспомощно, что стараются удержать контроль хотя бы над чем-нибудь.

Я спросила про вскармливание и про то, как его отлучали от груди. Отец описал, насколько Матиасу нравилось кормление грудью, потом, как раз в тот момент, когда родители начинали подумывать о том, чтобы отучать его от груди, он сам перестал есть грудное молоко: «Матиас все решает сам». То же самое случилось с бутылочкой: он отвернулся от нее как раз в тот момент, когда они подумывали о том, что ему пора от нее отучаться. Также произошло с горшком. В тот момент, когда ему надо было приучиться к туалету, для того чтобы ходить в ясли, он сам решил начать ходить в туалет: он очень аккуратный, у него не было ни одного случая неудачи, и он очень точно целится в горшок. Я сказала, что когда он чувствует что «с ним» собираются что-то сделать, то берет инициативу в свои руки, то есть «делает» это сам.

У меня сложилось впечатление, что родителям необходимы конкретные стратегии, которые они могли бы применить для того, мальчик легче вписывался в их насыщенную профессиональную жизнь и чтобы уменьшить напряжение дома. Я начала чувствовать, что сложности, которые возникают у Матиаса, связаны с потребностью в том, чтобы о нем думали, «держали его в уме», и его потребностью

в эмоциональном контейнировании. В отсутствие такого родительского внимания у него, видимо, развилась мускульная вторая кожа как контейнер, ему пришлось полагаться на собственные ресурсы, чтобы поддержать свою целостность и избежать примитивного ужаса перед распадом на части и фрагментацией. Таким образом, его жесткий контроль за работой сфинктеров представляет собой замену холдингу, которого он лишен, особенно когда происходят неожиданные перемены или переход в новое состояние. Его зудящая, чувствительная, бледная кожа создавала впечатление довольно незащищенного ребенка без кожи, чьи непереносимые инфантильные ментальные состояния прорываются наружу соматически через кожу в условиях вероятного отсутствия внимательного материнского контейнирования. Мне показалось, что, с одной стороны, родители предпочитают видеть это как физическую проблему, и хотя они говорили о своих опасениях по поводу передачи тревожности ему, мне кажется, что мысль о том, что у него есть потребность справляться со своей тревожностью, удерживая кал и стараясь удержаться на позиции младенца в семье, не приходила им в голову.

Один из моментов трансформации/преобразования произошел во время встречи с родителями, когда отец с раздражением сказал, что в прошлый раз я спросила о том, как их самих воспитывали и что он вообще не может вспомнить ничего о том, как он рос, что у него в голове не было никакой модели воспитания. Он казался расстроенным и сказал: «Мы были теми самими родителями, про которых можно прочесть каждый день, – мы поехали в больницу и вышли с маленьким ребенком и абсолютно не представляли что же дальше делать.» Я отметила, насколько беспомощными они, наверное, себя чувствовали. Отец раздраженно сказал: «Слушайте, единственное, зачем мы пришли, это четвертый день в цикле. Первые 3 дня цикла проходят нормально, мы счастливо живем, но на четвертый день все идет не так, нарастают напряжение и раздражительность...». «Вы могли бы нам помочь и сделать так, чтобы он какал каждый день?», спросил он довольно отчаянно.

Я предположила, что накапливается не только кал, но и чувства, с которыми тяжело справиться до того момента, пока они в конце концов не прорываются сами. Вся его тревога и расстройство по поводу того, что его оставляют в школе, и по поводу того, что ему надо быть «большим мальчиком», могут накапливаться до той степени, когда их уже невозможно сдерживать. Оба родителя не были в этом уверены. Я сказала, что какашки – символически – это неаккуратные чувства, которые сначала сдерживаются, а потом прорываются подобно истерике. Эти состояние трудно вербализировать. Мама сомневалась и сказала, что он довольно хорошо выражает свои мысли. Я сказала, что именно его очень детские, очень уязвимые чувства трудно обратить в слова. Папа сказал раздраженно: «Послушайте, я знаю, что хочу контролировать ситуацию, я знаю, что мы оба многого достигшие и амбициозные люди. Вы видите, что мы не можем терпеливо сидеть в метро и просто ждать, пока нас сюда доставят, мы приехали сюда на велосипедах, мы много путешествуем. Мне бы хотелось и я ДОЛЖЕН узнать, как ему помочь, какие советы вы можете дать нам по поводу этой проблемы, я хочу помочь своему сыну». В контрпереносе я почувствовала сильное давление и ощутила отчаяние. Я знала, что отцу нужны были стратегии, но я предположила, что он выражал чувство беспомощности, связанное с тем, что он не может ничего сделать для своего сына. Он хочет, чтобы я предоставила ему стратегии, которые, он надеется, помогут ему избавиться от этого непереносимого чувства.

Оба родителя молчали и внимательно слушали. Я сказал, что я думала о том, что Матиасу необходимо от его родителей. Чтобы они могли очистить свой ум от

тревоги в достаточной мере, для того чтобы впустить туда некоторые его чувства и понять что они действительно значат, и дать им возможность остаться там достаточно долго, чтобы почувствовать, как это быть действительно беспомощным. В конце концов отец сказал : «Ну да, я вижу, что вы имели в виду... Он нуждается в том, чтобы мы поняли это... это беспомощное чувство, он нуждается в нашей эмпатии». Я согласилась и сказала, что этому идеальному ребенку, который все так внимательно приводит в порядок, может быть, сложно позволить себе отпустить себя и показать свои уязвимые, неаккуратные и беспомощные чувства. Они признали это спокойно и задумчиво. Я сказала: «Это интересно, что отец сказал нам, что он не мог вспомнить ничего о своем собственном детстве, может быть, он не хочет вспоминать такие же чувства беспомощности». Он сказал: « Это интересно, потому что, когда я думаю об этом сейчас, то такой была моя мать, она казалась довольно беспомощной, даже когда она смотрела за Матиасом, она , казалось, не знала, что делать. Мы часто задавались вопросом, как же она заботилась о нас, что она делала ? Я понятия не имею, всегда казалось, что она не знала, что делала». Мать добавила, что она еще не умеет готовить. Я говорила о смешанных чувствах, которые могут возникнуть, если быть в контакте с чувствами беспомощности. Отец сказал, что он думает, что я обнаружила что-то важное. Я подумала: отец иногда чувствует себя изолированным и некомпетентным, и предположила, что укладывание спать, которое всегда было сферой матери, может включать в себя отца, который тоже может читать Матиасу. В ответ на это они оба сказали, что Матиас точно будет капризничать и требовать маму. И я задалась вопросом, смогут ли они поддерживать друг друга в установлении границ, и предложила выступить более сплоченным родительским фронтом. Было время заканчивать, мать пересчитала сессии, 3 сессии уже прошли и 3 осталось. Я предложила проводить встречи раз в неделю, для того чтобы придерживаться четкой структуры, и они ушли.

Рамки доклада не позволяют дальше описывать этот случай, но Матиас начал испражняться чаще, и родители, особенно отец, сообщили, что они более способны понять своего сына и идентифицироваться с ним. Только на итоговой сессии мать призналась, что была беременна и случился выкидыш после того, как они с мужем прошли 75 километров в течение 3 дней как развлечение на день рождения.

Детский рисунок какашек на первой сессии теперь имел больше смысла, так как я исследовала его симптомы в свете этого события, и мать подтвердила, что Матиас считал, что ребенок в животике и что она «не может мочиться, потому что ребенок выйдет!». У меня осталось чувство, что мать удерживала эту информацию, как бы используя мощную форму контроля, что мешало моей способности дальнейшего изучения некоторых вопросов, что я почувствовала во время нашей первой встречи.

Я надеюсь, что этот пример иллюстрирует процесс трансформации/преобразования, который происходит в течение краткого промежутка работы. Лежащий в основе каждого терапевтического процесса «момент трансформации» опирается на тщательное наблюдение, осознание контрпереносных переживаний психотерапевта в ситуации здесь и сейчас на сессии и признания младенца в ребенке и ребенка во взрослом.

Заключение. Задача, стоящая перед психотерапевтом, предполагает краткосрочное психоаналитическое вмешательство, что позволяет подходить к терапевтической работе гибко для облегчения «медленного разворачивания с удвоенной скоростью». Это требует четкого внутреннего механизма, с тем чтобы обеспечить контейнирующий сеттинг для семьи, которая находится в бедственном положении.

нии, и мы должны признать, что краткая работа не означает «простая», ведь часто затрагиваются глубокие, примитивные состояния психики родителей и маленьких детей. Неизменно большинство психотерапевтических вмешательств будет включать сочетание разных позиций и подходов, но неизменная основа, состоящая из навыков наблюдения, психоаналитического понимания и знание детского развития, остается постоянной.

ЛИТЕРАТУРА

1. Bick, E. (1968). The experience of the skin in early object relations. *International Journal of Psychoanalysis*, 45, 484-486. Reprinted in: Briggs, A (Ed) 2002: *Surviving Space: Papers on Infant Observation*. The Tavistock Clinic Series, Karnac Books.
2. Bion, W. R. (1962b). A theory of thinking. (Ch 9. Pp 110 – 119) In: *Second Thoughts* (pp. 110-119). London: Heinemann, 1967.
3. Emanuel L. and E. Bradley (Eds.) (2008) What can the Matter be? Therapeutic Interventions with Parents, Infants and Young Children. The Tavistock Clinic Series. London: Karnac.

Louise Emanuel

THE APPLICATION OF OBSERVATION SKILLS TO WORK WITH UNDER FIVES

The Tavistock clinic (London).

Summary. The Tavistock Clinic model of Infant Observation is widely recognized as an essential foundation for clinical training of adult, child and infant mental health professionals. This paper illustrates how developing skills in infant observation and an understanding of psychoanalytic thinking, attachment theory and child development research, combine to enhance professionals' therapeutic approach to work with families, babies and young children. This approach is described in the paper and illustrated by clinical examples.

Key words: Tavistock Clinic, model, Infant Observation, psychodynamic approach, attachment theory, therapeutic interventions, parents, children under five.

Е.О. Смирнова

ИГРА В СОВРЕМЕННОМ ДОШКОЛЬНОМ ОБРАЗОВАНИИ

Московский городской психолого-педагогический университет, Центр игры и игрушки (Москва).

Резюме. Рассматриваются развивающее значение игры и причины ее редукции в дошкольном образовании. Подчеркивается, что игра как самостоятельная деятельность в настоящее время подменяется игровыми средствами обучения. Представлен сравнительный анализ игры как деятельности и как формы обучения. Среди преимуществ игры как деятельности выделяются самостоятельность, эмоциональная вовлеченность и спонтанность действий ребенка. Рассматриваются условия формирования и развития игровой деятельности в системе дошкольного образования: открытость образовательной программы, адекватная предметно-пространственная среда и игровая компетентность педагога. Приводятся комментарии к «Декларации о правах ребенка», связанные с правом на игру.

Ключевые слова: игра, развивающее значение игры, игровые формы обучения, условия формирования игры, открытость образовательной программы, адекватная предметно-пространственная среда, игровая компетентность педагога, право ребенка на игру.

В современной дошкольной педагогике одной из самых острых проблем является состояние детской игры. Ценность игры для детского развития признается практически всеми специалистами. Доказано, что именно игровая деятельность имеет решающее значение для формирования главных новообразований дошкольного детства: произвольного поведения, творческого воображения, самосознания и пр. Именно игра является содержанием общения дошкольников, в ней складываются межличностные отношения и коммуникативные способности детей [3; 4 и др.]. Но несмотря на эти общепризнанные аргументы, игра все больше вытесняется из системы дошкольного образования. Для формирования игровой деятельности детей отсутствуют необходимые условия. В режиме дня детских образовательных учреждений на свободную игру фактически не остается времени. Предметная среда детского сада не способствует, а часто препятствует созданию игрового пространства. Игра противопоставляется полезным занятиям как что-то необязательное, а потому ненужное. В результате уровень развития игры современных дошкольников резко снижается.

Наше исследование, в котором участвовали дошкольники в возрасте 5–6 лет из ДОУ Москвы [2] показало, что игра старших дошкольников в основном находится на низком уровне. У большинства детей (60%) игра сводится к однообразным действиям с игрушками. Высокий уровень, для которого характерны развернутые ролевые отношения и создание игрового пространства, зафиксирован только в исключительных случаях (5%). Тот уровень игры, который полвека назад считался возрастной нормой для старших дошкольников [7], в настоящее время является исключением.

Причины ухода игры из дошкольного детства достаточно очевидны. Прежде всего, это непонимание развивающего значения данной детской деятельности. Игра все чаще рассматривается взрослыми как развлечение, как бесполезный досуг, которому противостоит целенаправленное обучение и овладение полезными навыками. Давление образовательных достижений и приоритет обучающих занятий вытесняет игру. Раннее обучение для большинства родителей представляется более важным и полезным детским занятием, чем игра. При этом образование понимается преимущественно как усвоение знаний и приобретение учебных навыков (главным образом чтения, счета, письма). Приоритет знаний и учебной деятельности вытесняют игру из дошкольного образования.

Еще одной причиной ухода игры является отсутствие разновозрастных детских сообществ. Раньше игра возникала спонтанно, независимо от каких-либо педагогических воздействий взрослых, поскольку передавалась от старшего поколения детей к младшим (во дворах, в многодетных семьях и других разновозрастных группах). В настоящее время, когда преобладают однодетные семьи и контакты младших детей со старшими практически отсутствуют, естественные механизмы трансляции игры нарушены, а взрослые не могут и не хотят взять на себя функцию приобщения к игре.

Характерным явлением современности стала маркетизация детства. Изобилие товаров и развлечений для детей формируют установку на потребление. Так игрушки все чаще перестают быть средством игры и превращаются в товар, который взрослые приобретают для детей. Наши исследования показали, что в детской комнате современного дошкольника находится более 400 игрушек, из которых только 6% реально используются ребенком [5]. Игрушки становятся просто имуществом ребенка, предметами обладания, которые заполняют физическое пространство, но не становятся побудителями внешней и внутренней активности детей.

Установка на потребление активно формируется и усиливается экспансией

современных СМИ и видеопродукции для детей. Доминирующим занятием дошкольников стал просмотр мультфильмов, художественные достоинства и развивающий потенциал которых в большинстве своем весьма сомнительны. Это занятие интенсивно вытесняет игру как более активную и творческую форму деятельности.

Одной из главных причин вытеснения игры из дошкольного образования является **подмена игры как детской деятельности игровыми формами обучения**. Игра как бы не исчезает, а становится средством обучения, т. е. более «полезной» и направленной на усвоение нового. Действительно, в современной дошкольной педагогике значение игры не отрицается, а напротив, постоянно подчеркивается. Однако оно преимущественно рассматривается как чисто дидактическое. Игру используют для приобретения новых умений, представлений, для формирования полезных навыков и пр. Об этом, в частности, свидетельствуют многочисленные методы педагогической работы, где так или иначе присутствует термины «игровая форма», «игровые средства», «игровые технологии», «игровые занятия» и пр. Игра подменяется игровыми приемами и методами обучения, игровыми технологиями и все более становится не самостоятельной деятельностью (притом ведущей), а средством обучения.

В связи с этим хотелось бы четко обозначить **отличия игры** как самостоятельного вида деятельности от игровых форм обучения.

1. Прежде всего, настоящая игра - это **свободная активность, лишенная принуждения и контроля со стороны взрослых**. Взрослые не должны вмешиваться в игру, запрещать или прерывать ее. Они могут только наблюдать, участвовать в ней на равных правах или помогать по просьбе детей. Игра является главной и фактически единственной формой проявления инициативности и самостоятельности детей 3–5 лет. Такая самостоятельная активность позволяет ребенку почувствовать и увидеть результаты своей активности, воплощение своего замысла и, в конечном счете, почувствовать себя, что имеет неоценимое значение для формирования самосознания и субъектности.

В отличие от этого использование игровых приемов обучения предполагает ведущую роль и прямое руководство взрослого. Ребенок выполняет задания и инструкции педагога, отвечает на его вопросы, следует его указаниям и пр. Все это никак не ведет к развитию инициативности и самостоятельности ребенка (а значит его личности), но способствует формированию зависимости от указаний и инструкций взрослого.

2. Игра приносит **эмоциональный подъем**, причем источником удовольствия является сам **процесс деятельности**, а не ее результат или ее оценка. Играющие дети получают удовольствие от того, что они сами строят воображаемую ситуацию, выполняют принятые ими роли и соблюдают собственные правила. Они сами **хотят** действовать правильно в соответствии со своими представлениями о должном. Достаточно вспомнить меткое определение Л.С. Выготского: игра – это «правило, ставшее аффектом», или «понятие, превратившееся в страсть» [1, с. 10]. Ребенок сам пытается преодолеть импульсивные действия, чтобы получить удовольствие более высокого порядка. Именно это определяющим образом влияет на развитие мотивационной сферы, становление иерархии мотивов и личностных механизмов поведения. В случае игровых форм обучения действия ребенка направлены преимущественно на оценку взрослого, ведущей здесь становится мотивация достижения, которая всегда порождает сравнение с другими и конкурентные установки. Доминирование подобных установок уже в дошкольном детстве влечет за собой множество межличностных и внутриличностных проблем (демонстра-

тивность, обидчивость, агрессивность и пр.)

3. Настоящая игра – это **проба, спонтанное, активное опробование себя и предмета игры**. Она не может подчиняться какой-либо программе, обязательным правилам или строгому плану. Это всегда импровизация, неожиданность, сюрприз. Даже если это игра по правилам, выигрыш заранее не определен и элемент случайности неизбежен. Такая спонтанная импровизация становится источником поиска новых замыслов и решений. Она стимулирует творческую активность детей, их самовыражение. Благодаря этому игра становится источником творческого воображения и общей креативности. В отличие от этого игровые методы обучения предполагают следование определенным образцам, однозначные правильные действия или ответы на вопросы, что никак не способствует формированию творческого начала. Игры по разработанному взрослым сценарию, как и использование игрушек или сказочных сюжетов на занятиях, не имеет ничего общего с настоящей игрой. Развитая игра предполагает создание и удержание воображаемой ситуации и одновременное существование ребенка в реальном и воображаемом пространстве («как будто», «понарошку») [1; 2; 6].

Очевидно, что для того, чтобы выполнить свою ведущую роль и действительно стать средством развития ценных личностных качеств, сама игра должна иметь определенный уровень развития, соответствующий возрасту. Это значит, что дети должны принимать роли или наделять ими игрушки, осуществлять игровое и реальное взаимодействие, удерживать определенный сюжет, использовать предметы-заместители, моделировать игровое пространство. Наше исследование показало, что игра может задавать зону ближайшего развития, т. е. быть ведущей деятельностью, только в случае своего полноценного развития. У дошкольников с низким уровнем развития игры остаются неразвитыми произвольность, самоорганизация и мотивационная сфера личности [3]. Использование игры в качестве основной формы работы с детьми дошкольного возраста предполагает достаточно высокий уровень развития игры. Однако, как показывают исследования [2], реальный уровень развития игры у современных дошкольников достаточно низкий.

Прямым следствием дефицита игры является целый комплекс проблем в развитии современных детей, которые отмечают и психологи, и педагоги. Среди них можно выделить следующие:

- ситуативность поведения, зависимость от предметного окружения и в воспринимаемой ситуации; данная черта характерна для детей раннего возраста (до 3-х лет); в дошкольном возрасте невозможность создания своего замысла - это признак задержки развития;
- невозможность самоорганизации детей, зависимость от взрослого – без указаний взрослых и без прямого руководства дети не могут найти содержательного занятия, скучают или «бесятся»;
- дефицит воображения и внутреннего плана действия – дошкольники не могут придумать сюжет игры или сочинить историю, или нарисовать что-то, отличное от образца;
- недоразвитие воли и произвольности – дети не управляют своим поведением, они могут что-то делать только при прямом руководстве взрослых.
- коммуникативные трудности - общение детей сводится к минимуму и становится бессодержательным – не умея играть, они не знают, чем заняться вместе и либо дерутся и толкаются, либо занимаются со своими игрушками (в основном электронными).
- неразвитость мотивационно-смысловой сферы, т. е. отсутствие осознанных желаний, внутренняя пустота, отсутствие целенаправленности.

Все эти качества и способности в дошкольном возрасте складываются и развиваются в игре, поэтому ее отсутствие (или примитивный уровень) ведут к деформации развития данных ключевых личностных образований.

Все это вызывает естественную тревогу и побуждает к поиску путей восстановления полноценной игры в жизни детей и в дошкольном образовании.

Можно наметить ряд следующих **условий, способствующих возвращению игры.**

Прежде всего, это – **открытость образовательной программы.** В настоящее время дети и взрослые в детских садах существуют в жестких рамках образовательных занятий, предписанных программой. Их деятельность переструктурирована и запрограммирована, каждый шаг и каждый час расписаны и предписаны. Ни взрослые, ни дети не имеют возможности выбрать занятия и материалы для собственной активности. В такой ситуации нет и не может быть места для свободной игры. Но, учитывая мощный развивающий потенциал игры, образовательная программа для дошкольников должна предусматривать специальное время для этой деятельности (не менее 1–2 ч) и возможность свободного и содержательного общения детей. Это – необходимое (но, конечно, не достаточное) условие для появления детской игровой инициативы.

Еще одним важным условием развития игры является **адекватная предметно-пространственная среда.** Такая среда предполагает гибкость и трансформируемость пространства, возможность использования разных предметов (мебели, тканей, мягких модулей и пр.) для самостоятельного построения игровой ситуации. Полифункциональность среды и игровых материалов, наличие предметозаместителей (природного или бросового материала, многофункциональных игрушек) также стимулирует создание игровых замыслов. Между тем, в детских садах преобладают стационарные игровые уголки и закрытые реалистические игрушки с фиксированным способом действия (пластмассовые овощи и фрукты, посуда, кухонная утварь, инструменты и пр.). Такие игрушки провоцируют детей на стереотипные и однообразные способы действий. К тому же дети быстро теряют к ним интерес, поскольку их набор остается неизменным в течение многих месяцев. Результаты нашего обследования показали, что уровень игры детей зависит от организации предметной среды. Там, где дети могут самостоятельно создавать игровое пространство с помощью предметов-заместителей и подручных материалов, уровень игры существенно выше [2].

Но, конечно, главным условием формирования игры является позиция взрослого-воспитателя, его **игровая компетентность.** Данное понятие трудно определить, хотя оно является базовой составляющей квалификации дошкольного педагога. Попытаемся рассмотреть, что включает в себя способность взрослого приобщать детей к игре.

Прежде всего, это – креативность и развитое воображение: умение придумать сюжет, по-новому увидеть ситуацию, придать новое значение знакомым предметам, преодолеть сложившиеся стереотипы.

Дошкольный педагог сам должен уметь играть и заражать детей своей эмоцией. Для этого нужны специфические личные качества: открытость, артистичность, эмоциональная выразительность и – что особенно важно – серьезное отношение к игровой ситуации. Играющий верит в созданную им ситуацию и живет в ней. Поэтому старшие дети – лучшие учителя игры, так как им не нужно притворяться, они искренне верят в то, во что играют.

Еще одно важное качество воспитателя, способствующее игре, – тактичность и чуткость. Игрой нельзя управлять директивно, давая указания и контролируя

действия детей. Здесь важно быть непосредственным участником действия, удерживая в то же время общий план и замысел. Самый важный и тонкий момент при руководстве игрой – это соблюдение меры собственной активности, понимание того, когда нужно взять на себя ведущую роль, когда подыграть детям, а когда «уйти в сторону» и ограничиться скрытым наблюдением. Поддержка игры предполагает косвенное, не директивное руководство. Здесь недопустимы как авторитарная, дидактическая позиция взрослого, так и его полное устранение от игры детей, игнорирование их инициативы. Однако, как показывает практика, именно эти две тактики наиболее часто встречаются в детских садах.

И конечно, для дошкольного педагога важно знание разнообразных игр – фольклорных, народных и современных. Такие игры представляют особый пласт культуры, адресованный детям и несущий в себе серьезный развивающий потенциал. Посредником в передаче этой культуры детям должен выступить прежде всего дошкольный педагог.

Перечисленные нами качества и способности должны стать необходимой составляющей профессиональной подготовки дошкольного педагога, поскольку они лежат в основе игровой компетентности.

Без игровой компетентности педагога невозможна развитая игра детей. А игра – практически единственная область, где дошкольник может проявить свою инициативу и творческую активность. Именно в игре дети учатся контролировать и оценивать себя, понимать, что они делают, и (это главное) начинают хотеть действовать правильно. Самостоятельное регулирование своих действий превращает ребенка в сознательного субъекта своей жизни, делает его поведение осознанным и произвольным.

Следует отметить, что в последнее время во всем мире разворачивается общественное движение в защиту детской игры. 1 февраля 2013 г. ООН объявила о принятии Общего Комментария к ст. 31 «Декларации о правах ребенка», провозглашающей право на игру [6]. Инициатором принятия Комментария стала Международная ассоциация игры (IPA –International Play Association). В этих комментариях содержится призыв противостоять тревожным тенденциям современного детства, которые подвергают опасности детское развитие, и принять меры по осуществлению долгосрочных программ, обеспечивающих право ребенка на игру. Среди этих мер можно назвать следующие:

- обеспечение специального места, времени и оборудования для игры с участием квалифицированных специалистов;
- создание для педагогов, родителей и других желающих взрослых программ поддержки игры, позволяющих детям свободно и творчески играть и получать удовольствие от игры;
- создание возможности игрового взаимодействия между детьми разных возрастов, социальных страт, разных национальностей, физических и интеллектуальных возможностей;
- сохранение и распространение традиционных фольклорных игр;
- обеспечение всех детей, включая детей с особыми нуждами, разнообразием игровых сред, адекватных игрушек, игровых материалов.

Представляется, что данные меры особенно актуальны в нашей стране.

ЛИТЕРАТУРА

1. Выготский Л.С. Игра и ее роль в психическом развитии ребенка // Вопросы психологии. 1966. № 6. - С. 5–15.
2. Смирнова Е.О. Сюжетная игра как фактор развития межличностных отношений дошкольников // Культурно-историческая психология. 2011. № 4. - С.

38–44.

3. Смирнова Е.О., Гударёва О.В. Игра и произвольность современных дошкольников // Вопросы психологии. 2004. № 1. - С. 12–20.

4. Смирнова Е.О., Рябкова И.А. Психологические особенности игровой деятельности современных дошкольников // Вопросы психологии. 2013. № 2. - С. 15–24.

5. Смирнова Е.О., Соколова М.В. Право на игру: новый комментарий к статье 31 Конвенции о правах ребенка // Психологическая наука и образование. 2013. № 1. - С. 5–11.

6. Соколова М.В. Исследование домашней игровой среды ребенка дошкольного возраста // Современное дошкольное образование. 2012. № 6. - С. 7–13.

7. Эльконин Д.Б. Психология игры. - М.: Педагогика, 1978. - 300 с.

E.O. Smirnova

THE PLAY IN MODERN PRESCHOOL EDUCATION

Moscow City psychological-Pedagogical University, Center of Play and Toy (Moscow).

Summary. Considered developing value of play and the reasons for its reduction in preschool education. Emphasizes that the game as a separate activity currently being replaced gaming training aids. A comparative analysis of the game as an activity and as a form of learning. Among the advantages of the game stand out as an activity independence, spontaneity, emotional involvement and actions of the child. The conditions of formation and development of gaming activities in preschool education: openness of the educational program, adequate subject- spatial environment and play teacher competence. Provides comments to the "Declaration on the Rights of the Child", relating to the right of the game.

Keywords: game, developing value of games, learning games, the conditions of formation of the game, the openness of the educational program, adequate subject-spatial environment, play competence of the teacher, the child's right to play.

М.Ю. Городнова

СЕМЕЙНЫЙ КЛУБ КАК ФОРМА РЕАБИЛИТАЦИИ «НАРКОЗАВИСИМЫХ» СЕМЕЙ С ДЕТЬМИ

ГБОУ ВПО «Северо-западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» (Санкт-Петербург).

Резюме. Семейный клуб представлен как форма работы с «наркозависимыми» семьями. Выделены предпосылки, обоснованы цели, задачи и принципы построения клуба. Дано описание участников, исследованы психосоциальные характеристики семей. Раскрыты направления работы клуба: неформальное общение (дискуссионный клуб), организация культурных мероприятий, психологическая помощь, информирование, материальная поддержка семей. Представлена динамика изменений в стиле семейного воспитания и семейного функционирования. Сделаны выводы о возможности использования работы семейного клуба в рамках долгосрочной программы реабилитации наркозависимых пациентов, имеющих детей.

Ключевые слова: реабилитация, семейный клуб, семьи наркозависимых, дети.

Введение. Все большее число семей, имеющих ВИЧ-инфицированного члена семьи и страдающего наркозависимостью, имеют детей. Дети, воспитывающиеся в

таких семьях, уязвимы в отношении формирования у них различных нервно-психических заболеваний и отклонений. Однако именно семья является наилучшим местом гармоничного воспитания и развития ребенка, определяющая «надежную базу привязанности», условие его психического и физического здоровья [2].

По нашим данным на 2008 г., более 30% пациентов мужчин СПб ГУЗ «Городская наркологическая больница», страдающих ВИЧ-СПИДом, имели детей в возрасте от 0 до 13 лет [4], к 2013 г. эта цифра возросла до 38,9%. При этом, со слов пациентов, не более 25% из них принимали участие в воспитании детей. Качество взаимодействия нами не исследовалось. По данным опроса женщин, страдающих героиновой наркоманией и проходящих лечение в том же стационаре, в 70% случаев их дети воспитываются бабушками в прародительских семьях [3].

Современные реабилитационные программы в основном ориентированы на родительскую семью наркозависимого и в меньшей степени на его настоящую семью, в которой воспитывается ребенок. Проблемы детей в этих семьях часто остаются вне зоны внимания специалистов помогающей сети, что не обеспечивает профилактику социального сиротства. Однако вопросы родительско-детского взаимодействия часто поднимаются на групповых занятиях, проводимых нами в стационарном отделении наркологической больницы.

Реабилитационные программы за рубежом нередко ориентированы на оказание помощи детям и подросткам, растущих в «зависимых» семьях, делая их потребности центральным звеном медико-социальной помощи [1]. Система оказания мультидисциплинарной помощи в нашей стране центрирована на потребностях самого больного, оставляя без внимания важный средовой ресурс, удовлетворяющий потребность в отцовстве и материнстве, безусловно присутствующих у участников лечения и реабилитации. Таким образом, наряду со значимым средовым ресурсом в лечении и реабилитации наркозависимых - его прародительской семьей, с течением времени все больший потенциал в становлении и поддержании ремиссии начинает приобретать собственная семья и дети.

Опираясь на данное положение, на базе СПб РОО «Возвращение» при финансовой поддержке Комитета по молодежной политике и взаимодействию с общественными организациями Администрации СПб, а также при участии КАРИТАС-Франция, в 2010 г. был реализован проект «Социальное сопровождение семей наркозависимых. Семейный клуб».

Цели, задачи и принципы организации Семейного клуба. Анализ ситуации в семьях наркозависимых, проведенный нами в 2007-2009 гг., позволил выделить следующие предпосылки для организации и реализации данного проекта [4, 5]:

1. Продолжающийся рост числа наркозависимых семей с детьми, где оба члена семьи являются больными наркоманией и имеют положительный ВИЧ-статус.
2. Рост числа дискордантных пар, где один из супругов является наркозависимым (75% мужа, 25% жены).
3. Рост числа сопутствующих заболеваний у членов семьи наркозависимых: ВИЧ-инфекция, вирусные гепатиты у наркозависимых, психосоматические заболевания у не зависимых членов семьи. Низкий уровень индекса здоровья детей
4. Более 70% детей наркозависимых воспитываются в неполных семьях.
5. Высокий риск разводов в данных семьях.
6. Низкий социальный статус данных семей и, как следствие, низкий уровень доходов, что определяет малую доступность культурного досуга для детей и семьи в целом.
7. Низкая компетентность родителей в вопросах воспитания.

8. Высокая семейная конфликтность.
9. Низкий уровень сплоченности членов семьи.
10. Нарушение духовной (культурной) функции семьи.
11. Закрытость семейных границ, мешающих семье общению с внесемейными институтами.
12. Низкая информированность семей в медицинских, юридических и социальных вопросах.
13. Низкая эпидемиологическая компетентность членов семьи, что делает высоким риск заражения ВИЧ0-инфекцией здоровых членов семьи, в том числе детей.
14. Стигматизация данного типа семей
15. Низкий уровень доступности медицинской, социальной и психологической помощи для данного типа семей.
16. Низкий уровень информированности о возможностях оказания разноплановой помощи семье в условиях Санкт-Петербурга.
17. Низкий уровень доверия системе оказания разноплановой помощи данному типу семей в рамках государственных учреждений.
18. Низкая мотивация семей наркозависимых к получению разноплановой специализированной помощи.

Главной целью нашей работы являлось предоставление семьям психосоциальной поддержки с целью профилактики рецидива наркомании, восстановления межличностных отношений с ближайшими родственниками, а также улучшения их отношений с детьми. Проект был рассчитан на оказание помощи семьям, где есть член семьи, потребляющий наркотики и зараженный ВИЧ. Реализация поставленной цели достигалась посредством следующих задач:

1. Повышение компетентности членов семьи в вопросах воспитания детей и разрешения семейных конфликтов.
2. Укрепление семейного института за счет сплочения членов семьи в совместной деятельности.
3. Психологическое семейное консультирование по актуальным проблемам.
4. Помощь семье в решении медико-психолого-социальных проблем.
5. Материальная поддержка семьи в решении вопросов культурного досуга (функция культурного-духовного общения семьи).
6. Исследовательская деятельность (семейная диагностика, диагностика потребностей семей и ее членов).

Выбранная форма работы – семейный клуб позволила наилучшим образом решить поставленные задачи. Прямое предложение психологической, социальной или медицинской помощи часто встречает сопротивление со стороны данного типа семей. Это определяется не только отсутствием мотивации к ее получению, но подчас пережитым негативным опытом общения с данными службами. Удовлетворение актуальных потребностей в рамках клубной работы, предоставление информации о возможностях мультипрофессиональной сети, психологическое консультирование при запросе и в рамках группового взаимодействия, непосредственное неформальное общение со специалистами позволяет преодолеть сложившийся стереотип и включить семьи в поддерживающую сеть.

Мы предлагаем следующие принципы построения клубной работы, обеспечивающие ее эффективность:

1. анонимности;
2. добровольности;
3. планирования (на основе результатов исследования проблем конкретных

семей);

4. активности специалистов по привлечению семей для работы в проекте, в организации досуговых и клубных мероприятий;

5. профессионализма (профессиональные знания и опыт сотрудников проекта в работе с семьями - знание психологии семьи, особенностей наркозависимых семей, наркологии, психиатрии, детской психологии, инфекционных заболеваний и эпидемиологии, социальной работы);

6. актуальности (опора в деятельности на актуальные проблемы семей);

7. последовательности (постепенная передача активности в организации и проведении досуговых мероприятий самим участникам проекта);

8. мониторинга (постоянный мониторинг деятельности с использованием самооценочных анкет и обратной связи участников).

Участники проекта. Мультидисциплинарная команда проекта состояла из врача-психотерапевта (он же психиатр-нарколог), эпидемиолога, социального работника и волонтеров (ординаторов кафедры детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»). На начало работы проекта в нем приняли участие 53 человека, из них 16 матерей, 16 отцов, 20 детей и 1 бабушка, всего 17 семей, из которых 15 полных, 1 многодетная семья с приемными детьми (в ней воспитывались 4 ребенка) и 1 семья ожидала второго ребенка. В ходе реализации из проекта выбыли 2 семьи (1 мать, 2 отца, 1 бабушка и двое детей), двое приемных детей были возвращены биологической матери. В проект были включены 7 семей, одна из которых не имела детей. Таким образом, на момент завершения проекта число участников составило 72 человека, всего 22 семьи, из них 20 были полные семьи, одна не имела детей, в двух семьях родились дети, одна ждала ребенка, 4 семьи имели двоих детей. Всего в проекте приняли участие 25 детей в возрасте от 0 до 18 лет. В работе семейного клуба приняли участие 5 бабушек, воспитывающих детей. Необходимым условием участия в мероприятиях проекта было сохранение режима трезвости. За время реализации двое участников возобновили наркотизацию, но после прохождения лечения вновь включились в деятельность клуба. Клуб работал в течение года.

Результаты анкетирования. На начало работы проекта было проведено анкетирование участников. Анализ результатов 20 заполненных самооценочных анкет, разработанных сотрудниками проекта, выявил следующие социальные характеристики семей. Полные семьи составили 90%, при этом отчимы присутствовали в 50% этих семей. Дискордантные пары по наркозависимости составили 28% семей, а по ВИЧ-инфекции – 56% семей. При этом 68% матерей и 33% отцов из числа ВИЧ-позитивных получали высокоактивную антиретровирусную терапию. Средний доход на члена семьи в месяц менее 3 тыс. рублей отметили 2 семьи (10%), от 3 до 4 тыс. рублей – 6 семей (30%), от 5-6 тыс. рублей – 7 семей (35%), 7-8 тыс. рублей – 3 семьи (15%), более 8 тыс. имели 2 семьи (10%).

Потребность семей в медицинской помощи отметили 50% респондентов, необходимость психологической помощи – 70%, материальные затруднения обозначили 90% семей, потребность в социальной и юридической помощи – 30% респондентов.

С помощью опросника «Шкала семейной адаптации и сплоченности» (FACES - III) Д. Х. Олсона, Дж. Портнера, И. Лави, адаптированного М. Перре в 1986 г., были исследованы семейные системы. В исследовании приняли участие 15 матерей и 7 отцов. Настоящая шкала оценивает два основных параметра – семейную сплоченность и семейную адаптацию. Семейная сплоченность – степень эмоциональной связи между членами семьи: при максимальной выраженности

этой связи они эмоционально взаимозависимы, при минимальной - эмоционально автономны и дистанцированы друг от друга. Семейная адаптация – характеристика того, насколько гибко, или наоборот, ригидно способна семейная система приспособляться, изменяться при воздействии стрессоров. В рамках «круговой модели» различают 4 уровня семейной сплоченности, в пределах от экстремально низкого до экстремально высокого, и соответственно называются: разобщенный (disengaged), разделенный (separated), связанный (connected) и сцепленный (enmeshed). Аналогично выделяют 4 уровня семейной адаптации: ригидный (rigid), структурированный (structured), гибкий (flexible) и хаотичный (chaotic). Посредством комбинирования 4 уровней сплоченности и адаптации, возможно, определить 16 типов семейных систем, 4 из которых являются умеренными по обоим уровням и называются сбалансированными, 4 - экстремальными, так как имеют крайние показатели по обоим уровням. Восемь типов являются средними, один из параметров относится к экстремальным, а другой к сбалансированным уровням [6].

В нашем исследовании к сбалансированному типу были отнесены 3 семьи (18,8%), к экстремальному типу – 3 семьи (18,8%), к среднему типу – 10 семей (62,5%). По уровню адаптации преобладал сбалансированный гибкий тип семейного функционирования, по уровню сплоченности – экстремальный разобщенный тип. Полученные значения показывали на известную особенность семей наркозависимых, а именно на их эмоциональную дистанцированность друг от друга, невозможность истинных, близких, интимных отношений, что создает опасность формирования и поддержания ненадежного типа привязанности у детей.

Кроме этого возможности опросника позволяют определить степень неудовлетворенности семейным функционированием. На уровне тенденции жены демонстрируют большую неудовлетворенность семейной сплоченностью, желая большей близости в отношениях, а мужья семейной адаптацией, ожидая большей гибкости в решении семейных вопросов и изменении правил. Последняя тенденция опасна в плане формирования хаотичности в управлении семейной системой, ее возможности приспосабливаться к неизменно меняющимся условиям жизни.

С помощью опросника «Анализ семейных взаимоотношений» (АСВ) Э.Г. Эйдемиллера, В. Юстицкиса (2008) были получены следующие результаты о стиле семейного воспитания детей. Опросник заполнили 26 родителей (9 отцов и 17 матерей). Лишь в одной семье был диагностирован гармоничный тип воспитания со стороны обоих родителей. В остальных семьях были выявлены самые различные отклонения в стиле воспитания. Чаще всего воспитатели демонстрируют низкий уровень санкций (40%), запретов (32%) и требований (24%), высокий уровень запретов, предпочтение детских качеств и гиперпротекция встречается в 20% случаев. Воспитательная неуверенность, предпочтение женских качеств отмечены в 16% ответов, 12% респондентов демонстрируют высокий уровень санкций, расширение сферы родительских чувств, фобию утраты, проекцию на ребенка нежелаемых качеств. В 8% случаев имеется высокий уровень удовлетворения потребностей, а в 4% низкий уровень удовлетворения потребностей и гипопротекция, в 5% респонденты выявляют предпочтение мужских качеств и вынесение конфликта в сферу воспитания. Мужской тип родительского воспитания чаще характеризуется низким уровнем санкций, требований и запретов.

На основании полученных результатов исследования был скорректирован план клубных мероприятий. Высокий уровень потребности в психологической помощи позволил включить элементы психотерапии в различные формы работы клуба.

Формы деятельности семейного клуба. Вся деятельность клуба реализовы-

валась в пяти направлениях: неформальное общение (дискуссионный клуб), организация культурных мероприятий, психологическая помощь, информирование, материальная поддержка семей.

В ходе ежемесячного неформального общения с чаепитием участники обменивались впечатлениями, обсуждали актуальные проблемы, давали друг другу советы, обучались семейному взаимодействию, решали предложенные задачи и просто общались друг с другом. Темы дискуссии задавали сами участники проекта. Ведущий клуба – психотерапевт, опираясь на основные положения когнитивно-поведенческой терапии, с помощью вопросов в рамках дискуссии акцентировал внимание участников на типичных проблемах, обращался к ресурсному поведению, предложенному отдельными семьями, поддерживал конструктивные стили взаимодействия. Предлагаемые домашние задания были направлены на увеличение разнообразной совместной семейной деятельности, родительско-детского взаимодействия, укрепление отношений.

Экскурсии и семейные поездки за город доставляли огромное удовольствие не только детям, но и родителям. Совместно проведенное время позволило лучше узнать друг друга, обсудить важные вопросы, просто повеселиться и поиграть. Взрослые обучались взаимодействию с детьми, они стали более внимательными к их потребностям и желаниям, повысили свою компетентность в родительской роли. Неформальное общение раскрепощает и позволяет быть более креативным в решении повседневных задач. Наблюдая за адаптивным взаимодействием в других семьях, родители научались более продуктивно разрешать неизбежные родительско-детские конфликты. Посещения зоопарка, театров, океанариума, цирка и музеев расширяют кругозор, формируют новые потребности у членов семьи, приобретенный эмоциональный заряд становится необходимым в будущем взаимодействии. Благодаря вновь приобретенному опыту семьи самостоятельно начали планировать свой досуг, делая его более активным и разнообразным. Важным направлением организации семейного досуга явилось проведение детских праздников. Ежеквартально проходил День именинника: зимнего, весеннего, летнего и осеннего. Все именинники получили долгожданные подарки и веселый праздник для всех. Вкусные сладости, игры, конкурсы, театрализованное представление сделали праздник незабываемым. В рамках работы клуба был проведен конкурс «Моя семья». Участники сделали семейные поделки и представили их на суд жюри. Победители получили поощрительные призы, а лучшие поделки были отправлены в представительство КАРИТАС и консульство Франции в Санкт-Петербурге.

Психологическая помощь оказывалась в виде группового и индивидуального консультирования по актуальным вопросам участников. Элементы семейной психотерапии органично вписались в рамки семейных встреч. Предложенные упражнения были направлены на сплочение семьи, выявление ресурсов к лучшему знакомству. Обычный план семейных встреч включал в себя: приветствие и обмен новостями, семейное взаимодействие, параллельную работу детской и родительской группы, подведение итогов дня, включающие общение всех членов семьи.

Раз в 2 месяца проходили информационные тематические встречи, на которых специалисты читали короткие лекции с последующей дискуссией и решением ситуационных задач: «Семейное воспитание», «Эпидемиологические вопросы», «Возможности социальной помощи», «Первая помощь и аварийные ситуации в быту» и др. Все родители получили литературу по эффективному семейному воспитанию.

Материальная поддержка семей позволила удовлетворить актуальные потребности участников. Организация совместного досуга, обеспечение необходи-

мыми санитарно-гигиеническими принадлежностями, продуктами, детской одеждой и обувью позволило удержать часть семей в проекте и сформировать потребности в ином виде помощи: психологической, медицинской, социальной, юридической.

Неформальный формат общения позволил участникам создать доверительную среду общения, в которой все чаще стали проявляться и озвучиваться актуальные семейные проблемы, появилась готовность к обсуждению и поиску вариантов решения в совместной групповой работе.

Результаты работы клуба. Анализ результатов проведенного итогового тестирования участников проекта с помощью самооценочного опросника, разработанного нами, показал:

1. Совместное времяпрепровождение всей семьей увеличилось в 64% семей.
2. Увеличилось взаимопонимание между членами семьи, что отмечено в 57% семей-респондентов.
3. Совместное посещение культурных мероприятий увеличилось в 57% семей.
4. Снижение семейных ссор и конфликтов отметили 57% семей, однако в 19% отметили увеличение конфликтности.
5. Повышение родительской компетенции отмечают 71% семей.
6. Рост эпидемиологической компетенции отметили 79% семей.
7. Улучшение материального положения отметил 21% респондентов, 14% - снижение материального благополучия, 2 семьи улучшили жилищные условия, 4 участников нашли новую работу, 2 участников трудоустроились.
8. Уровень семейной сплоченности остался прежним, что не оправдало наше ожидание о формировании большей эмоциональной близости в ходе совместных досуговых мероприятий. Более гибким оказался уровень семейной адаптации. По этому уровню число семей, относящихся к экстремальному уровню функционирования, снизилось в 2 раза: с 56% до 23%.

При повторном исследовании увеличилось число семей со сбалансированным типом до 30,8%, снизилось число семей с экстремальным типом семейного функционирования до 15,4%, средний тип составил 58,8%.

В стиле семейного воспитания наметилась тенденция в сторону его гармонизации: по шкалам гиперпротекции, низкого уровня удовлетворения потребностей, фобии утраты респонденты не сделали ни одного выбора, снизилось количество выборов по высокому уровню запретов, расширению сферы родительских чувств, предпочтению детских качеств и гиперпротекции. Однако по другим шкалам заметного снижения не отмечено, а проекция нежелаемых качеств увеличилась на 40%.

Катамнестическое наблюдение показало, что годовая работа семейного клуба оказалась недостаточной для «рождения» группы само- и взаимопомощи. Лишь четыре семьи, образовав устойчивые пары, продолжили общаться в рамках семейных встреч, обеспечивая социальную поддержку друг другу.

Таким образом, по результатам работы Семейного клуба можно сделать следующие выводы:

1. Семьи наркозависимых с ВИЧ-позитивным статусом нуждаются в семейном консультировании и семейной психотерапии.
2. Необходимо время для формирования доверия к системе оказания мультидисциплинарной помощи и для обращения к ней за содействием.
3. Наиболее подвержен коррекции уровень семейной адаптации.
4. Увеличение времени совместного досуга само по себе не увеличивает семейную сплоченность.

5. В ходе участия в работе Семейного клуба произошло увеличение числа семей имеющих средний и сбалансированный тип семейного функционирования, что позволяет семье иметь более эффективные механизмы совладания с семейными кризисами.

6. Вопросы семейного воспитания и конструктивного взаимодействия являются центральной семейной проблемой наркозависимых семей.

7. Годовая деятельность клуба при внешней мотивации и поддержке не достаточна для формирования группы, работающей на принципах само- и взаимопомощи.

8. Семейный клуб как форма работы может быть использована в долгосрочных реабилитационных программах для семей с наркозависимым членом, что позволит создать условия для создания гармоничной среды воспитания и развития детей в этих семьях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александрова Н.В., Городнова М.Ю., Эйдемиллер Э.Г. Современные модели психотерапии при ВИЧ/СПИДе. Учебное пособие для врачей и психологов. – СПб.: Речь, 2010. – 191 с.

2. Бриш К.Х. Терапия нарушений привязанности: От теории к практике. Пер. с нем. – М.: Когито-Центр, 2012. – 316 с.

3. Городнова М.Ю. Проблемы родительско-детского взаимодействия в семьях наркозависимых с ВИЧ, СПИДом // Наркомания, ВИЧ и беременность: проблемы сохранения здоровья матери и ребенка: сб. материалов Международной конф. / под ред. проф. В.Д. Менделевича. – Казань: Медицина, 2008. – С.16-20.

3. Городнова М.Ю. Социально-психологические характеристики семей с ВИЧ-позитивным статусом // Семья в социокультурном пространстве: сборник статей: под общей редакцией Е.Н. Барышникова, О.В. Эрлиха. – СПб.: Изд-во Политехн. ун-та. 2011. – С. 61-65.

4. Городнова М.Ю., Сапрыкина Н.В. Опыт реализации проекта «Создание инфекционного модуля в наркологической больнице» // Сборник материалов международной научно-практической конференции «Создание единого реабилитационного пространства для пациентов с тройным диагнозом». – СПб., 2008. – С. 34-41.

5. Практикум по семейной психотерапии: современные модели и методы. Учебное пособие для врачей и психологов / под ред. Э.Г. Эйдемиллера. – Изд. 2-е, испр. и доп. – СПб.: Речь, 2010. – 425 с.

M. Gorodnova

FAMILY CLUB AS A REHABILITATION FORM OF «DRUG ADDICTS» FAMILIES WITH CHILDREN

North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov (Saint-Petersburg).

Summary. Family club is represented as a form of work with a «drug addicts» families. The background is highlighted, the club objectives, tasks and principles are validated. Description of the participants is given, psycho-social characteristics of the families are studied. The directions of the club activity are disclosed: informal communication (discussion club), organization of cultural events, psychological assistance, information sharing, financial support for the families. The dynamics of changes in the style of family education, and family functioning are presented. Conclusions about possibility to use the family club in the long-term rehabilitation programs of drug dependent patients with children are done.

Keywords: rehabilitation, family club, drug addict family, children.

Д.Ю. Шигашов

**ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ И МИШЕНИ В ПСИХОТЕРАПИИ
С ПОСТРАДАВШИМИ ОТ СЕКСУАЛЬНОГО НАСИЛИЯ****СПб ГКУЗ «ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина» (Санкт-Петербург).**

Сегодня уже ни для кого не секрет, что сексуальное насилие над детьми стало узнаваемым социальным явлением для современного общества. Рост насилия над детьми связан с общим увеличением случаев насилия в популяции, ростом насильственных преступлений, деликventности, суицидов и несчастных случаев с летальным исходом [1]. В последнее время растет число публикаций, посвященных изучению последствий сексуальной травматизации и ее влияния на формирование личности и психического здоровья у потерпевшего. Не случайно поэтому, что в процессе реабилитации пострадавших особая роль отводится психиатрам и психотерапевтам.

Т.П. Печерникова и Н.Б. Морозова [2] отмечают, что при общении психиатра с ребенком актуальны не только изучение психического состояния потерпевшего на период обследования и динамики психического заболевания (если таковое имеется), но и прогностическая оценка состояния психики потерпевшего с учетом достаточно непростой и нередко психогенно-травмирующей ситуации. В основе определения психических расстройств, обуславливающих неспособность воспринимать обстоятельства сексуального деликта, а также неспособность понимать характер и значение противоправных действий обвиняемого, всегда лежит ретроспективная оценка психического состояния потерпевшего по отношению к конкретной криминальной ситуации [3].

Все это имеет немаловажное значение при психотерапии с детьми, подвергшимся сексуальному насилию. Специфические методики в работе с пострадавшими от сексуального насилия часто опираются на положения арт-психотерапии. Н.Д. Ярославцева [4] в групповой работе с пострадавшими предлагает использовать написание письма и рисование на время. Члены группы в ограниченное время переносят на бумагу любые мысли и замечания или продуцируют их визуальное воплощение. Им запрещается делать исправления во время работы и позже как-либо комментировать содержание, с которым их добровольно знакомят другие члены группы («отраженное слушание»).

Можно выделить использование миниатюр - масок в группе детей, когда в прямой или метафорической форме дети отображают свое прошлое и произошедшие события [5], применение игровой психотерапии, когда ребенок на специально приготовленных куклах показывает то, о чем не может говорить словами. В данном случае психотерапевтический эффект реализуется через сублимирование страха и беспомощности перед насилием. Креативность имеет главенствующую роль в поэтической психотерапии сексуального насилия [6], которая помогает пострадавшим от насилия в поэтической форме выразить (сублимировать) свои чувства и отношение к происходящему. При фасилитирующем действии терапевта подросток реализует фрустрированные эмоции или использует для этого уже имеющиеся поэтические формы. «Терапия социальным действием» [7] настраивает пострадавших на переориентацию собственной жизни через активное участие в

работе социальных институтов. Жертва сексуального насилия, продвигаясь по «социальной лестнице», вновь осознает собственную значимость, личностно «перерастает» существующую проблему.

Предлагается [8] использовать гипнотерапию в работе с пострадавшими от сексуального насилия. Гипнотерапия помогает преодолеть жертве насилия растерянность и чувство беспомощности, психологически преодолеть подавленность, возникающую в результате множественных травматических воспоминаний. Гипнотическая психодрама (Interview, S. Moore, 1990, цит. по [9]) позволяет пострадавшим от сексуального насилия (при помощи специфической формулы внушения) регрессировать в собственных воспоминаниях до уровня травматических. При этом травматическое воспоминание об изнасиловании в состоянии гипноза должно быть «обеднено» переживаниями или удалено из памяти до тех пор, пока сознание будет не в состоянии его воспринять. Однако существует и другая наиболее распространенная точка зрения [10], показывающая преимущество симптоматической гипнотерапии применительно к пострадавшим от сексуального насилия. В формулу внушения авторы предлагают включать традиционные установки на уравновешенность, спокойствие, непринужденность, преодоление подавленности, принятие собственной личности.

Также применяются методы экстренной и личностно-ориентированной психотерапии, направленной на реинтеграцию тех качеств, которые пострадали вследствие насилия. Поскольку у пострадавшего от насилия индивида быстро формируются феномены уязвимого «Я», требуются экстренные психотерапевтические меры. В соответствии с этими положениями краткосрочная интегративная терапия [11], по нашему мнению, является наиболее релевантной формой помощи пострадавшим от насилия. Соблюдение:

а) принципов краткосрочности/интенсивности психотерапевтического вмешательства особенно важно т. к. острые психогенные симптомы у пострадавших могут достигать значительной выраженности в достаточно короткие сроки. Учитывая то, что у них снижена критическая способность к психогенным суждениям, необходимо использовать;

б) принцип фокусировки/реалистичности. Вовлекаемость различных личностных проявлений в психогенное реагирование требует

в) интегративности/пластичности психотерапевтического подхода. Необходимость создания и удержания психотерапевтического альянса является залогом постоянного симптомоцентрированного контроля.

Спецификой психотерапии пострадавших, усложняющей реабилитационные мероприятия является то, что:

а) в условиях психотерапевтической помощи пострадавшим легко возникают условия для травматической контртрансференции («викариозная травматизация», по J.L. Herman [9]), при которой психотерапевт сам страдает от тех же травматических симптомов, что и жертва. Ключевым переживанием в структуре контрпереноса является страх стать жертвой нападения. Травматические сюжеты угрозы нападения могут преследовать терапевта в сновидениях, в его поведении может появиться готовность к активной защите себя или собственных родственников, тревожность и напряженность в общении с незнакомыми людьми. Кроме того, сами обстоятельства происшествий, невольным свидетелем которых становится психотерапевт, создают яркую картину жестокого и циничного преступления в отношении пострадавших. Психотерапевт в подобной обстановке может испытывать гнев, сострадание, жалость к потерпевшим, что также можно рассматривать в структуре контрпереноса.

В силу этого механизм защиты должно являться осознание противоестественной природы насилия. К самому преступлению следует относиться как к объекту психологического исследования, а высказывания пострадавших относительно оскорблений и несправедливости в их адрес необходимо расценивать как следствие травматических переживаний;

б) пострадавшие от насилия, с одной стороны, реагируют подавленностью и страхом на любые императивные действия психотерапевта, с другой – его пассивная позиция способна приводить к хронизации психогенных симптомов, переходу переживаний на невротический уровень. Обратим внимание, что в этой ситуации требуется особый стиль психотерапевтических отношений, характеризующийся тем, что эмпатическая коммуникация в системе пострадавший-психотерапевт не препятствует, а создает приемлемые условия для регламентации курационных мероприятий. Психотерапевт обязан в общих чертах охарактеризовать переживания пострадавших, показать, в обстановке эмоционального притяжения жертвы, противоестественность психогенных симптомов и наметить в понятной самим пострадавшим форме прогноз их развития и способы разрешения. При этом в силу повышенной способности части пострадавших к формированию переноса, носящего подчиненно-зависимый характер, объектом которого является брутальная личность, психотерапевт может достаточно полно задействовать собственный эмоциональный ресурс, не опасаясь патологических последствий терапевтического переноса. Однако не следует чрезмерно увлекаться эмпатической стороной психотерапии пострадавших, поскольку это обычно отвлекает от решения главной задачи – купирования в короткие сроки аффективных симптомов психогенных реакций [12].

ЛИТЕРАТУРА:

1. Руководство по предупреждению насилия над детьми / Под ред. Н.К. Асановой. – М.: Издательский гуманитарный центр ВЛАДОС, 1997. – 512 с.
2. Печерникова Т.П., Морозова Н.Б. Клиника и судебно-психиатрическая оценка психогенных состояний у несовершеннолетних потерпевших // Судебно-медицинская экспертиза, 1991. – № 1. – С. 42-44.
3. Метелица Ю.Л. Судебно-психиатрическая оценка психических расстройств потерпевших. – М.: Юридическая литература, 1990. – 208 с.
4. Ярославцева Н.Д. Групповая и индивидуальная работа с подростками пострадавшими от сексуального насилия // Социальная реабилитация дезадаптированных детей и подростков в специализированном учреждении. – М., 1990. – С. 109-112.
5. Ярославцева Н.Д. Посттравматические стрессовые нарушения у детей-жертв сексуального насилия и оказание им психологической помощи // Мир психологии, 1998. – № 2. – С. 71-80.
6. Маршалл Ш., Кибер К. Власть прикосновения : Поэтическая терапия - способ исцеления от перенесенного сексуального насилия. – М.: САФО, 1992. – 421 с.
7. Ходырева Н.В. Терапия социальным действием // Безопасность женщин. – М., СПб: Кризисный Центр для женщин, 1996. – С. 13-14.
8. Harris G.M., Hypnosis for child sexual abuse: case study // Int. J. Psychosom., 1993. – V. 40 (1-4). – P. 84-85.
9. Herman J.L. Trauma and recovery. – Glasgow: Basic Books, 1992. – P. 96- 115.
10. Smith W.H., Hypnosis in the treatment of sexual trauma: a master class commentary // Int. J. Clin. Exp. Hypn., 1995. – Oct. 43(4). – P. 366-368.
11. Бараш Б.А. Интегративность – путь к краткосрочной психотерапии / Под ред. Б.Д. Карвасарского, В.А. Ташлыкова, Г.А. Исуриной. – СПб: Ретур, 1992. – С. 57-61.
12. Шигашов Д.Ю. Реабилитация детей и подростков, пострадавших от сексуального насилия. СПб: Наука и техника, 2010. – 234 с.

И.Н. Власенкова, Н.В. Зверева

**ВЕРБАЛЬНЫЕ АССОЦИАЦИИ НА ОБОНЯТЕЛЬНОЙ ОСНОВЕ
У ДЕТЕЙ 8-11 ЛЕТ В НОРМЕ И ПРИ ШИЗОФРЕНИИ**

ГБОУ ВПО Московский городской психолого-педагогический университет, ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАМН» (Москва).

Резюме. Статья посвящена изложению экспериментального исследования особенностей ассоциативной вербальной деятельности на основе обонятельных стимулов у детей младшего школьного возраста в норме развития и при шизофрении. Обследованы 120 детей 8-11 лет, уравненных по интеллекту, 60 – здоровые, 60 – больные шизофренией. Для обеих выборок обонятельная модальность оказалась сложной для ассоциативной деятельности. Обнаружено своеобразие ассоциативной деятельности у больных детей по сравнению со здоровыми сверстниками: значимое снижение продуктивности, снижение времени работы над стимулами, снижение коэффициента стандартности, качественное различие ответов. Такие особенности ассоциативной деятельности связываются с наличием когнитивного дизонтогенеза при расстройствах шизофренического спектра у детей.

Ключевые слова: дети 8-11 лет, шизофрения, вербальные ассоциации на обонятельные стимулы, продуктивность, коэффициент стандартности.

Введение. Известно, что при шизофрении у больных обнаруживаются разнообразные когнитивные дефициты и нарушения, которые складываются у детей и подростков в картину психического дизонтогенеза и, более узко, когнитивного дизонтогенеза при данном виде патологии. Уже было показано диссоциативное развитие отдельных психических процессов и их компонентов у детей, страдающих расстройствами шизофренического спектра [6]. Выявлено и достоверно описано своеобразие соотношения операционного и предметно-содержательного аспектов и избирательности мышления при этих расстройствах по сравнению с нормой развития. Также обнаружено, что более всего дефициты выражены в когнитивной сфере (память, внимание, мышление) в определенном возрастном диапазоне, а именно у детей и подростков с расстройствами шизофренического спектра в возрастной группе от 9 до 13 лет [7]. Психиатры [1, 3, 4 и др.] указывают в своих работах на своеобразие ассоциаций при шизофрении.

Психологические исследования ассоциативной деятельности у детей с психической патологией малочисленны [2]. В наших предшествующих работах показано, что имеется своеобразие ассоциативной деятельности (снижена продуктивность, изменены временные параметры деятельности, снижена стандартность ответов), были подробно описаны направленные вербальные ассоциации на основе различных модальностей (слуховая, зрительная, тактильная), различия по этим параметрам уже были показаны и они достоверны. Данный фрагмент работы посвящен анализу параметров ассоциативной деятельности у детей младшего школьного возраста, больных шизофренией, применительно к ассоциативной деятельности, проводимой на стимулы обонятельной модальности.

Цель исследования – изучение особенностей ассоциативной деятельности в обонятельной модальности у детей, страдающих расстройствами круга шизофрении.

Выборки и методика исследования. В исследовании приняли участие 120 детей младшего школьного возраста от 8 до 11 лет. Экспериментальную группу составили 60 детей, проходивших лечение в стационаре в детском клиническом отделении Научного центра психического здоровья РАМН и научно-практическом центре здоровья детей Департамента здравоохранения г. Москвы.

Критерии включения:

- диагнозы по МКБ-10: шизофрения детский тип F20.8 (38 детей) и шизотипическое расстройство F21 (22 ребенка),

- уровень интеллекта выше 85 единиц по тесту Кауфманов (К-ABC).

Контрольную группу составили 60 здоровых детей, учеников УВК «Измайлово» № 1811 г. Москвы, не состоящих на учёте психиатра (практическая норма).

Использована оригинальная модификация методики вербального ассоциативного эксперимента, используемая для оценки ассоциативной деятельности в обонятельной модальности у детей младшего школьного возраста, здоровых и больных шизофренией. Испытуемые должны были дать по 7 вербальных ассоциаций на стимулы обонятельной модальности (оценивались время выполнения, продуктивность и стандартность ответов) [2].

Основные результаты

Количественная оценка полученных результатов обнаруживает статистически значимые различия между экспериментальной и контрольной группами по характеристикам *вербальных ассоциаций на обонятельной основе* по всем параметрам.

Как видно из табл. 1, дети из группы практической нормы более продуктивны по вербальным ассоциациям в обонятельной модальности, чем дети из группы патологии ($p < 0,0001$). Несмотря на то, что у больных шизофренией детей присутствует очевидный интерес к стимулам методики, анализ показывает, что продуктивность ассоциативной деятельности в экспериментальной выборке снижается за счет многочисленных отказов, недостаточной активации и невозможности длительно сосредоточить внимание на выполнении задания. Отметим, что больные испытывают затруднения при назывании стимулов, которые они опознают, это, в свою очередь, снижает продуктивность ассоциативного процесса. Кроме того, у больных детей, имеют место ложные узнавания и отказы от уже высказанных гипотез. Обнаружено, что ассоциации испытуемых экспериментальной группы более разнообразны по сравнению с контрольной группой несмотря на более низкую продуктивность ассоциативной деятельности.

Таблица 1. Основные параметры выполнения методики детьми контрольной и экспериментальной групп

Группы Показатели	Контрольная		Экспериментальная		Значимость различий критерия U Манна-Уитни
	Среднее	Стд. откл.	Среднее	Стд. откл.	
Кол- во ответов	49,93	5,15	34,72	6,64	0,0001
Продуктивность (%)	83,16	9,21	61,99	11,85	0,0001
Время (сек.)	107,07	37,85	69,02	17,41	0,0001
Коэф-т станд-ти (%)	47,10	13,09	22,03	8,86	0,0001
Узнавание стимулов	2,28	0,96	1,57	1,09	0,0001

Следует указать на определенную стереотипизацию ответов в обеих группах, в предлагаемых на стимулы обонятельной модальности присутствовали повторяющиеся ассоциации (для всех или, по меньшей мере, на большинство стимулов методики). Это сходство ответов выступало по-разному в сопоставляемых выборках. Например, ассоциация «жвачка» в контрольной группе давалась на шесть стимулов обонятельной методики, а в экспериментальной группе на пять стимулов, при этом в экспериментальной группе ассоциация «зубная паста», даваемая контрольной группой на пять стимулов обонятельной методики, встречалась и в экспериментальной группе, но не являлась повторяющейся. Таким образом, ответы здоровых детей были более сгруппированы, чем ответы детей, больных шизофренией.

Обнаружено, что время, необходимое для выполнения заданий, статистиче-

ски значимо ниже у детей экспериментальной группы. Примечательно, что такое, казалось бы, увеличение темпа деятельности в обонятельной модальности не приводит к росту продуктивности ассоциативного процесса у больных детей по сравнению со здоровыми сверстниками. Здоровые дети работают медленнее, но при этом продуктивнее.

Оказалось, что для обонятельной модальности в обеих группах выявляется низкий уровень коэффициента стандартности ассоциаций. Стимулы-запахи оказались сложны младшим школьникам не только для опознания объектов, но и для вербализации чувственного опыта. Воспроизводимые ассоциации как в группе патологии, так и в группе нормы зачастую не отражают совокупность свойств предъявляемого стимула, имеются ошибочные с гностической точки зрения ассоциации.

Приведем несколько примеров. Дети экспериментальной группы на стимул «мята» дают ассоциации «абрикосы, киви, пепси-кола и т. п.», а на стимул «рыбий жир» - «журнал, огурец, духи, конфета». Определенное гностическое несоответствие ассоциаций, их неадекватность предъявляемым стимулам в обонятельной модальности встречаются и в контрольной группе испытуемых. Однако, несмотря на определенное качественное сходство актуализированных ассоциаций в контрольной и экспериментальной группах, коэффициент стандартности у больных детей существенно, практически в два раза ниже, чем в контрольной группе. У детей, больных шизофренией, среди ответов встречаются необычные, редкие, причудливые, «красивые» ответы, актуализируемые в описательных сенсорных характеристиках стимула. Например, на стимул «апельсин» дети экспериментальной группы дают ассоциации: «оранжевый, раздражающий, сладкий, теплый»; на стимул «гвоздика» - «восточный, мужской, респектабельный, прошлогодний и т. п.». Среди ответов встречаются ассоциации, в которых прослеживается настроение ребенка, эмоции, возникающее в ответ на воспринимаемый объект, эгоцентрично отражающие опыт ребенка. К такого типа необычным ответам можно отнести ассоциации «праздник», «радость», «прозрачность», «пустота». В них непосредственно не представлены свойства предъявляемого стимула. Встречаются ассоциации, отражающие малодифференцируемые конкретно-чувственные личные образы («на чердаке», «Евпатория», и т. п.). Необычные нестандартные ответы детей контрольной группы встречаются значительно реже. Кроме того, дети контрольной группы, в отличие от больных шизофренией, практически не дают ответы в описательных сенсорных характеристиках стимула.

Примечательно, что для больных детей не было обнаружено связи параметров ассоциативной деятельности (продуктивность, темп работы, коэффициент стандартности) и уровня интеллекта.

Выводы. Изучение ассоциативной деятельности в обонятельной модальности у детей, страдающих расстройствами круга шизофрении, выявляет ряд характерных особенностей, указывающих на сходство и на различие сопоставляемых групп.

Обнаружены общие характеристики вербальной ассоциативной деятельности на основе стимулов обонятельной модальности в норме и при шизофрении по сравнению с другими модальностями. Как для здоровых, так и для больных расстройствами шизофренического спектра детей вербальная ассоциативная деятельность в обонятельной модальности оказалась самым сложным из всех видов вербальной ассоциативной деятельности на основе разных модальностей.

Своеобразие вербальной ассоциативной деятельности в обонятельной модальности у больных детей проявляется в том, что у них снижена продуктивность вербальной ассоциативной деятельности, хотя отмечается сравнительно высокий темп деятельности. Совокупность этих характеристик свидетельствует скорее о трудности выполнения задания в обонятельной модальности, кроме того и о снижении мотивации к деятельности. В группе больных детей обнаружено своеобразие качественных параметров ассоциативной деятельности, а именно снижение

коэффициента стандартности по сравнению с группой нормы, а также наличие особенных ответов в виде ассоциаций, отражающих общие сенсорные параметры стимулов, либо, напротив, отражающие понятные только самому больному ребенку эгоцентрические ассоциации.

Таким образом, проведенное исследование указывает на своеобразие вербальной ассоциативной деятельности на основе обонятельных стимулов у детей, больных шизофренией. Выявленные особенности указывают на специфику ассоциативной (когнитивной) деятельности при данном заболевании у детей и отражают наличие психического дизонтогенеза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Башина В.М. Ранняя детская шизофрения (статистика и динамика). 2-е изд. - М., 1989.
2. Власенкова И.Н., Зверева Н.В. Экспериментальное исследование особенностей ассоциативной деятельности в разных модальностях у детей младшего школьного возраста, больных шизофренией // Вопросы психического здоровья детей и подростков, 2010 (10), № 2. - С. 46-56.
3. Вроно М.Ш. Детская шизофрения и дизонтогенез (клинический аспект) // Проблемы шизофрении детского и подросткового возраста // Труды Всесоюзного центра психического здоровья АМН СССР / Под ред. А.В. Снежневского. - М., 1986. - Т.3. — С. 3-12.
4. Детская и подростковая психиатрия. Клинические лекции для профессионалов / Под ред. Ю.С. Шевченко. - М., 2011
5. Зверева Н.В., Власенкова И.Н., Тимофеев И.В. Полимодальные вербальные ассоциации у детей в норме и при шизофрении // Вестник МГУ. Сер. 14. Психология, 2006, № 4. - С. 32-40.
6. Мелешко Т.К., Алейникова С.М., Захарова Н.В. Особенности формирования познавательной деятельности у детей, больных шизофренией // Проблемы шизофрении детского и подросткового возраста // Труды Всесоюзного центра психического здоровья АМН СССР / Под ред. А.В. Снежневского. — М., 1986. — Т.3. - С. 146-160.
7. Хромов А.И., Зверева Н.В. Возрастная динамика когнитивного дефицита у детей и подростков при эндогенной психической патологии // Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения. Материалы Всероссийской юбилейной научно-практической конференции к 100-летию С.Я. Рубинштейн. — М., 2011. — С.169–174.

I.N. Vlasenkova, N.V. Zvereva

VERBAL ASSOCIATIONS BASED ON OLFACTORY STIMULI AMONG CHILDREN 8-11 YEARS OLD NORM AND UNDER SCHIZOPHRENIA

Moscow City Psychological-Pedagogic University, Research Center of Mental Health, Russian Academy of Medical Sciences (Moscow).

Summary. Article is devoted to an experimental study of the peculiarities of verbal associations based on olfactory stimuli, in children of primary school age in normal development and in schizophrenia. The study included 120 children aged 8-11 years, the equation for Intellect, 60 - healthy, 60 - schizophrenics. For both samples, the olfactory modality was difficult for associative activities. It was found peculiarity of associative activity in schizophrenic children compared with healthy peers: a significant reduction in productivity, reduced time working on stimuli, reduction of coefficient to be standard, the qualitative difference between responses. Such features are of associative activities linked with the presence of cognitive dysontogenesis in children with schizophrenia spectrum disorders.

Keywords: children 8-11 years, schizophrenia, verbal associations to olfactory stimuli, coefficient of standard answers, productivity factor.

**Ю.Б. Барыльник, Т.П. Грищенко, Строкова Е.В.
МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ШКОЛЬНОЙ ДИЗАДАПТАЦИИ.
СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ
ШКОЛЬНОЙ НЕУСПЕШНОСТИ**

**ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им.
В.И. Разумовского», МУЗ «Детская городская поликлиника № 4» (Саратов).**

Резюме. В статье приводится обзор литературных данных о состоянии психического здоровья детей и подростков в настоящее время. Рассматриваются наиболее распространенные нервно-психические нарушения и расстройства детского возраста, приводящие к нарушению адаптации в дошкольном учреждении и школе. Представлен обзор последних исследований относительно психопрофилактики школьной дизадаптации.

Ключевые слова: минимальные мозговые дисфункции, синдром гиперактивности с дефицитом внимания, задержка психического развития, психопрофилактика, школьная дизадаптация.

Одной из приоритетных социальных задач государства в настоящее время является формирование здорового образа жизни, охрана здоровья детей с использованием всех возможных медицинских и образовательных ресурсов [1]. Психиатрическая помощь с опорой на сообщество развивается в русле превентивно-сберегающего реабилитационного направления [2]. Вместе с тем, ухудшение психического здоровья как взрослых, так и детей вызывает в последнее время большую тревогу у врачей.

В эпидемиологических исследованиях установлено, что в развитых странах психические расстройства имеются примерно у 10% детей и подростков. В развивающихся странах общая частота расстройств несколько выше, но не превышает 15%. В странах, находящихся в процессе реконструкции, таких как Россия, частота расстройств может быть выше вследствие сочетания неблагоприятных факторов – семейных, социальных, экономических и политических [3].

Сексуальная активность в подростковом возрасте (в браке или вне его) подвергает подростков риску возникновения проблем сексуального и репродуктивного здоровья [4]. Сюда включаются ранние беременности, небезопасный аборт, инфекции, передаваемые половым путем, включая ВИЧ. Аборты часто являются причиной бесплодия, невынашивания, аномалии родовой деятельности и других осложнений беременности и родов. Перинатальные потери у женщин с абортами в анамнезе на 10%-12% выше, чем у женщин, их не имеющих [5]. В последние годы во всем мире прослеживается отчетливая тенденция к увеличению частоты кесарева сечения (КС) [6]. В России этот показатель составляет 17%-18%. Высокий процент КС обусловлен ростом акушерской и экстрагенитальной патологии и расширением показаний к оперативному родоразрешению [7].

Согласно современным представлениям, любое неблагополучие течения беременности у матери для плода трансформируется, прежде всего, в гипоксию [8]. Последствия перенесенной внутриутробной гипоксии и асфиксии в родах, оставаясь одной из ведущих причин неонатальной смертности, определяют неблагоприятный отдаленный прогноз [9]. Оперативное родоразрешение относится к интранатальным факторам риска для плода и новорожденного, что связано с воздейст-

вием на плод ряда факторов, не свойственных для физиологических родов [6]. Ранний период адаптации новорожденных, извлеченных оперативным путем, протекает более напряженно, чем у детей, родившихся естественным путем, а риск развития энцефалопатии в целом выше [6, 8, 9].

В структуре неврологических заболеваний у детей раннего возраста в России значительную долю составляют перинатальная патология нервной системы (36%) и резидуальные состояния вследствие раннего органического поражения мозга (24%). Данный факт обусловлен не только сохраняющимся высоким уровнем перинатальной гипоксии, но и возрастающей частотой внутриутробного инфицирования [10].

Подобная перинатальная патология нервной системы, не подвергшаяся адекватной ранней коррекции, в последующем может проявлять себя по-разному. Так, Ф.М. Гайдук, изучив анамнез 222 детей с задержкой психического развития (ЗПР), пришел к выводу, что основной причиной церебрально-органического варианта заболевания является именно перинатальная патология, которая отмечалась в анамнезе в 49% случаев [11]. Как отмечает Л.И. Пасечник, дети, родившиеся в осложненных родах, имели более низкие интеллектуальные показатели в сравнении со сверстниками из группы детей от нормально протекавших родов [12].

Минимальные мозговые дисфункции (ММД) представляют собой наиболее распространенную форму нервно-психических нарушений в детском возрасте. ММД — понятие, обозначающее легкие расстройства поведения и обучения без выраженных интеллектуальных нарушений, возникающие в силу недостаточности функций центральной нервной системы, чаще всего резидуально-органической природы [20, 21].

Число детей, страдающих ММД, по данным одних авторов, не превышает 2%, по данным других — достигает 21% [13]. По усредненным данным отечественных и зарубежных исследований частота встречаемости ММД среди детей дошкольного и школьного возраста достигает 5%-20%. Такой разброс значений свидетельствует об отсутствии четкой клинической характеристики синдрома ММД [14].

Термин «минимальная мозговая дисфункция» официально принят в 1962 г. на международной конференции детских невропатологов в Оксфорде [13, 14], а с 70-80-х гг. в англо-американской литературе используется дефиниция «синдром нарушения внимания с гиперактивностью или без нее» [15, 16]. Среди особенностей пациентов с дефицитом внимания упоминались пограничная интеллектуальная недостаточность, плохая успеваемость в школе, неподчиняемость правилам поведения, неусидчивость, буйность, склонность к опасным играм. В немецкой литературе использовалось психолого-педагогическое понятие «нарушение взаимоотношений» («школьного поведения»), а схожие состояния объединялись термином «хронический органический мозговой психосиндром» [17], несколько позднее употребляется термин «энцефалопатия» [18]. Характерной особенностью этих детей является нарушение поведения в целом, что проявляется в трудностях подчинения правилам, невыполнении указаний взрослых, негативизме, эмоциональной неустойчивости. Изолированное нарушение навыков чтения и/или письма у детей с нормальным интеллектуальным развитием именуют «легастенией» [18, 19].

Задержка психического развития (ЗПР) — вариант психического дизонтогенеза, к которому относятся различные по этиологии, патогенезу, клиническим проявлениям и особенностям динамики состояния легкой интеллектуальной недостаточности, занимающие промежуточное положение между интеллектуальной нормой и умственной отсталостью и имеющие тенденцию к положительной динамике

при хорошо организованной реабилитационной работе [22].

Распространенность ЗПР в РФ имеет неутешительную динамику. При эпидемиологическом исследовании, предпринятом в 1972–1973 гг. НИИ дефектологии АПН СССР в ряде регионов страны, ЗПР была обнаружена у 5–6% учащихся младших классов массовых школ [23, 24]. Среди систематически неуспевающих учащихся начальных классов массовых школ пограничная интеллектуальная недостаточность наблюдается у 52,5%–79% [25, 26]. Ю.С. Шевченко (1999) считает, что в 80% случаев школьная неуспеваемость связана с различными состояниями когнитивной недостаточности, включая ЗПР [27]. Среди детей дошкольного возраста, по данным У.В. Ульенковой (1984), 20% отстают в усвоении программы. Клинико-психологическое обследование этих детей выявило у 50% из них ЗПР [28]. По данным О.В. Масловой и соавт. (2001), распространенность ЗПР у детей в возрасте до 3 лет составляет 1,2% как самостоятельное нозологическое состояние, или 8%–10% в структуре общей психической патологии [29].

В литературе можно найти данные об увеличении численности детей с ЗПР за последнее десятилетие. Л.М. Шипицина (1995) отмечает рост численности этих пациентов, указывая на то, что за период с 1990 по 1995 гг. количество детей с ЗПР выросло в 2 раза [30]. По данным И.Я. Гуровича и соавт. (2000), заболеваемость умственной отсталостью среди детей и подростков за период с 1994 по 1999 гг. увеличилась на 19,8%, значительно возросла также заболеваемость расстройствами непсихотического характера, в число которых входит и ЗПР [31]. В.М. Волошин и соавт. (2002) приводят данные, что за период с 1997 по 2002 гг. частота психической патологии среди детей увеличилась на 16,7%, среди подростков – на 2,5% [32]. Авторы также отмечают рост психических нарушений среди детей раннего возраста (до 3 лет) [22].

Распространенность психических расстройств у детей и подростков в России оказалась существенно выше, чем цифры, полученные соответствующими методами, где-либо в мире: при использовании сопоставимых методов и диагностических критериев – примерно в 2 раза выше, чем в развитых странах, таких как Британия. По данным психиатрического оценивания 15,3% российских детей и подростков имели отклонения, соответствующие диагнозу психического расстройства по МКБ-10, тогда как в Британии соответствующая цифра составляет 9,1%. Эмоциональные расстройства могут быть выявлены у 8,8 % детей, поведенческие расстройства – у 8,6 %, гиперкинетические – у 1,3% детей. Соответствующие показатели в Британии составляют 4,2 %, 4,9 % и 1,4 % [33].

Поступление ребенка в дошкольное образовательное учреждение сопровождается изменением окружающей его среды, режима дня, характера питания, системы поведенческих реакций (динамического стереотипа), приводит к необходимости устанавливать социальные связи, адаптироваться к новым условиям жизни. На процесс адаптации ребенка влияют достигнутый уровень психического и физического развития, состояние здоровья, степень закаленности, сформированность навыков самообслуживания, коммуникативного общения со взрослыми и сверстниками, личностные особенности самого малыша, а также уровень тревожности и личностные особенности родителей. Дети, имеющие отклонения в этих сферах, труднее адаптируются к новым микросоциальным условиям. У них может развиваться эмоционально-стрессовая реакция, приводящая к нарушению здоровья [34, 35].

Адаптация к школе – один из наиболее сложных периодов в жизни ребенка как в социальном, так и в психологическом и физиологическом плане. Низкий исходный уровень здоровья детей, поступающих в первый класс, самым неблагоприятным образом сказывается на процессе адаптации их к школьным нагрузкам,

режиму школы, являясь причиной дальнейшего ухудшения здоровья и плохой успеваемости [36, 37].

Несмотря на большое количество исследований, существует много неясного в вопросах дефиниций школьной дизадаптации (ШД). На протяжении многих лет в отечественной литературе использовался термин «дезадаптация». В западной литературе встречается термин «дизадаптация». Описание этого понятия есть в «Энциклопедическом словаре медицинских терминов». Латинская приставка *de-*, или французская *des-*, означает «исчезновение, полное отсутствие», реже - «понижение, уменьшение». В то время как латинское *dis-* в главном своем смысле обозначает «нарушение, искажение», но реже - «исчезновение». Выбор термина «дизадаптация/дезадаптация» остается на усмотрение автора [38]. Термин «дизадаптация» представляется более уместным в случаях, когда объектом исследования являются практически здоровые учащиеся общеобразовательных массовых школ, которые были приняты в школу на основании медицинского заключения из индивидуальной карты развития ребенка [39].

Отечественные авторы понятие «школьная дизадаптация» трактуют достаточно широко, включая в него нарушения поведения и общения, неуспеваемость, то есть круг психологических, педагогических, средовых проблем, возникающих в процессе школьного обучения и приводящих в конечном итоге к нарушению процесса социального функционирования ребенка, что представляет собой существенную проблему, как для образования, так и для здравоохранения [38, 40]. Другими словами, ШД – это совокупность признаков нарушений приспособления ребенка/подростка к условиям обучения, не отвечающим «актуальному уровню» его развития, состоянию здоровья, природным способностям, либо тем и другим одновременно.

По данным Московского НИИ психиатрии проявления ШД обнаруживаются у 15%-40% школьников младшего возраста. Установлено, что «корни» ШД уходят глубоко в период раннего развития ребенка, обнаруживая себя уже в дошкольном возрасте и, особенно, в начале школьного обучения. В последние года количество дизадаптированных детей в массовой школе колеблется в диапазоне 30%-70% [22, 32, 41].

По данным Н.К. Сухотиной группа неуспевающих и слабо успевающих школьников представлена:

а) детьми с интеллектуальным недоразвитием (умственная отсталость, пограничные формы интеллектуальной недостаточности, включая задержки психического развития церебрально-органического генеза) - 53,1%;

б) детьми с неравномерным развитием интеллектуальных функций (парциальные задержки развития), у которых в процессе обучения констатировались трудности в формировании определенных (специфических) школьных навыков (орфографии, чтения, счета) - 12,7%;

в) детьми с признаками резидуально-органической недостаточности ЦНС, у которых при поступлении в школу были выявлены нарушения интеллектуальных предпосылок: внимания, памяти, работоспособности, в ряде случаев сочетающихся с нарушением поведения и невысокими показателями интеллектуально развития, не выходящими за рамки принятой нормы – 23,6%;

г) детьми с относительной возрастной незрелостью психических функций, проявляющейся свойственным более раннему возрасту индивидуально-социальным поведением, несформированностью познавательного интереса и учебной мотивации, ограниченным кругозором и другими особенностями психического развития, не выходящими в целом за рамки нижних границ нормы - 11,6% [42].

Так, например, число детей с недостаточным уровнем развития, необходимого для обучения в школе, за 1999-2004 гг. в среднем увеличилось с 20% до 41,1% [1], т. е. почти у каждого второго из российских детей 7-летнего возраста отсутствует психофизиологическая готовность к усвоению учебной программы.

Признавая многозначность этиологии ШД, среди ее причин большое значение придается как факторам социального неблагополучия (беспризорности, безнадзорности, сиротству, жестокому обращению с детьми, неправильному их воспитанию), так и сугубо медицинским причинам: задержкам психического развития, психическому инфантилизму, резидуально-органическим расстройствам (интоксикации, инфекции, травмы); легкой умственной отсталости; пограничным нервно-психическими нарушениями, ММД с синдромами дефицита внимания, гиперактивностью [38, 39, 42-47].

Динамическое прослеживание детей в процессе школьного обучения показало, что к концу первого года обучения патохарактерологические и невротические реакции обнаруживались у 34,1% детей с трудностями обучения, к концу обучения в начальной школе - у 61% детей. Наиболее часто перечисленные психогенные расстройства обнаруживались среди детей с интеллектуальным недоразвитием, включая пограничные формы - у 72,9% обследованных. Пограничная умственная отсталость и близкие к ней состояния являются, по сути, одной из форм донозологических, т. н. дизадаптационных нервно-психических расстройств [49, 50].

В свете перечисленных статистических данных особо актуальным представляется вопрос о мерах психопрофилактики подобных состояний и расстройств.

В психопрофилактике пограничных нервно-психических расстройств (согласно классификации ВОЗ) отражены три уровня. На 1-м динамическое наблюдение ведется за «условно здоровым контингентом», при психологическом обследовании которого выявляется ряд психологических проблем. Это может быть неустойчивая или низкая самооценка, неуверенность в себе, малоадаптивные стереотипы общения и прогнозирования своего поведения, нарушение полоролевой идентификации, конфликтные отношения с родителями. На 2-м и 3-м уровнях имеют место начальные признаки пограничных психических расстройств, нарушения адаптации, аддиктивное поведение, психогенные патологические формирования личности [1].

Таким образом, профилактическая работа лишь отчасти нацелена на раннее выявление и своевременное лечение скрытых нервно-психических расстройств (2-й и 3-й уровни согласно классификации ВОЗ). Основная ее задача – предупреждение нервно-психических нарушений. Для осуществления таких мероприятий необходимы широкие исследования контингента нормы с обращением особого внимания не только на симптомы и синдромы заболеваний, но также на индивидуально-психологические особенности. Такие широкие обследования становятся возможными в соответствии с недавно принятыми приказами о диспансеризации несовершеннолетних [51, 52]. В связи с этим требуется разработка методических рекомендаций с учетом возрастных норм психофизического развития, возможных вариантов выявленной патологии, отвечающих современным тенденциям в динамике состояния здоровья детского населения.

О новой концепции первичной психопрофилактики в микропсихиатрии впервые заявлено в диссертационном исследовании Г.В. Козловской (1995). Разработанная система психопрофилактической помощи детям раннего возраста ориентирована на выполнение нескольких задач. Первая задача — клинико-психологическая диагностика развития с квалификацией нервно-психического статуса ребенка; вторая — диагностика социальной ситуации, в которой протекает

развитие ребенка с оценкой взаимодействия ребенка с близкими и другими взрослыми, сверстниками, и его переживаний этих отношений; а также диагностика компетентности родителей или подготовленности их к выполнению родительской роли (на мотивационном, когнитивном, поведенческом уровне). Третья задача — диагностика развивающей функции среды младенца, в том числе: диагностика состояния системы «мать—дитя» в постнатальном периоде и диагностика состояния этой системы на стадии беременности также на эмоциональном, когнитивном и поведенческом уровнях. Особые формы психопрофилактической работы были направлены на семью ребенка при психопатизирующем неправильном поведении родителей, активно воздействуя на характерные факторы риска, начиная с антенатального периода [53].

Так, в работах О.П. Шмаковой (2004) речь идет о лечебно-педагогической реабилитации помощи при школьной несостоятельности психически больным детям и подросткам, обучающимся в общеобразовательной школе. Комплексная помощь детям и подросткам школьного возраста с психическими расстройствами, помимо терапевтической (психотропного, психотерапевтического и других видов лечения), должна включать коррекцию форм обучения, среди которых необходимо преимущественно рекомендовать коллективные его способы, как обеспечивающие большую социализацию больных. Помощь специалистов других направлений (психологов, логопедов, дефектологов) должна осуществляться с учетом рекомендаций психиатров [20].

М.Н. Коридзе-Датунишвили (2005) предложена программа раннего социодинамического вмешательства в условия дошкольного образовательного учреждения, способствовавшая предотвращению развития индуцированных депрессий и неврозов у детей в связи с длительным общением с носителями. На основании эффективности проведенной программы автором предложено ввести субспециальность превентивного психотерапевта для эффективного выполнения превентивной психотерапевтической работы в кризисные периоды дошкольного детства [54].

Ю.Б. Барыльник (2005) обращает внимание на нарушение школьной адаптации безнадзорных несовершеннолетних, которая возникает вследствие отсутствия контроля за поведением со стороны родителей или законных представителей, что, в свою очередь, влияет на степень социальной адаптации и уровень нервно-психического развития. Профилактическая работа, по мнению автора, должна быть направлена на раннее выявление детей из асоциальных семей (детей, в ближайшем окружении которых находятся психически больные, лица, страдающие алкоголизмом, наркоманией или совершающие противоправные действия, родителей и лиц их заменяющих, допускающих жестокое обращение с несовершеннолетними), а также детей-сирот. Необходима организация переподготовки специалистов по социальной работе с безнадзорными детьми и подростками-правонарушителями, повышение уровня их квалификации [55, 56].

А.А. Копаневой (2006) в результате изучения медико-социальных аспектов пограничных нервно-психических расстройств у учащихся начальных классов общеобразовательных и инновационных школ была разработана организационная модель по профилактике пограничных нервно-психических расстройств у школьников. Выделены три направления организационной работы: учебно-просветительская работа с преподавателями школ; разработка рекомендаций для школьного психолога и детского психиатра; расширение и модернизация консультативных и лечебно-оздоровительных центров [57].

А.В. Елисеев (2006) в своих исследованиях, посвященных клинικο-динамическим и социально-психологическим механизмам формирования рас-

стройств психического развития в детско-подростковом возрасте, комплексно изучил конституционально-биологические и социодемографические факторы, участвующие в патогенезе психических расстройств у детей и подростков, что позволило оценить их вклад и прогностическую значимость в развитии школьной дизадаптации учащихся [58]. В результате была создана модель оказания комплексной медико-психолого-педагогической и социальной помощи детям с психическими расстройствами, испытывающим трудности в обучении, представленная тремя модулями (структурный, функциональный и сетевой). Основными функциями структурного модуля являются организационно-координирующая (по оказанию комплексной помощи) и рекомендательная (по выбору условий обучения учащихся с психическими расстройствами). Функциональный модуль определяет деятельность специалистов в следующих направлениях: диагностика причин трудностей обучения, их коррекция и мониторинг психических расстройств детей и подростков. Сетевой модуль через семантическое расстояние между ребенком (через его семью) и специалистами полипрофессиональной группы отражает значение роли психиатра в оказании междисциплинарной помощи [58].

В исследованиях И.В. Андрусенко (2009) речь идет о клинико-динамических, социально-психологических, конституционально-биологических особенностях гиперкинетического расстройства с учетом коморбидной патологии у детей дошкольного и младшего школьного возраста. Приоритетным звеном в оказании помощи детям с проблемами в психическом развитии является комплексная медико-психолого-педагогическая направленность реабилитационных процессов, причем положительные результаты лечебно-коррекционной работы более выражены в возрастной группе детей 4-5 лет. Дошкольный возраст, когда компенсаторные возможности мозга велики, важен в плане предупреждения развития нарушений поведения, а также дизадаптационного школьного синдрома [59].

В.Ю. Андreyuk (2009) обращено внимание на такую форму школьной дизадаптации, как систематический пропуск занятий. Была разработана комплексная программа диагностики и психопрофилактики школьной дизадаптации в форме систематических пропусков занятий. Психосоциальная реабилитация данного контингента подростков, основанная на когнитивно-бихевиоральном подходе, показала свою эффективность [60].

Е.А. Филипова (2010) представила алгоритм ранней активной диагностики различного уровня, включая донозологический, пограничных психических расстройств среди учащихся средних и старших классов, связанных с феноменом школьной дизадаптации. Совершенствование системы профилактических и медико-реабилитационных мероприятий подобных расстройств должно основываться, по мнению автора, на междисциплинарном взаимодействии специалистов, предусматривая возможность проведения психокоррекционных и лечебно-профилактических мероприятий в привычной среде школьного обучения [61].

А.А. Седова и соавт. (2012) для прогнозирования вероятности развития школьной дизадаптации у воспитанников специализированных/коррекционных образовательных учреждений предложили модели, учитывающие взаимосвязь оцениваемой вероятности с социально-гигиеническими (неполная родительская семья; низкий уровень внутрисемейных отношений; отсутствие социально-психологической поддержки среди родственников; доминирование чувства одиночества; аддиктивное поведение - курение, употребление алкоголя и токсических веществ) и медико-биологическими характеристиками (отягощенный семейный анамнез, патология внутриутробного периода развития, частые сочетанные поражения со стороны систем и органов) исследуемого контингента. Прогнозирование

возникновения школьной дизадаптации у школьников с ЗПР на индивидуальном уровне, исходя из их социально-гигиенических и медико-биологических характеристик, на основе построенных математических моделей позволит, по мнению авторов, определить группы риска по возникновению школьной дизадаптации, составить компьютерную базу данных для мониторинга состояния здоровья подростков и тем самым повысить эффективность лечебно-профилактических мероприятий [62].

Таким образом, большинство современных разработок в области психопрофилактики школьной несостоятельности связано с коррекцией уже имеющейся школьной дизадаптации у пациентов с психической патологией различной степени выраженности. С учетом новых нормативно-правовых документов, регламентирующих порядок диспансеризации, медицинских осмотров несовершеннолетних, назрела необходимость создания обновленной системы оказания психопрофилактической помощи детям и подросткам. Для создания данной модели необходимо изучить динамику и варианты отклонений в психофизическом развитии на различных возрастных этапах и с учетом выявленных особенностей разработать обоснованные рекомендации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М. Оценка состояния здоровья детей. Новые подходы к профилактической и оздоровительной работе в образовательных учреждениях: руководство для врачей. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 437 с.
2. Гурович И.Я., Сторожакова Я.А., Фурсов Б.Б. Международный опыт реформы психиатрической помощи и дальнейшее развитие психиатрической службы страны // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т. 22, № 1. – С. 5–19.
3. Практическое руководство по детско-подростковой психиатрии: многодисциплинарные подходы/под общ. ред. проф. Р. Никола; [пер. В.Г. Гафурова]. 2-е изд. – Екатеринбург: Изд-во Урал. ун-та, 2009. – 306 с.
4. URL:http://www.who.int/reproductivehealth/publications/strategic_approach/RHR_07.7/ru/index.html (дата обращения 21.12.13)
5. Владимир Кулаков, Ольга Фролова. Репродуктивное здоровье в Российской Федерации. URL:<http://demoscope.ru/weekly/2006/0241/analit02.php> (дата обращения 16.12.2013).
6. Ипполитова Л.И., Логвинова И.И., Каледина Е.Я. Кесарево сечение: ранняя адаптация и мониторинг развития детей. — Воронеж, 2010. — 208 с.
7. Белокриницкая Т.Е. Акушерство и гинекология . — Ростов н/Д: Феникс, 2007. — 416 с.
8. Пальчик А.Б., Шабалов Н.П. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорожденных. — СПб: Питер. — 2004. — 224 с.
9. Тумаева Т.С. Клиннико-инструментальная характеристика состояния центральной нервной системы у детей, рожденных путем кесарева сечения, в раннем неонатальном периоде / Т.С. Тумаева, Л.А. Балыкова, А.В. Герасименко, Л.В. Лебянкина, О.А. Пиксайкина // Практическая медицина. – 2011, № 6(54). - С. 72-75.
10. Володин Н.Н. Неонатология : учеб. пособие / под ред. Н.Н. Володина, В. Н. Чернышова, Д.Н. Дегтярева. - М.: Академия, 2005. - 448 с.
11. Гайдук Ф.М. Задержки психического развития церебрально-органического генеза у детей: Автореф. дис. докт. мед. наук. - М., 1988. - 38 с.
12. Пасечник Л.И. Особенности психического развития детей 5-10 лет с интранатальной патологией в анамнезе: автореф. дис. канд. мед. наук. - Л., 1989. -19 с.
13. Clements S.D. Syndrome of minimal brain dysfunction in children // Maryland.

Med. G. 1966, V.15. - P. 139-140.

14. Журба Л.Т., Мاستюкова Е.М. Нарушения психомоторного развития детей первого года жизни. — М., 1981. — 272 с.

15. Biederman J. Attention deficit hyperactivity disorder // Ann. Clin. Psychiatry. 1991, Vol.3, № 1. - P. 9-22.

16. Bramble D., Klassen A., Trambirajah M.S., Weaver A. Attention deficit hyperactivity disorder in children.// BMJ. 1998, Vol.317. - P. 1250—1252.

17. Stutte H., Koch H. Charakteropathien nach frühkindlichen Hirnschaden.- Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 1970. - 100 s.

18. Gollnitz G., Rosler H.D. Psychologische Untersuchungen zur Entwicklung hirngeschädigter Kinder.- Dtsch. Verb. D. Wissenschaften, Berlin, 1975.

19. Lempp R. Eine Pathologie der psychischen Entwicklung.-Bern, Stuttgart: Verlag Hans Huber, 1967. - 274 s.

20. Шмакова О.П. Школьная адаптация детей и подростков с психическими расстройствами: дис. канд. мед.наук.-М., 2004. - С 34-35.

21. Халецкая О.В., Трошин В.М. Минимальные дисфункции мозга в детском возрасте. - Н. Новгород, 1995. - 37 с.

22. Емелина Д.А., Макаров И.В. Задержки темпа психического развития у детей (обзор литературных данных) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. — 2011, № 3. - С. 11-16.

23. Лебединская К.С. Актуальные проблемы диагностики задержки психического развития детей. - М., 1982.- 128 с.

24. Марковская И.Ф. Задержка психического развития церебрально-органического генеза (клинико-психологические корреляции): автореф. дис. канд. мед. наук. - Л., 1982. - 22 с.

25. Крыжановская И.Л. Особенности возрастной динамики клинико-психопатологической картины при пограничной интеллектуальной недостаточности у детей младшего школьного возраста: дис. канд. мед. наук. - М., 1983. - 176 с.

26. Улба П.П. Задержка психического развития у детей младшего школьного возраста: автореф. дис. канд. мед. наук. - Тарту, 1987. - 26с.

27. Шевченко Ю.С. Актуальные проблемы совершенствования детско-подростковой психиатрической службы // Охрана психического здоровья детей и подростков: матер. 4-го конгресса педиатров России.- М., 1999. - С. 104-105.

28. Ульяновская У.В. Шестилетние дети с задержкой психического развития. - М.: Педагогика, 1990. - 182 с.

29. Маслова О.И. Сергиенко Н.С., Горюнова А.В. Диагностика и структура неврологических синдромов психического дизонтогенеза детей раннего возраста // Исцеление. — 2001, № 5. — С. 20-26.

30. Шипицина Л.М. Интегрированное обучение детей с проблемами в развитии // Вестник психосоц. и коррекционно-реабилитационной работы. -1995. - № 3. - С. 29-35.

31. Гурович И.Я. Динамика показателей деятельности психиатрической службы России (1994–1999 гг.). - М., 2000.- 650 с.

32. Волошин В.М. Состояние и перспективы развития детской психиатрической службы в России // Соц. и клин. психиатрия. — 2002, № 2. — С. 5–10.

33. Слободская Е.Р. Психическое здоровье детей и подростков: распространенность отклонений и факторы риска и защиты // Вопросы психического здоровья детей и подростков. — 2008 (8), № 2. — С. 8 – 21.

34. Макарычева Н.В. Проблемы раннего детства: диагностика, педагогическая поддержка, профилактика. - М.:АРКТИ, 2005.

35. Н.Д. Бобрищева-Пушкина. Адаптация ребенка к пребыванию в дошкольных образовательных учреждениях. Роль педиатра // Практика педиатра. – 2008, № 10. – С. 66-72.
36. Возрастная физиология: (Физиология развития ребенка): Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / М.М. Безруких, В.Д. Сонькин, Д.А. Фарбер. — М.: Академия, 2002. — 416 с.
37. Мирская, Н.Б. Состояние здоровья детей школьного возраста в современных условиях обучения / Н.Б. Мирская, Н.К. Барсукова, В.А. Полиский // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2000, № 4. – С. 30-32.
38. Иовчук Н.М., Северный А.А. Что такое школьная дезадаптация // Социальная дезадаптация детей и подростков: причины, проявления, преодоление. М., 1995. – С. 22-30.
39. Романова Ф.А. Структура и динамика нервно-психических расстройств у детей со школьной дезадаптацией: автореф. дис. канд. мед. наук. - М., 2005. - 25 с.
40. Шац И.К. Клинико-психологические и коррекционные аспекты школьной дезадаптации при психических расстройствах у детей // Социальная и клиническая психиатрия. – 2003, № 2. - С. 47-51.
41. Винокуров Л.Н. Школьная дезадаптация и ее предупреждение у учащихся. - Кострома, 2000. – 132 с.
42. Сухотина Н.К. Нервно-психическое здоровье детей в аспекте школьной адаптации // Журнал клинической и социальной психиатрии. – 1999, № 4. - С.34-39.
43. Вострокнутов Н.В. Патологические формы делинквентного поведения детей и подростков (комплексная оценка, диагностика и принципы организации социально-медицинской реабилитационной помощи: автореф. дисс. докт. мед. наук. - М., 1998. - 42 с.
44. Исаев Д.Н. Психопатология детского возраста. Учебник для вузов. – СПб.: Спецлит. 2001. – 463 с.
45. Сухарева Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста. - М.: Медицина, 1974. - 320с.
46. Певзнер М.С. Дети с отклонениями в развитии. - М., 1966.
47. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. — М.: Медицина, 1995. — 560 с.
48. Рычкова Л.С. Клиническая типология школьной дезадаптации у детей с легкой умственной отсталостью (клинико-психопатологические и социально-психологические аспекты): автореф. дисс. докт. мед. наук. — Томск, 2003. - 38 с.
49. Сухотина Н.К. Донозологические формы нервно-психических расстройств у детей. Сообщение 1// Социальная и клиническая психиатрия. – 2008, Т. 18, № 1. - С.75-78.
50. Сухотина Н.К. Донозологические формы нервно-психических расстройств у детей. Сообщение 2 // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008, Т. 18, № 2. - С. 84-86.
51. Приказ МЗ РФ от 21.12.2012 г. № 1346н «О Порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них». - URL: <http://base.garant.ru/70355102/> (дата обращения 9.01.2014).
52. Приказ МЗ РФ от 11.04.2013 г. № 216н «Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью» - URL: <http://www.garant.ru/hotlaw/federal/475481/> (дата обращения 9.01.2014).

53. Козловская Г.В. Психические нарушения у детей раннего возраста (клиника, эпидемиология и вопросы абилитации): автореф. дисс. докт. мед. наук. -М., 1995. - 40 с.
54. Коридзе-Датунишвили М.Н. Превенция психических расстройств в дошкольном учреждении: автореферат дисс. канд.мед. наук. - Новосиб., 2005. - 22 с.
55. Барыльник Ю.Б. Медико-социальные, клинко-психопатологические аспекты психических и наркологических расстройств у безнадзорных несовершеннолетних: дисс. докт. мед. наук. – М., 2005. - 234 с.
56. Хритинин Д.Ф., Цыганков Б.Д., Барыльник Ю.Б. Психические и аддитивные нарушения у безнадзорных несовершеннолетних (клинико-социальные и реабилитационные аспекты) // Саратов: Издательство Торгово-промышленной палаты, 2005. - 300 с.
57. Копанева А. А. Медико-социальные аспекты пограничных нервно-психических расстройств и их профилактика у учащихся начальных классов общеобразовательных и инновационных школ: дисс. канд. мед. наук. - Оренбург, 2006. - 133 с.
58. Елисеев А. В. Расстройства психического развития в детско-подростковом возрасте (клинико-динамические и социально-психологические механизмы формирования): автореф. дисс. докт. мед. наук. - Томск, 2006. - 42 с.
59. Андрусенко И. В. Клинико-динамические и социально-психологические характеристики гиперкинетических расстройств у детей: автореф. дисс. канд. мед. наук. - Томск, 2009. - 22 с.
60. Андреюк В.Ю. Факторы школьной дезадаптации и психосоциальная реабилитация подростков, систематически пропускающих занятия: автореферат дисс. канд. мед. наук. – М., 2009. – 26 с.
61. Филиппова Е.А. Пограничные психические расстройства у учащихся средних и старших классов общеобразовательной школы (клинико-диагностические и терапевтические аспекты): автореферат дисс. канд. мед. наук. - М., 2010. - 25 с.
62. Седова А. А., Зиньковский А. К., Красненков В. Л. Моделирование и прогнозирование возникновения школьной дезадаптации у социально депривированных учащихся, в зависимости от социально-гигиенических и медико-биологических факторов // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012, Т.22, № 3. - С. 26-29.

Barylник Yu.B., Grischenko T.P., Strokovа E.V.

FORMATION MECHANISMS OF SCHOOL MALADJUSTMENT. ACTUAL CONDITION THE PROBLEM OF A PSYCHOPROPHYLAXIS OF SCHOOL FAILURE

Saratov State Medical University named after V.I. Razumovsky, Municipal health care institution «City Children's Outpatient Department № 4» (Saratov).

Summary. This article contains the literature review focuses on a mental condition of children and adolescents. The most frequent neuropsychiatric disturbances and mental problems of childhood leading to adjustment disorder in preschool institution and school are considered. The review of the last researches concerning a psychoprophylaxis of a school maladjustment is submitted.

Keywords: minimal brain dysfunction, attention deficit hyperactivity disorder, mental retardation, psychoprophylaxis, school maladjustment.

С.В. Гречаный (1), А.Ю. Егоров (2, 3, 4)

**РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ И ИХ
ЛЕЧЕНИЕ (КРАТКИЙ ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет (1), Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова (2), Санкт-Петербургский государственный университет (3), ФГБУН Институт эволюционной физиологии и биохимии им. И.М. Сеченова РАН (4) (Санкт-Петербург).

Резюме. В обзоре приводятся современные данные относительно распространенности, диагностических критериев расстройств поведения у детей и подростков и коморбидных состояний. Акцент сделан на описании современных доказательно эффективных методиках терапии.

Ключевые слова: расстройства поведения у детей и подростков, терапия расстройств поведения.

Расстройства поведения (РП) являются одним из наиболее часто диагностируемых психических расстройств в детско-подростковой популяции как в амбулаторных, так и в стационарных условиях [9, 13, 34]. По разным данным, распространенность РП у детей и подростков в среднем составляет 1%-10% и зависит от пола, возраста, социодемографических и др. факторов [26, 41]. У мальчиков-подростков данная патология встречается 3-4 раза чаще, чем у девочек [35], и отмечается в 6%-16% [49].

Современная диагностика РП основывается на критериях МКБ-10 [3]. В определении «РП» большинство авторов подчеркивает такие его свойства, как повторяющийся характер нарушений, антисоциальная их направленность, проявляющаяся в посягательстве на права других людей, совершении недозволенных по возрасту поступков [26, 39], и др. В «Руководстве по диагностике и статистике психических расстройств» 5-го пересмотра (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-V) в качестве диагностических критериев РП называются также такие личностные черты пациентов, как черствость и бесстрастность, что подчеркивает связь РП с антисоциальным расстройством личности в зрелом возрасте [25, 29, 45]. В отечественной литературе клинические проявления РП неоднократно описывались под терминами патологические формы нарушения поведения [2], саморазрушающее поведение [4] и др.

Первые проявления РП отмечаются уже в раннем возрасте [42]. Ранний и дошкольный возраст как период манифестации поведенческих нарушений упоминается в литературе многократно и настойчиво [8, 16, 50, 54]. У 4% детей 4-11 лет, согласно критериям МКБ-10, можно выявить симптомы РП [31]. Характерным для подросткового периода поведенческим нарушениям обычно предшествует оппозиционно-вызывающее расстройство, которое встречается у 7,3%-11,1% детей и уже в этом возрасте в $\frac{3}{4}$ случаев курируется психиатрической службой [6, 15].

РП являются самой частой причиной направления детей и подростков в психиатрические и психологические учреждения и столкновения пациентов с законом [31]. В США среди несовершеннолетних, находящихся в исправительных учреждениях, пациенты с РП составляют 23%-87% [53]. У 90% подростков-правонарушителей расстройство поведения отмечалось уже в возрасте 7 лет [48]. Показано, что повышенная импульсивность в дошкольном возрасте приводит к высокому риску дальнейшего стойкого делинквентного поведения [16].

Во многих исследованиях подчеркивается связь РП в раннем детстве с СДВГ, оппозиционно-вызывающим расстройством, подростковыми поведенческими девиациями, употреблением психоактивных веществ (ПАВ), синдромом зависимости от алкоголя и наркотиков, антисоциальным расстройством личности, криминальным поведением. Данные нарушения, по мнению ряда исследователей, последовательно и закономерно сменяют друга друга [14] и, более того, имеют единую природу [42]. Таким образом, терапия РП представляет собой важную задачу современной детской психиатрии, необходимую для профилактики серьезных осложнений возникших девиаций поведения.

В целом лечение РП складывается из систематических усилий по сокращению, смягчению или полному устранению той или иной поведенческой проблемы [49]. Наиболее успешные методики сосредоточены на улучшении социальной компетентности детей и подростков, нормализации их взаимодействия с ближним окружением – родителями, сверстниками, учителями [41]. Большое значение уделяется развитию просоциального поведения, которое направлено на благо другого, приносит пользу окружению или обществу в целом и имеет в своей основе симпатию, сотрудничество, помощь, содействие, альтруизм и др. [11].

Лечение РП осуществляется параллельно с выявлением факторов риска, к ним приводящим. В этом аспекте терапия РП признается сложной задачей из-за необходимости устранения множественных факторов, лежащей в основе конкретной поведенческой девиации [20, 31]. Важным принципом является длительность терапии, которая в большинстве случаев выходит за пределы 18-летнего возраста [49]. Показано, что методики терапии наиболее эффективны в случае, если ребенок младше 8 лет или если поведенческие проблемы возникли относительно недавно [19, 31, 38]. У подростков РП считаются более резистентными к лечению [7].

В настоящее время нет единой точки зрения на приоритетное использование той или иной терапевтической методики. В целом говорится о большей эффективности методик работы с родителями, семейной психотерапии и школьных программ лечения по сравнению с индивидуальными методами психотерапевтической работы и фармакотерапией [31], однако последние также упоминаются в перечне используемых [49].

К числу доказательно эффективных относят тренинг когнитивных проблемно-разрешающих навыков, тренинг родительского руководства, функциональную семейную терапию и мультисистемную терапию [31, 32].

Тренинг когнитивных проблемно-разрешающих навыков (Cognitive problem-solving skills training – CPST) преследует цель снизить проявления отклоняющегося поведения путем обучения ребенка новым навыкам в ситуациях, которые ранее вызывали негативное поведение [30, 37]. Методика направлена на восполнение дефицита когнитивных навыков, особенно по части решения социальных проблем. Так, например, детская агрессивность рассматривается в свете недостатка обработки информации, что приводит к неточному пониманию целей социального взаимодействия. Набор интерпретаций окружающих событий и пути реагирования оказываются ограниченными и негативно окрашенными. В рамках методики CPST пациентов учат шаг за шагом решать межличностные проблемы, что включает в себя: признание ситуации проблемной, использование методики самоконтроля собственного импульсивного поведения, признание возможности решения проблемы несколькими способами, оценку последствий своего поведения, принятие точки зрения других [19]. Процедура включает в себя еженедельные индивидуальные занятия (45 мин) от нескольких месяцев до года. Ключевые особенности CPST делают этот вид терапии весьма перспективным. Сообщается о хороших ре-

зультатах применения CPST при легких РП и об улучшении этих результатов при одновременном использовании тренинга родительского руководства [57].

Есть несколько моментов, ограничивающих применение данной методики [32]. Во-первых, успех лечения зависит от уровня интеллектуального развития. Во-вторых, само по себе изменение когнитивного восприятия ситуации еще не гарантирует обязательного изменения поведенческого стереотипа, в связи с чем дети не используют сформированные навыки за пределами группы или не сохраняют их в течение продолжительного времени [19].

Тренинг родительского руководства (Parent Management Training – PMT) включает в себя работу терапевта с родителями с целью выработки у них более эффективных способов взаимодействия с детьми, формирования у ребенка просоциального поведения и коррекции поведенческих аномалий [32]. Модель включает прикладной анализ поведения с акцентом его на анализ предшествующих поступков, их последствий и повторяющегося стереотипа поведения [33]. Использование PMT особенно актуально в семьях детей с РП, поскольку их родители чаще всего не умеют применять дисциплинарные меры [19].

Основанный на теории социального научения (анализ поведения и оперантное обусловливание) тренинг родительского руководства исходит из положения о том, что к нарушениям поведения детей приводят трудности в детско-родительских взаимодействиях. В ходе работы терапевт обучает родителей умениям давать правильную оценку, наблюдать за поведением своих детей, особенно в критических ситуациях (детские «истерички») и в дальнейшем применять соответствующие методы положительного подкрепления и наказания.

Ключевым элементом PMT является положительное подкрепление, которое достигается разными способами, такими как неоставление без внимания хороших поступков, использование похвалы и балльного вознаграждения. Наказание за негативное поведение осуществляется такими способами, как ограничение развлекательных (в т. ч. компьютерных) игр. Проводится обучение родителей алгоритмам и схемам руководства поведением детей в чрезвычайных ситуациях [27]. Существуют 4 основных направления методики: 1) совершенствование детско-родительского взаимодействия, включающее улучшение их взаимоотношений, повышение доли участия родителя в делах ребенка, повышение родительского тепла и отзывчивости; 2) содействие формированию у детей просоциального поведения; родители демонстрируют, как выражать просьбы, соблюдать правила, оправдывать ожидания; 3) совершенствование способности родителей наблюдать и контролировать своих детей; 4) разнообразить методы контроля дисциплины, в частности, практиковать мягко-утвердительный, ненапористый и последовательный стиль воспитания. PMT поощряет участие обоих родителей в терапевтическом процессе, отдает предпочтение долгосрочному сотрудничеству. При необходимости проводится корректировка и пересмотр мер терапевтического вмешательства [20].

Тренинг родительского руководства является одной из самых исследуемых стратегий вмешательства при РП, изученных на примере детей разного возраста и с разной степенью тяжести нарушений [32]. Методика признана одной из самых доказательно эффективных для лечения РП, при котором в 2/3 случаях отмечаются клинически значимые устойчивые изменения [10, 18, 52]. Методика показала преимущественную эффективность в семьях детей от 6 до 12 лет [56]. Самые большие ограничения для PMT связаны с трудностями ее обучения в крупном масштабе [32].

Функциональная семейная терапия (Functional Family Therapy – FFT) приме-

няется при большом перечне поведенческих проблем у подростков в различных социо-культурных условиях. Она направлена как на лечение тяжелых расстройств поведения, таких как агрессивные, противоправные действия, употребление ПАВ и др., так и на профилактику поведенческих проблем у подростков из группы риска. Целевой группой являются подростки 11-18 лет [41].

FFT относится к краткосрочным программам вмешательства (от 8-12 до 30 часовых сеансов) в течение 3-4 мес. Первоначально FFT проводилась отдельно с каждой семьей в условиях клиники, однако в настоящее время она используется в амбулаторных, домашних условиях, в школе и др.

FFT основывается на когнитивно-поведенческой психотерапевтической подходе. Методика фокусируется на изменении шаблонов поведения и достижении более адаптивного функционирования семьи. Акцент в работе делается на оценке факторов риска и защитных факторах, которые влияют на подростка, его окружение, терапевтический процесс, включая внутрисемейные и внесемейные влияния.

Существует несколько этапов FFT. Первые этапы связаны с формированием терапевтического альянса, привлечением пациентов к совместной работе, выработкой мотивации к ней. Одновременно проводится работа, повышающая уровень семейной сплоченности, отказ от обвинения в адрес окружающих, враждебности, протестных реакций подростков против родителей, эмоций безнадежности и беспомощности. Используются способы устранения фиксированных установок, положительная реатрибуция, рефрейминг. Предлагается альтернатива прежнему отрицательному опыту взаимодействия. Второй этап работы включает в себя интеграцию когнитивной атрибуции в процессы, происходящие в семье (воспитание детей, решение проблем и конфликтов). Разрабатывается долгосрочный контекстно-зависимый план изменения поведения, который учитывает индивидуальные особенности каждого члена семьи. На заключительных этапах происходит обобщение изменений и перенос их на различные жизненные ситуации. Предпринимаются усилия по сохранению положительных изменений, использованию достигнутых изменений и поведенческих навыков в других сферах жизни (школа, взаимодействия со сверстниками и др.).

Методика положительно зарекомендовала себя в случае, когда родители злоупотребляют ПАВ, в случаях семейных конфликтов, депрессивных расстройств у родителей, отсутствии социальной поддержки. Эффективность ФСТ была доказательно продемонстрирована в независимых межгрупповых сравнительных исследованиях. В 25%-60% ФСТ оказалась более эффективна по сравнению с альтернативными программами по части снижения рецидивов правонарушений [5]. Ограничения использования методики связаны с низким использованием семейных навыков взаимодействия в школьных условиях и слабой мотивацией участия родителей в силу психопатологических причин.

Мультисистемная терапия (Multisystemic therapy - MST) применяется преимущественно в подростковом возрасте, когда система семейных отношений дополняется системой отношений со сверстниками и др. [20, 32]. Методика возникла как альтернатива ранее широко распространенным «стационарным» методам помощи, причина неудачи которых видятся в том, что после их прохождения пациенты возвращаются в прежние жизненные условия [22, 46]. MST имеет целью решение широкого круга поведенческих проблем подростков, возникающих в разных сферах жизни (отсюда название «мультисистемная»). Показанием для ее применения являются различной тяжести РП в возрасте 12 лет, включая антисоциальность, делинквентность, употребление ПАВ, сексуальные поведенческие отклонения, жестокое обращение, безнадзорность, психические расстройства, сопровож-

дающиеся поведенческими проявлениями, и др. [23].

МСТ базируется на теории экологических систем Урие Bronfenbrenner [1], рассматривающей антисоциальное поведение как результат взаимодействия «внутренних» и средовых факторов – личностных, семейных, школьных, социальных факторов, фактора близкого окружения и др. [23]. Терапия и профилактика поведенческих нарушений ставит целью воздействия на эти факторы [47]. МСТ объединяет в себе наиболее эмпирически оправданные методы, такие как поведенческая, когнитивно-поведенческая и прагматическая семейная терапия. Непосредственные задачи МСТ направлены на расширение возможностей самих подростков, повышение компетентности родителей за счет формирования навыков и личностных ресурсов. Первостепенную роль играет развитие родительских воспитательных навыков и улучшение семейных отношений. Также важной задачей является использование школьных ресурсов – привлечение подростка к общению со здоровыми сверстниками, помощь в школьной успеваемости и профессиональной ориентации и др. [24]. Терапевты осуществляют вмешательство в режиме 24-часовой доступности в различных ситуациях – клинике, школе, среди сверстников.

Применение МСТ основывается на принципах доказательной медицины. Исследования свидетельствуют, что МСТ демонстрирует большую эффективность по сравнению с другими стандартными методами [23, 43, 55]. Оценки долгосрочных эффектов МСТ в рандомизированных клинических исследованиях показали сокращение на 25%-70% повторных правонарушений в отдаленной перспективе, уменьшение на 47%-64% госпитализаций, значительное расширение способов семейного взаимодействия, экономии средств по сравнению с обычными мерами здравоохранения и юстиции [23]. Доказана эффективность в отношении сексуальных преступлений [36], жестокого обращения с детьми в семьях с употребляющими алкоголь родителями [44], безнадзорных детей [51], у представителей обоих полов и разной этнической принадлежности [47].

Специфичной для детей раннего и дошкольного возраста является терапия детско-родительского взаимодействия (Parent-Child Interaction Therapy – PCIT), представляющая собой уникальное сочетание поведенческой, игровой терапии, обучения родителей способам воздействия на ребенка [17]. Проводится обучение конкретным навыкам по созданию у детей чувства доверия и безопасности, поощрению просоциального поведения, сдерживанию негативных эмоций. В основе использования данной методики лежит положение, что рано возникающие поведенческие проблемы впоследствии приводит к развитию таких нарушений, как делинквентность несовершеннолетних и криминальное поведение. На формирование PCIT повлияла теория D. Baumrind [17], изменяющая авторитетно-авторитарно-разрешающую модель родительского поведения на модель родительской восприимчивости и родительской требовательности. Методика включает в себя 2 фазы: ориентированную на ребенка (CDI) и на родителя (PDI). CDI сходна с традиционной игровой терапией и сосредоточена на укреплении связи между родителем и ребенком. PDI похожа на клиническую поведенческую терапию и сконцентрирована на улучшении родительской способности устанавливать границы и обеспечивать стабильную дисциплину.

В настоящее время доказана эффективность методики при рано проявляющихся эмоциональных и поведенческих расстройствах, таких как оппозиционно-вызывающее расстройство [12], гиперактивность [28], подростковые РП [17, 21].

Таким образом, представленный материал позволяет сделать несколько важных выводов. Прежде всего, поведенческие расстройства относятся к тем видам психических нарушений, которые требует обязательного лечения и профилактики

для предотвращения развития более тяжелых расстройств, к числу которых относятся, прежде всего, антисоциальное расстройство личности, употребление ПАВ и зависимость от них и ряд других коморбидных нарушений. Современный подход к диагностике РП предполагает как можно более раннее выявление РП в связи с тем, что именно в детском возрасте (до 12 лет) они являются наиболее податливыми к терапии. Доказательно эффективные подходы к лечению РП включают в себя обязательную работу с родителями пациентов, направленную на улучшение детско-родительских взаимоотношений и обретение взрослыми полноценных родительских компетенций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Веракса А. Н., Леонов С. В. Основные постулаты экологической теории У. Бронфенбреннера // URL: http://psihologia.biz/psihologiya-psihologiya-obschaya_693/osnovnyie-postulaty-ekologicheskoy-teorii-20911.html. (дата обращения 30.12.2013 г.).
2. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. – Л.: Медицина, 1983. – 256 С.
3. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Международная классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. Всемирная организация здравоохранения. – СПб, «Адис», 1994. – С. 260-265.
4. Попов Ю.В. Концепция саморазрушающего поведения как проявления дисфункционального состояния личности // Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 1994. – № 1. – С. 6-13.
5. Alexander J.F., Pugh C., Parsons B.V., Sexton T.L. Functional family therapy. In: Blueprints for Violence Prevention (Book 3), 2d ed., edited by D.S. Elliott. Boulder, CO: Center for the Study and Prevention of Violence, Institute of Behavioral Science, University of Colorado, 2000.
6. Arcelus J., Vostanis P. Child psychiatric disorders among primary mental health service attenders // Br. J. Gen Prac. – 2003. – Vol. 53 – P. 214-216.
7. Bank I., Marlowe J.H., Reid J.B., Patterson G.R., Weinrott M.R. A comparative evaluation of parent-training interventions for families of chronic delinquents // J. Abnorm. Child. Psychol. – 1991. – Vol. 19. – P. 15-33.
8. Bartusch D. R. J., Lynam D. R., Moffitt T. E. et al. Is age important? Testing a general versus a developmental theory of antisocial behavior // Criminology. – 1997. – Vol. 35. – 13-48.
9. Breslau J., Saito N., Tancredi D.J., Nock M., Gilman S.E. Classes of conduct disorder symptoms and their life course correlates in a US national sample // Psychol. Med. – 2012. – Vol. 42(5). – P. 1081-1089.
10. Brestan E. V., Eyberg S. M. Effective psychosocial treatments of conduct-disordered children and adolescents: 29 years, 62 studies, and 5272 kids // Journal of Clinical Child Psychology. – 1998. – Vol. 27. – P. 180-189.
11. Brief A. P., Motowidlo S. J. Prosocial organizational behaviors // The Academy of management Review. – 1986. – Vol. 11 (4). – P. 710-725.
12. Brinkmeyer M., Eyberg, S. M. Parent-child interaction therapy for oppositional children. In: A.E. Kazdin, J. R. Weisz (Eds.), Evidence-based psychotherapies for children and adolescents New York: Guilford, 2003. – P. 204-223.
13. Buitelaar J.K., Smeets K.C., Herpers P., Scheepers F., Glennon J., Rommelse N.N. Conduct disorders // Eur. Child. Adolesc. Psychiatry. – 2013. – Vol. 22, Suppl. 1. – P. 849-854.
14. Burke J. B., Hipwell A. E., Loeber R. Dimensions of Oppositional Defiant Dis-

order as Predictors of Depression and Conduct Disorder in Preadolescent Girls // *Jornal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. – 2010. – Vol. 49. – № 5. – P. 484-492.

15. Canino G., Shrout P. E., Rubeco-Stipec M. et al. The DSM-4 rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico: prevalence, correlates, service use and the effects of impairment // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 2004. – Vol. 61. – P. 85-93.

16. Caspi A. The child is father of the man: personality continuities from childhood to adulthood // *Journal of Personality and Social Psychology*. – 2000. – Vol. 78. – P. 158-172.

17. Eyberg S. M., Funderburk B. W., Hembree-Kigin T. L., McNeil C. B., Querido J. G., Hood K. Parent-child interaction therapy with behavior problem children: One and two year maintenance of treatment effects in the family // *Child & Family Behavior Therapy*. – 2001. – Vol. 23. – P. 1-20.

18. Forgatch M. S., Patterson G. R., DeGarmo D. S. Evaluating Fidelity: Predictive Validity for a Measure of Competent Adherence to the Oregon Model of Parent Management Training // *Behav. Ther.* – 2005. – Vol. 36(1). – P. 3-13.

19. Frick P. J. (). Conduct disorder. In T. Ollendick & M. Hersen (Eds.). *Handbook of child psychopathology* (3rd ed.). – New York: Plenum Press, 1998. – P. 213-337.

20. Frick P.J. Effective interventions for children and adolescents with conduct disorder // *Canadian Journal of Psychiatry*. – 2001. – Vol. 46. – P. 597-608.

21. Gallagher N. Effects of parent-child interaction therapy on young children with disruptive behavior disorders // *Bridges: Practice-Based Research Syntheses*. – 2003. – Vol. 1. – № 4. – P. 1-17.

22. Halliday-Boykins C.A., Henggeler S.W. Multisystemic therapy: Theory, Research and Practice. In: E. Walton, P.A. Sandau-Beckler, M. Mannes (Eds.). *Balancing family-centered services and child well-being*. – New York: Columbia University Press, 2001. – P. 320-335.

23. Henggeler S., Melton G., Brondino M., Scherer D., Hanley, J. (1997). Multisystemic therapy with violent and chronic juvenile offenders and their families: The role of treatment fidelity in successful dissemination // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 1997. – Vol. 65(5). – P. 821-833.

24. Henggeler S.W., Cunningham P.B. School-related interventions and outcomes for multisystemic therapy // *The Family Psychologist*. – 2005. – Vol. 21 (4). – P. 4-28.

25. Herpers P.C., Rommelse N.N., Bons D.M., Buitelaar J.K., Scheepers F.E. Callous-unemotional traits as a cross-disorders construct // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* – 2012. – Vol. 47(12). – P. 2045-2064.

26. Hinshaw S. P., Lee S. S. Conduct and oppositional defiant disorders. In: E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.). *Child psychopathology*. – New York: Guilford Press, 2003. – P. 144-198.

27. Hughes T. L., Crothers L. M., Jimerson Sh. R. Identifying, Assessing, and Treating Conduct Disorder at School. – Springer Science+Business Media, Inc., 2008. – P. 97-114.

28. Johnson B. D., Franklin L. C., Hall K., Prieto L. R. (2000). Parent training through play: Parent-child interaction therapy with a hyperactive child // *The Family Journal Counseling and Therapy for Couples and Families*. – 2000. – Vol. 8. – P. 180-186.

29. Kahn R.E., Frick P.J., Youngstrom E., Findling R.L., Youngstrom J.K. The effects of including a callous-unemotional specifier for the diagnosis of conduct disorder // *J. Child. Psychol. Psychiatry*. – 2012. – Vol. 53(3). – P. 271-282.

30. Kazdin A. E., Siegel T., Bass D. Cognitive problem-solving skills training and parent management training in the treatment of antisocial behavior in children // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 1992. – Vol. 60. – P. 733-747.
31. Kazdin A. E. Risk factors, onset, and course of dysfunction. In: *Conduct Disorders in Childhood and Adolescence (2nd Edition)*. – Thousand Oaks, CA: Sage Publications 95, 1995. – P. 50-74
32. Kazdin, A. E. Practitioner Review: Psychosocial treatments for conduct disorder in children // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. – 1997. – Vol. 38(2). – P. 161-178.
33. Kazdin, A.E. Parent management training: Treatment for oppositional, aggressive, and antisocial behavior in children and adolescents. – New York: Oxford University Press, 2005.
34. Kessler R.C., Wang P.S. The descriptive epidemiology of commonly occurring mental disorders in the United States // Annu. Rev. Public. Health. – 2008. – Vol. 29. – P. 115-129.
35. Lahey B. B., Miller T. L., Gordon R. A., Riley A. W. (1999). Developmental epidemiology of the disruptive behavior disorders. In: H. C. Quay & A. E. Hogan (Eds.), *Handbook of disruptive disorders*. – New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 1999. – P. 23-48
36. Letourneau E.J., Henggeler S.W., McCart M.R., Borduin C.M., Schewe P.A., Armstrong K.S. Two-year follow-up of a randomized effectiveness trial evaluating MST for juveniles who sexually offend // *J. Fam. Psychol.* – 2013. – Vol. 27(6). – P. 978-985.
37. Matthews W. J. Brief therapy: A problem solving model of change // *The Counselor*. – 1999. – Vol. 17. – № 4. – P. 29-32.
38. McMahon R. J., Wells, K. C. (1998). Conduct problems. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Treatment of childhood disorders (2nd ed.)*. – New York: Guilford Press, 1998. – P. 111–207.
39. Murray J., Farrington D.P. Risk factors for conduct disorder and delinquency: key findings from longitudinal studies // *Can. J. Psychiatry*. – 2010. – Vol. 55 (10). – P. 633-642.
40. Ogden T. The validity of teacher ratings of adolescents' social skills. // *Scandinavian Journal of Educational Research*. – 2003. – Vol. 47. – P. 63–76.
41. Prevention of Mental Disorders. Effective interventions and policy options. Summary report. A Report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht // World Health Organization. – Geneva, 2004. – 66 p.
42. Robins L., Ratcliff, K. (1979). Risk Factors in the continuation of childhood antisocial behavior into adulthood // *International Journal of Mental Health*. – 1979. – Vol. 7. – P. 96-116.
43. Schaeffer C. M., Borduin Ch. M. Long-Term Follow-Up to a Randomized Clinical Trial of Multisystemic Therapy With Serious and Violent Offenders // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 2005. – Vol. 73. – No. 3. – P. 445-453.
44. Schaeffer C.M., Swenson C.C., Tuerk E.H., Henggeler SW. Comprehensive treatment for co-occurring child maltreatment and parental substance abuse: Outcomes from a 24-month pilot study of the MST-Building Stronger Families program // *Child Abuse Negl.* – 2013. – Vol. 37(8). – P. 596-607.
45. Scheepers F.E., Buitelaar J.K., Matthys W. Conduct Disorder and the specifier callous and unemotional traits in the DSM-5 // Eur. Child. Adolesc. Psychiatry. – 2011. – Vol. 20(2). – P. 89-93.
46. Schoenwald S.K., Rowland M.D. Multisystemic therapy as an alternative to out

of home placement. In: B.J. Burns, K. Hoagwood, M. English (Eds.). Community-based interventions for youth with severe emotional disorders). – Oxford University Press, 2002. – P. 91-116.

47. Schoenwald S.K., Heiblum N., Saldana L., Henggeler S.W. The international implementation of multisystemic therapy // Eval. Health. Prof. – 2008. – Vol. 31(2). – P. 211-225.

48. Scott S. Aggressive behaviour in childhood. // British Medical Journal. – 1998. – Vol. 316. – P. 202-206.

49. Searight H. R., Rottnek F., Abby S. L. Conduct Disorder: Diagnosis and Treatment in Primary Care // Am. Fam. Physician. – 2001. – Vol. 63(8). – P. 1579-1589.

50. Stevenson J., Goodman R. Association between behaviour at age 3 years and adult criminality // British Journal of Psychiatry. – 2001. – Vol. 179. – P. 197-202.

51. Swenson C.C., Schaeffer C.M., Henggeler S.W., Faldowski R., Mayhew A.M. Multisystemic therapy for child abuse and neglect: A randomized effectiveness trial // J. Fam. Psychol. – 2010. – Vol. 24(4). – P. 497-507.

52. Taylor T. K., Biglan A. (1998). Behavioral family interventions for improving childrearing: A review of the literature for clinicians and policy makers // Clinical Child and Family Psychology Review. – 1998. – № 1. – P. 41–60.

53. Teplin L. A., Abram K. M., McClelland G. M., Mericle A. A., Dulcan M. K., Washburn J. J. Psychiatric disorders of youth in detention. Juvenile Justice Bulletin. 2006, April. // URL: <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/ojdp/210331.pdf> . (дата обращения 31.01.2014).

54. Tremblay R. E., Pihl R. O., Vitaro F. et al. (1994) Predicting early-onset of male antisocial-behavior from preschool behavior // Archives of General Psychiatry. – 1994. – Vol. 51. – P. 732-739.

55. Tuerk E.H., McCart M.R., Henggeler S.W. Collaboration in family therapy // J. Clin. Psychol. – 2012. – Vol. 68(2). – P. 168-78.

56. Tynan D. (2001). Conduct Disorder. EMedicine. Retrieved June 30, 2007 // URL: <http://www.emedicine.com/ped/topic2793.htm> (дата обращения 31.01.2014 г.)

57. Webster-Stratton C., Reid M. J., Hammond, M. (2001). Social skills and problem solving training for children with early-onset conduct problems: who benefits? // Journal of Child Psychology and Psychiatry. – 2001. – Vol. 42. – № 7. – P. 943-952.

Grechanyi S.V. (1), Egorov A.Yu. (2, 3, 4)

CONDUCT DISORDERS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS AND THEIR TREATMENT (BRIEF REVIEW)

St. Petersburg State Pediatric Medical University (1), Mechnikov Nord-West State Medical University 92), St. Petersburg State University (3), I.M. Sechenov Institute of Evolutionary Physiology and Biochemistry Russian Academy of Sciences (4) (St. Petersburg).

Summary: The review provides current data on the prevalence, diagnostic criteria of conduct disorder in children and adolescents and comorbid conditions. Emphasis is placed on the description of modern evidence-based effective therapy

Key words: conduct disorders in children and adolescents, treatment of conduct disorder

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ КАК ПРОФИЛАКТИКА ФОРМИРОВАНИЯ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ¹

Российская медицинская академия последиplomного образования (Москва).

Современная наркоситуация в Российской Федерации характеризуется расширением масштабов немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ, что представляет серьезную угрозу здоровью нации, экономике страны, правопорядку и безопасности государства [1]. Эпидемиологическая ситуация усугубляется тем, что большинство потребителей психоактивных веществ составляют подростки и молодежь. Психоактивное вещество (ПАВ) — это любое вещество, которое при введении в организм человека может изменять его восприятие окружающего, настроение, способность к познанию, поведение и двигательные функции. Все ПАВ делятся в юридически-правовой плоскости на наркотические и токсикоманические вещества. К токсикоманическим ПАВ относятся вещества, не запрещенные законом к употреблению, хранению и распространению (никотин, алкоголь, кофеин). Наркотические ПАВ - это вещества, употребление, распространение и хранение которых является противозаконным (производные дикорастущей конопли — марихуана, гашиш, анаша; опиоиды - героин, опий, морфий; стимуляторы - экстази, кокаин, эфедрин, эфедрон, «винт», первитин; галлюциногены - ЛСД; депрессанты - барбитураты, а также целый ряд других веществ. В каждой стране существует определенный список таких веществ, утвержденный правительством.

Распространенность аддиктивного поведения, то есть употребления ПАВ, среди несовершеннолетних приобрела катастрофические масштабы на всей территории Российской Федерации. Подростки употребляют ПАВ, в частности наркотические средства, практически в 7 раз чаще, чем люди других возрастных категорий. Потребление ПАВ и рост этого явления среди несовершеннолетних является серьезной не только медицинской, но и социальной проблемой. По данным Национального научного центра наркологии, структура потребления ПАВ среди несовершеннолетних в течение последних лет претерпевает значительные изменения. Так, по данным клинического отделения детской и подростковой наркологии этого центра, практически 90% несовершеннолетних, обратившихся за стационарной помощью, составляли больные с героиновой наркоманией, значительно меньше было лиц, страдающих алкоголизмом, еще меньше потребителей психостимуляторов, летучих органических соединений и галлюциногенов.

С ростом употребления ПАВ увеличивается вероятность столкновения детей 7–12 лет с наркотическими веществами, а последствия употребления наркотиков в раннем возрасте оказываются крайне серьезными. При раннем столкновении несовершеннолетних с ПАВ у них катастрофически быстро формируется установка на дальнейшую наркотизацию и одновременно блокируется личностный рост, деформируются ценностные ориентации, нарушаются семейные отношения, разрываются связи с ближайшим позитивным социумом и появляется реальная угроза оказаться в изоляции или быть поглощенными криминальными группировками. Нередко затруднено нормативное гендерное взаимодействие с последующим образованием собственной семьи и рождением детей, а, напротив, устанавливаются устойчивые отношения с аддиктивным окружением. В целом, жизненная ситуа-

¹ Начало. Окончание см. в следующем выпуске.

ция, в которой находится молодой человек, становится безысходной, поскольку формирующаяся зависимость от ПАВ практически прекращает социальный прогресс личности, уровень образования остается минимальным, затрудняются профессиональная ориентация и овладение специальностью, появляются эпизоды делинквентного поведения.

В настоящее время наиболее приемлемой представляется точка зрения, согласно которой употребление ПАВ является одновременно биологической, психологической и социальной проблемой, поскольку в процессе возникновения и формирования зависимости от ПАВ непосредственно имеют значение генетическая и психосоматическая предрасположенность, психологические особенности личности и ее социальная диспозиция. Приобщению несовершеннолетних к употреблению ПАВ способствует ряд объективных и субъективных факторов риска: неблагополучие преморбидного фона, наличие психологических девиаций, выраженные явления микросоциальной дизадаптации в семье и (или) образовательном учреждении. Существенную роль в приобщении к употреблению ПАВ нередко играют реакции подражания, которые приводят к формированию у несовершеннолетних имитационных моделей поведения. Именно подростковый период, а точнее его особенности в определенной степени таят в себе опасность формирования зависимости от ПАВ. Можно выделить определенные группы факторов риска приобщения несовершеннолетних к употреблению ПАВ: биологические, психологические, макросоциальные, микросоциальные семейные и микросоциальные в образовательном учреждении [2].

Биологические факторы риска приобщения к употреблению ПАВ:

- наследственная отягощенность;
- перинатальные и ранние постнатальные вредности;
- патохарактерологические стигмы у родителей;
- степень изначальной толерантности;
- органические поражения головного мозга;
- хронические соматические заболевания.

Психологические факторы риска приобщения к употреблению ПАВ:

- отсутствие нормативного мировоззрения (убеждения, ценности, установки, взгляды);
- несформированность нормативных личностных статусов;
- психический инфантилизм;
- имитационное поведение;
- ограниченность интересов;
- эмоционально-волевой дефицит;
- гедонизм;
- низкий самоконтроль;
- недостаточность саморегуляции;
- неадекватная самооценка;
- склонность к риску;
- тип акцентуации характера;
- эгоцентризм;
- трансформация механизмов психологической защиты;
- позитивность возникающих эффектов при употреблении ПАВ;
- безопасность в ближайшей перспективе использования ПАВ.

Макросоциальные факторы риска приобщения к употреблению ПАВ:

- отсутствие нормативного окружения и значимых лиц;

- наличие лиц с аддитивным поведением в ближайшем окружении;
- «мода» на ПАВ;
- доступность ПАВ;
- терпимость социума;
- аддитивные традиции и обычаи;
- конфликтные взаимоотношения;
- ухудшение социально-экономической ситуации;
- степень ответственности за употребление ПАВ.

Микросоциальные семейные факторы риска приобщения к употреблению ПАВ:

- отсутствие нормативных форм совместной деятельности;
- злоупотребление ПАВ в семье;
- противоречия между социальными нормами и поведением членов семьи;
- дисфункциональный стиль воспитания;
- неполная семья;
- наличие семейных конфликтов;
- постоянная занятость родителей.

Микросоциальные факторы риска приобщения к употреблению ПАВ в условиях образовательного учреждения:

- отсутствие полноценных условий для гармоничного психического и физического развития несовершеннолетних;
- учебная перегрузка и академическая неуспеваемость;
- стрессовая тактика педагогических воздействий;
- недостаточная грамотность педагога в вопросах возрастной физиологии, психофизиологии и охраны психического здоровья ученика;
- конфликтные отношения со сверстниками и педагогами;
- наличие ровесников с девиантным поведением;
- одобрение употребления ПАВ в ближайшем окружении.

Вероятность развития зависимости от ПАВ выше у тех подростков, которые подвергаются одновременному воздействию нескольких факторов риска. Факторы риска приобщения к употреблению ПАВ дезорганизуют становление личности в ее нормативных притязаниях, и тем самым препятствуют развитию так называемых нормативных личностных статусов, которые являются базовыми для формирования и устойчивого функционирования личности в стиле здорового образа жизни.

Нормативные личностные статусы (ЛС) – это качественно определенные части или устойчивые состояния человека. ЛС – это социокультуральное наполнение содержанием психобиологической основы человека. ЛС – это не внешние приобретения, а развитие внутренних психобиологических образований человека [4, 11].

Основные нормативные личностные статусы: «Я»-телесное, «Я»-ребенок, «Я»-мужчина/женщина, «Я»-партнер, «Я»-родитель, «Я»-профессионал, «Я» – Член групп [3,6].

ЛС «Я – Телесное» охватывает телесные функции, физическое здоровье, заботу о себе и собственное сохранение, способность самостоятельно обеспечить условия для жизни своего организма, умение сознательно взаимодействовать с ним (мониторинг, ограничения, контроль), стремление к телесным удовольствиям и комфорту.

ЛС «Я – Ребенок» связан с состоянием желанности и безопасности, это сфера взаимодействия с родителями или авторитетными лицами в процессе обучения

или выполнения иной совместной деятельности, в дальнейшем этот статус развивается и проявляется в заботе о родителях.

ЛС «Я – Мужчина/Женщина» отвечает за формирование половой идентичности, сексуальности, включает принятие половой принадлежности, освоение полового поведения, гендерных особенностей, реализацию сексуального поведения.

ЛС «Я – Партнер (муж / жена)» развивается в сфере семейной жизни: это создание своей семьи, взаимодействие с супругом или супругой в собственном «гнезде».

ЛС «Я – Родитель» включает в себя родительские функции, взаимодействие с детьми, их воспитание, получение удовольствия от собственного родительства.

ЛС «Я – Профессионал» охватывает профессиональную сферу, выбор и освоение специальности, профессиональный рост, контакты на рабочем месте с коллегами, подчиненными, начальством, получение удовлетворения от своей профессиональной деятельности.

ЛС «Я – Член групп» в основном отвечает за связи с различными сообществами, со своими сверстниками, с земляками, с соотечественниками, с людьми своей национальности.

Условиями формирования личности являются проживание в обществе, овладение языком, развитие мышления и самосознания, а фундаментальное структурирование личности происходит в соответствии с качественно определенными этапами жизненного цикла человека, в процессе его взаимодействия со значимыми другими лицами.

Каждый качественно своеобразный вид человеческой активности, характерный для взаимодействия с качественно определенной группой значимых других лиц, в течение жизни оформляется внутри личности в устойчивые образования – личностные статусы. В свою очередь, каждый личностный статус характеризуется свойственным ему поведением, установками, ценностями и комплексом соответствующих эмоций и переживаний. Каждому статусу соответствуют определенные потребности, связанные с взаимодействием со значимыми другими лицами. Формирование и структурирование личности завершается образованием предсказуемого набора универсальных личностных статусов в зрелом возрасте.

Абсолютно нормативное функционирование непосредственно связано с исключительно гармоничным взаимодействием личностных статусов в структуре личности человека, когда актуализация и дезактуализация конкретного ЛС происходит спонтанно и автоматически в релевантных условиях без каких бы то ни было усилий. Это, в своем роде, и характеризует прикладное совершенство личности (нормативную социализацию), которое способно практически блокировать возможность развития аддиктивных тенденций.

Содержание каждого личностного статуса – определенные смыслы, ценности, установки и стереотипы восприятия и поведения, характерные для того социокультурального окружения, в котором человек живет. Универсальность содержания личностных статусов является основой межличностного, межличностного взаимодействия людей. В каждый момент времени человек переживает свою идентичность в актуализированном и доминирующем ЛС. При этом конкретный личностный статус не исчерпывает всего богатства личности. Никогда актуальное маленькое «я» не равняется большому совокупному «Я» [3, 4].

Структурирование личности связано с качественно определенными этапами жизненного цикла человека. Многообразные аспекты личности не созревают и не открываются сами по себе, для их раскрытия необходимы взаимодействия со значимыми другими лицами (ЗДЛ). Каждый ЛС возникает и развивается по мере при-

обретения опыта взаимного удовлетворения потребностей людей, в условиях непосредственного контакта со ЗДЛ. Практически для каждого статуса существуют определенные ЗДЛ, активизирующие его функционирование. Взаимодействие человека со ЗДЛ направлено на взаимное удовлетворение потребностей и осуществляется как приобретение, отдача или обмен веществом, энергией, информацией [9].

Для каждого нормативного личностного статуса человека характерны определенные совокупности потребностей (табл. № 1) [11].

Таблица № 1. Классификация потребностей в соответствии с универсальными нормативными личностными статусами человека.

Личностный статус	Потребности, характерные для ЛС
«Я - телесное»	- стремление к телесному комфорту и удовольствиям, - самостоятельное создание условий для оптимального функционирования своего организма, - обеспечение самосохранения;
«Я – ребенок»	- быть желанным, быть защищенным, - в учебе и развитии, в творчестве, - в первичной аутоидентификации, - в демонстрации достижений, в соответствии родительским указаниям, - в благодарности и заботе о родителях;
«Я-мужчина/женщина»	- в овладении гендерными особенностями поведения (вторичная аутоидентификация), - в сексуальных отношениях, во взаимопонимании и установлении более зрелых отношений с людьми противоположного пола, - в обеспечении условий для рождения детей;
«Я – партнер (муж/жена)»	- в особых близких отношениях и доверии, - в сотрудничестве и разделении ответственности, - в заботе о семье, - в информации о семейных взаимоотношениях;
«Я – родитель»	- в контактах с детьми, их благополучии, успехах, благодарности, - в совместной деятельности, обучении и передаче опыта, - защищать и заботиться;
«Я – профессионал»	- в самореализации и успехах в избранной деятельности, - в обмене результатами труда и признании окружающих, - в социальной востребованности (внесении своего вклада в функционирование социума);
«Я – член групп»	- в принадлежности определенному сообществу (этносу, культуре, конфессии и т.д.), - в соответствии нормам, принятым в данной группе, - в общении с единомышленниками, - в сохранении и передаче группового опыта и традиций.

Потребности выступают мотивами, побуждающими к действию, а такие личностные структуры как установки, ценности, смыслы – регуляторами поведения

человека. Развиваясь во взаимодействии с нормативным окружением, молодой человек постепенно приобретает здоровые (конструктивные и функциональные, способствующие нормативной адаптации) смыслы, ценности, установки и вырабатывает социально-приемлемые поведенческие паттерны.

Потребность – это неосознанный побудитель к действию и мотивированному поведению. В критические возрастные периоды детства и юности доминируют различные потребности и потребностные состояния:

1-3 года – пища, вода, физический комфорт, безопасность.

5-7 лет – общие знания, коллективное общение, двигательная активность, самореализация.

12-14 лет – коммуникабельность, самоутверждение, гендерное общение.

17-18 лет – социально-значимые знания, познание себя и окружающих, творчество, самореализация, профессиональная мотивация.

Необходимо помнить, что существует жесткая иерархия потребностей. Изначально должны быть удовлетворены первичные биологические потребности (голод, жажда, двигательная активность, половое влечение, безопасность, физический комфорт). И только затем возможно удовлетворение психосоциальных потребностей: знания, самореализация, самоутверждение, семья, общество, коммуникабельность, профессиональная деятельность. Более того, значительное неудовлетворение биологических потребностей воспринимается организмом как вызов (угроза, стресс), в результате которого происходит истощение его адаптационных возможностей и разрушение самой системы организм-личность.

Таким образом, любая существующая потребность требует удовлетворения или, если удовлетворение невозможно, разрядки. Энергия неудовлетворенных потребностей создает «потребностное» психологическое и физическое напряжение, которое обладает сокрушительной разрушающей силой. Разрядкой могут являться физическая нагрузка, интенсивная деятельность, смех, плач, исповедь, аутотренинг.

Если в условиях семьи и социума не научить человека распознавать и удовлетворять свои потребности здоровыми способами, формируются, как правило, патологические способы разрядки энергии неудовлетворенных потребностей (употребление ПАВ или другие виды аддиктивного и девиантного поведения, такие как агрессивное поведение, аутоагрессия, промискуитетное поведение, поведение, связанное с неоправданным риском и т. д.). Так, например, молодой человек, испытывающий потребность в общении, страдающий от одиночества, но не умеющий строить искренние взаимоотношения с людьми, пьет для раскрепощения в компании, для знакомства с людьми противоположного пола.

Основной механизм развития зависимости от психоактивных веществ и психоактивных действий: получение чувства комфорта, удовольствия без совершения реальной деятельности по удовлетворению конкретной потребности с помощью использования аддиктивных агентов. В психологическом плане аддиктивное поведение начинается там, где возникает виртуальное (при помощи психоактивных действий и психоактивных веществ) замещение удовлетворения реальной потребности [4, 11].

По мере развития зависимости от ПАВ, выработанные патологические способы поведения подкрепляются практическим опытом, становятся стереотипными. Этому способствует длительное пребывание в ненормативной среде – в дисфункциональной семье или субкультурной компании, где принято употребление ПАВ или использование иных аддиктивных агентов.

Для понимания изменений, происходящих в психологической сфере зависимых пациентов, очень важно представление о чужеродном паразитическом обра-

зовании в структуре личности, которое «отвечает» за поддержание аддиктивного поведения. Эта часть личности, которая появляется у лиц, страдающих зависимостью от ПАВ, получила название ЛС «Я – Патологическое» («Я – алкоголик», «Я – наркоман»). ЛС «Я – Патологическое» - это изменения в эмоциональной, когнитивной и нравственной сферах, возникающие по мере злоупотребления ПАВ, - динамичное личностное новообразование, контрастное по отношению к существующим нормативным ЛС [5, 9]. Развивается ЛС «Я – патологическое» во взаимодействии с лицами, злоупотребляющими ПАВ (например, «собутельниками» в случае алкогольной зависимости) и, в последующем, может быть актуализирован ими в любой момент времени.

По мере развития зависимости от ПАВ функционирование нормативных статусов минимизируется, в то время как ЛС «Я - патологическое» становится доминирующим. Личность зависимого от ПАВ человека, таким образом, деформируется, что внешне проявляется как дизадаптация в обществе и деградация личности. Подавляющую часть времени зависимый человек проводит в ЛС «Я - патологическое». В тот момент, когда у человека, страдающего зависимостью от ПАВ, доминирует статус «Я - патологическое», - его поведение обусловлено следующими потребностями:

- в использовании аддиктивного агента (например, того или иного ПАВ);
- в общении со специфическими ЗДЛ, с которыми происходит злоупотребление ПАВ;
- в обеспечении условий для прогрессирования аддиктивного расстройства.

В итоге формируется качественно новый патологический потребностный цикл функционирования личности, при котором здоровый образ жизни становится иррелевантной потребностью. При этом наблюдается выраженный дискомфорт при совершении нормативной деятельности: соблюдение гигиенических норм и правил; оптимальный режим сна и бодрствования и питания; физическое развитие и психологическое совершенствование; забота об окружающей среде; выполнение профессиональных обязанностей.

Здоровый образ жизни создает объективные условия для нормативного формирования и функционирования позитивной личности, не нуждающейся в суррогатной дезактуализации, объективно возникающих в процессе каждодневного функционирования, потребностных состояний.

Профилактика формирования аддиктивного поведения в контексте здорового образа жизни, прежде всего, ориентирована на развитие психологически гармоничной и социально нормативной личности.

Профилактика злоупотребления ПАВ на современном этапе имеет разнообразные формы организации. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рекомендует следующую общую формулу организации профилактической деятельности:

1. Меры, направленные на борьбу с незаконным оборотом ПАВ (в англоязычной литературе получившие название «политика снижения предложения» - «supply reduction»)
2. Меры, направленные на предотвращение употребления ПАВ и развития зависимости от них, а также уменьшение вредных последствий употребления («политика снижения спроса» - «demand reduction»)

В общем виде формула профилактики выглядит следующим образом:

«СНИЖЕНИЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ»

+

«СНИЖЕНИЕ СПРОСА»

На государственном уровне эти компоненты профилактики должны проводиться одновременно. Предложение наркотиков преследуется законодательными актами (также регламентировано предложение других ПАВ), и успехи профилактики напрямую зависят от успехов деятельности правоохранительных органов. Установлено, что такие факторы, как доступность ПАВ, особенности торговли ПАВ, влияют на количество людей, которые начинают употреблять ПАВ. Профилактическая деятельность специалистов медицинских учреждений сосредоточена на втором из обозначенных компонентов. Снижение спроса оценивается по количеству медицинских программ и социальных проектов и качеству их реализации, обеспечивающих вовлеченность целевых групп в мероприятия профилактической направленности.

Целевая группа - выделенная совокупность людей на основании определенного набора биологических, психологических, социальных, профессиональных, личностных или других признаков.

Комплексный медико-социальный проект предполагает последовательную реализацию профилактических блоков, где основополагающее значение придается формированию здорового образа жизни.

Первый блок — психологическое и физическое развитие. Он направлен на формирование убеждения в необходимости сохранять и укреплять собственное здоровье, а также освоение правил здорового образа жизни.

Второй блок — ответственное поведение. Он предполагает обучение адекватному поведению, позволяющему предотвратить знакомство с ПАВ. Реализация этого блока может осуществляться за счет организации и проведения ролевых игр, театрализации и т.п.

Третий блок — информационно-просветительский. Он предполагает распространение правдивых сведений о ПАВ. Возможные формы реализации: выпуск информационных листов, подготовка и раздача листовок, круглые столы и т.п.

Четвертый блок — досуговый. Он связан с организацией свободного времени. Обеспечивается организация и работа различных объединений по интересам, тематических вечеров.

О.П. Шмакова

ПАТОЛОГИЯ НЕЙРОРАЗВИТИЯ И ЭНДОГЕННЫЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАМН (Москва).

Основными патогенетическими гипотезами развития психических заболеваний являются концепции: нарушений нейротрансмиссии (в первую очередь, дофамин-, серотонин- и глутаматергической систем мозга), нейроиммунологических процессов, патологии нейроразвития, реализуемых при условии сочетания генетической предрасположенности и неблагоприятных условий внешней среды.

Из перечисленных гипотез последняя (патологии нейроразвития) послужила одним из факторов, способствовавших пересмотру классификации расстройств эндогенного спектра у детей (речь идет о том, что многие состояния, в МКБ-9 рассматривавшиеся в рубрике «психозы, специфичные для детского возраста», в МКБ-10 стали диагностироваться как «общие расстройства психологического (психического) развития»). Временной промежуток, к которому апеллирует теория патологии нейроразвития – это детство и подростковый возраст, включающие критические периоды с осуществляющимися в их пределах наиболее серьезными

перестройками структур и функций ЦНС. Все вышеперечисленное обуславливает повышенный интерес специалистов в области детско-подростковой психиатрии к обсуждаемой гипотезе.

Изучая современную литературу, можно заключить, что в теории патологии нейроразвития существует ряд направлений научного поиска, заслуживающих отдельного рассмотрения:

1) Одной из интересных и актуальных гипотез патогенеза психических расстройств, стала **концепция измененного (разбалансированного) прунинга** (от англ. pruning – отсечение, обрезка, удаление) синапсов и нейроцитов ЦНС. Еще в конце прошлого столетия появились объективные данные о количественных различиях числа синапсов у взрослых и детей. В 1979 г. P.R. Huttenlocher оценил плотность синапсов в третьем слое средней лобной извилины в разновозрастных материалах (у него имелась 21 проба нормального человеческого мозга от лиц в возрасте от новорожденности до 90 лет). Выяснилось, что плотность синапсов была постоянной в возрасте 16-72 лет. Обнаруживалось некоторое снижение плотности синапсов в возрасте 74-90 лет. Более неожиданным оказалось то, что плотность синапсов в мозге новорожденных была большей, чем у взрослых. Синаптическая плотность возрастала на протяжении младенчества, достигая максимума в возрасте 1-2 лет (становясь приблизительно на 50% выше среднего показателя у взрослых). Снижение плотности синапсов наблюдалось в возрасте от 2-16 лет и сопровождалось небольшим снижением плотности нейронов [29].

В исследовании, проведенном J. Klekamp, A. Riedel, C. Harper, H.J. Kretschmann (1991) [32] обнаружилось, что в ходе нормального онтогенеза, «...в возрасте от 8 до 30 месяцев отмечается лизис почти 43% нейронных популяций во II—IVA слоях зрительной коры. Пик этих изменений приходится на возраст 16-18 мес. Следующий этап морфофункциональных изменений в коре большого мозга приурочен к возрасту 5-7 лет, когда наблюдается лизис небольшой части нейронов в V и VI слоях коры» (цит. по [1]).

S.E. Arnold, J.Q. Trojanowski (1996), изучив цитоархитектонику человеческого гиппокампа в процессе развития от плода до возраста старения, в том числе сообщили об уменьшении плотности нейронов на протяжении от детства до начала периода взрослого возраста [20].

М. Abitz с соавт. (2007) впервые приводят следующие данные: у новорожденных на 41% больше нейронов, чем в мозге взрослых (исследовалось медиаторное ядро таламуса). В противовес этому, клеток глии у взрослых в 4 раза больше, чем у новорожденных [15].

Подчеркнем, что явления элиминации синапсов и нейронов были выявлены при изучении аутопсийного материала психически здоровых лиц («нормальный возрастной апоптоз» - цит. по [1]), что свидетельствовало в пользу физиологичности этих явлений на протяжении периода детства. Поэтому удаление (англ. - pruning) избыточных межнейронных связей и самих нейронов расценивается как процесс оптимизации работы ЦНС с целью повышения ее эффективности.

Основываясь на данных нейроанатомии и клинических характеристиках шизофрении, Irwin Feinberg в 1982 г. предложил новую теорию причин шизофрении, предположив, что нарушенные процессы элиминации синапсов лежат в основе этого заболевания, зачастую манифестирующего в подростковом возрасте. I. Feinberg констатировал, что не известно, как именно нарушены процессы синаптического прунинга: удаляется либо слишком много, либо слишком мало, либо не те синапсы [26].

В 1994 г. L.F. Saugstad публикует собственную теорию, сопряженную с тео-

рией развития и созревания ЦНС. Автор предполагает наличие в континууме психических расстройств тех, которые протекают на фоне ускоренного и замедленного индивидуального развития (онтогенеза). Поскольку к тому времени было выяснено, что в ходе нормального нейроразвития ингибируются (подвергаются прунингу) преимущественно возбуждающие (глутаматергические) синапсы, тогда как тормозящие (ГАМК-ергические) остаются в прежнем числе, то L.F. Saugstad заключает, что при преждевременном завершении онтогенеза будет наблюдаться избыток возбуждения из-за более раннего прекращения прунинга, что ведет к чрезмерной синаптической плотности. При задержанном завершении онтогенеза (неспособности организма вовремя приостановить процесс элиминации синапсов и нейроцитов) разовьется дефицит возбуждения, обусловленный чрезмерным разрывом синаптических связей и снижением плотности синапсов. Опираясь на Крепелиновскую дихотомию, автор относит к заболеваниям первого типа (с ускоренным онтогенезом и избытком возбуждения) - маниакально-депрессивный психоз (МДП); к заболеваниям второго типа (с задержанным онтогенезом и недостатком возбуждения) - шизофрению. L.F. Saugstad теоретически обосновывает симптоматическое действие при МДП антиконвульсантов (вальпроата натрия, карбамазепина), при шизофрении – конвульсантов (типичных и атипичных нейролептиков); сетуя, что действуя только на уровень торможения, эти препараты не меняют церебральной возбудимости, что объясняет, почему они не излечивают психозы [43].

Действительно, исследователи находили и находят многочисленные фактические подтверждения тому, что при шизофрении имеется нейро- и синапто-дегенерация/нарушения развития [2, 6, 7, 8, 11, 12, 18, 21, 35, 40, 46, 48, 50] (употребление понятий «нейродегенерация» либо «нарушения нейроразвития» зависит от многих факторов: источника данных – нейроморфология/или нейровизуализация, - возрастного состава изученного контингента. Суждения о том, в каких случаях можно говорить о нейродегенерации, а в каком о нарушениях нейроразвития, разнятся). Так в нейроморфологическом исследовании R.C. Roberts с соавт. (1996, 2005) выявлена меньшая плотность шипиковых синапсов в подкорковых структурах мозга (в полосатом теле) в постмортальных срезах мозга больных шизофренией [40, 41]. S.E. Arnold с соавт. (1997) обнаружили снижение плотности нейронов в энторинальной коре (сером веществе гиппокамповой формации) у взрослых лиц, болевших при жизни шизофренией, относительно группы контроля [19]. L.K. Jacobsen с соавт. (1998) при МРТ-исследовании обнаружили, что при заболевании шизофренией в детском возрасте происходит постепенное сокращение структур височных долей [30]. J.L. Rapoport с соавт. (2001) сообщают о пациентах с детской шизофренией, у которых при МРТ-исследованиях выявляется 10%-ное снижение объема серого вещества коры (относительно группы детей с СДВГ). Более того, авторы находят, что при шизофрении происходит прогрессивная потеря регионального объема серого вещества (чего не происходит у детей с СДВГ), особенно в лобной и височной областях в подростковом возрасте [39]. В МРТ-исследованиях N. Gogtay с соавт. (2002) выявляющаяся утрата серого вещества в теменно-височной доле у детей с шизофренией признается скорее наследственно обусловленной, поскольку тот же паттерн обнаружен ими у здоровых sibсов. С недоразвитием (меньшим количеством) серого вещества в теменно-височной доле авторы связывают преморбидную задержку речевого развития [28].

Помимо количественных нарушений в нейрональных цепях, в синапсах были выявлены качественные структурные изменения [11, 40, 41]. Эти изменения весьма разнообразны и разнонаправлены. Дистрофическим процессам, таким как сморщивание пресинаптических терминалей, наличие коротких активных зон си-

напсов, дегенерация аксонных окончаний по темному типу, изменение числа аксошипиковых и аксодендритных связей, изменение митохондрий (в нейронах и клетках глии) по дистрофически-деструктивному типу, патология клеточных мембран в зоне синаптических контактов, сопутствуют компенсаторные гипертрофические и гиперпластические процессы. Н.А. Уранова (1995) считает, что сочетание дистрофических и пролиферативно-гипертрофических процессов «может иметь отношение к формированию таких клинических особенностей заболевания, как позитивные и негативные симптомы шизофрении» [11].

Приведем вывод Н.А.Урановой (1995), заключающей, что «отсутствие корреляции параметров синаптических структур с длительностью болезни, отсутствие прогрессивных реакций глии, увеличение числа безмиелиновых волокон аксоновых окончаний в некоторых областях дофаминовых проекций в структурах дофаминергической системы мозга при шизофрении свидетельствует о возможных нарушениях развития дофаминергических структур на ранних стадиях онтогенеза» [11].

L.F. Jarskog с соавт (2005) [31], L.A. Glantz с соавт. (2006) [27] предположили, что в процесс снижения плотности нейронов и количества синапсов при шизофрении может быть вовлечен механизм измененного апоптоза нейронов. Апоптоз - форма запрограммированной смерти клетки, регулируемая сложным каскадом про-и анти-апоптозных белков. Активация апоптоза может привести к быстрой гибели нейронов, однако, по мнению исследователей, возможна сублетальная апоптотическая активность, ведущая к ограниченной форме апоптоза в терминалях нейронов и отдельных синапсах, что ведет к синаптической ликвидации без гибели клеток.

2) Обсуждаются **нарушения миелинизации нервных волокон** при шизофрении с началом в детском возрасте. Известно, что у взрослых больных выявляются дистрофические изменения миелиновых волокон (их деструкция) и прогрессирующая избирательная аксонопатия, происходящая преимущественно в префронтальной коре [11, 13, 22, 37]. В детском возрасте постнатальная миелинизация головного мозга происходит неравномерно: первый пик миелинизации относится к началу первого десятилетия жизни (миелинизируются проводящие пути моторной и сенсорной коры), во втором десятилетии жизни миелинизируется ассоциативная кора [22]. F.M. Benes (1989) сообщает об интенсивной миелинизации гиппокампально-корковых путей, происходящей в конце подросткового периода. Автор связывает нарушения миелинизации этой области с появлением первых симптомов пубертатной шизофрении [22]. T.U. Woo (2005), рассматривая процессы миелинизации аксонов и прунинга избыточных синапсов в префронтальной коре, происходящих в пубертате, считает, что оба явления, суммируясь, могут способствовать манифестации шизофрении, приводя к появлению дефицитарной симптоматики [50].

Поскольку процессы миелинизации аксонов тесно связаны с функционированием олигодендроглии, патология (дисфункция и дефицит) последней рассматривается как причина атрофии аксонов и дефицитарных симптомов шизофрении [3, 11, 12].

3) Гипотеза аномального **спраутинга**. Спраутинг (от англ. sprout – прорастание, ветвление) – регенеративный процесс в нервной системе, характеризующийся отрастанием новых ветвей от аксонов. В отличие от физиологического спраутинга, аномальное ветвление морфологически выглядит как избыточные пучки безмиелиновых волокон и повышенная численность аксонных терминалей. [11, 23, 24, 47]. В результате аномального ветвления (по Н.А. Урановой (1995), [11]) происходит «своего рода усиление межнейрональных связей» с их диффузностью и

меньшей дифференцированностью, также, возможно, образуются искаженные («ошибочные», по J.R. Stevens (1992), [47]) связи. Так J.R. Stevens (1992) констатируя, что повреждение головного мозга может спровоцировать регенеративный коллатеральный спраутинг (прорастание) аксонов, синаптическую пролиферацию и реорганизацию (что зафиксировано при эпилепсии и болезни Альцгеймера), признает, что роль этих процессов не до конца ясна; возможно, они могут быть адаптивными, но могут вызвать и дальнейшее ухудшение. По мнению исследователя, наблюдающаяся при шизофрении аномальная реиннервация, также может играть важную роль в патогенезе этого заболевания [47].

Н.А. Уранова (1995) считает, что подобные процессы возможно обуславливают «типичные для шизофрении патологические формы поведения, особенно характеризующиеся чертами диссоциированности и «расщепления» [11].

4) Гипотеза нарушений нейрональной миграции. Нейрональная миграция – физиологический процесс, происходящий на 2-5 месяцах внутриутробного развития плода. Ее нарушения, приводящие к дезориентации пирамидных нейронов, нарушениям цитоархитектоники префронтальной коры больших полушарий и серого вещества гиппокамповой формации (энторинальной коры), были выявлены в исследованиях J.A. Kovelman, A.B. Scheibel (1984) [33] описавших «изменения ориентации пирамидных нейронов и их дендритов с поворотом на 70^0 - 90^0 от их нормального положения» в гиппокампе (цит. по Орловской и Урановой (1990) [7]). S. Akbarian с соавт. (1993) и S.E. Arnold с соавт. (1997) описали не только снижение общего числа нейронов (относительно группы контроля), но и их неоднородное распределение в слоях и полях коры височной доли, префронтальной коры больших полушарий, энторинальной коры гиппокамповой формации. [14, 16, 17, 19].

T. Schifter с соавт. (1994) обнаружили у некоторых пациентов с аутизмом нарушения нейронной миграции – фокальную пахигирию. Подобные фокальные корковые дисплазии, как предполагают многие исследователи, являются результатом негрубого ишемического процесса, возникающего на этапе нейронной миграции [10, 45].

В теоретических работах последних лет, основанных на новых нейробиологических данных, прослеживаются два направления, предлагающих пересмотреть классификацию эндогенных расстройств в пользу патогенетически более обоснованных групп: первое выделяет «разновидности» эндогенных заболеваний по ведущему патогенетическому принципу; второе подчеркивает взаимодействие и взаимовлияние патогенетических механизмов. Так G. Faludi с соавт. (2011), бывшие сторонниками «синаптической» теории шизофрении, предложили выделять по ведущему патофизиологическому механизму следующие ее подклассы: «синаптическую», «олигодендроглиальную», «метаболическую» и «воспалительную»; поскольку очевидным стало то, что синаптические нарушения не могут быть изучены и поняты в качестве самостоятельного критерия болезни. Они – лишь один из компонентов комплекса патологических явлений: нарушенного онтогенеза, дисбаланса глиально-нейронных взаимодействий, измененного энергетического обмена, разнообразных генетических предрасположений, нейроиммунных процессов и влияний окружающей среды. Все вышеперечисленное может изменять гомеостатический баланс синаптической морфологии и синаптических связей, способствуя появлению различных симптомов шизофрении [25].

С другой стороны, обнаружено влияние на процессы развития ЦНС важнейших трансмиссивных систем мозга. В 1990 г. L. Sikich, J.M. Hickok, R.D. Todd сообщили, что стимуляция серотониновых 5-HT_{1A} рецепторов ингибирует ветвление

и рост аксонов *in vitro* [44]. R. D. Todd, исследуя воздействие нейротрансмиттеров на культуру нервных клеток фронтальной коры мышей *in vitro* обнаружил, что агонисты D2-дофаминовых рецепторов стимулируют рост и ветвление аксонов, а антагонисты D2 рецепторов блокируют эти процессы. Выявленные после аномальной стимуляции нейроанатомические изменения вполне соответствовали наблюдаемым при шизофрении, аутизме и биполярном аффективном расстройстве [49]. Таким образом, открытие морфогенетических эффектов классических нейротрансмиттеров объединило две теории этиологии тяжелых психических расстройств: теорию патологии нейроразвития и теорию патологии нейротрансмиссии.

Нейротрансмиттерная и иммунная системы организма также связаны тесными двусторонними взаимоотношениями [4, 5]. Факторы неспецифического иммунитета являются эндогенными регуляторами ключевых нейротрансмиттерных систем, функции которых нарушены при шизофрении; в свою очередь, нейротрансмиттеры влияют на механизмы иммунитета (к примеру, об активации дофамином Т-клеточного иммунитета сообщается в работах М. Levite с соавт. (2001), С. Sarkar с соавт. (2006), К. Nakano с соавт. (2009) [36, 38, 42].

К комплексному анализу патогенетических механизмов эндогенных расстройств склоняется большинство исследователей, признающих, что теории нейроразвития недостаточно пригодны для описания генеза продуктивных расстройств при шизофрении. Например, В.М. Башина (1999) считает, что патогенез позитивных симптомов «трудно объяснить только как нарушение нейроразвития» [1]. Очевидно, что патология нейротрансмиссии вносит значимый вклад в патогенез продуктивных и негативных расстройств.

Также необходимо констатировать, что единого мнения о патогенетической независимости отдельных форм эндогенных заболеваний [9] либо патогенетического их единства до сих пор не существует.

Таким образом, теории патологии нейроразвития чрезвычайно важны для понимания процессов, происходящих в созревающем мозге детей и подростков, страдающих эндогенными психическими расстройствами. Однако подобные теории невозможно рассматривать изолированно от прочих гипотез (нейротрансмиттерной, иммунной, теории генетического предрасположения с влиянием воздействий окружающей среды).

ЛИТЕРАТУРА

1. Башина В.М. Аутизм в детстве. - М.: Медицина, 1999. - 240 с.
2. Ван Харен Н.Е., Кан В., Хулсхоф Пол Х.Е., Канн Р.С. Шизофрения как прогрессирующее заболевание головного мозга // Социальная и клиническая психиатрия. - 2008. - Том 18, № 2. - С. 26.-35.
3. Востриков В. М. Олигодендроглия в мозге человека при шизофрении и аффективных расстройствах: Автореф. дис...д. м. н. – М., 2008. –36 с.
4. Захарова Л.А. Взаиморегуляция развития нейроэндокринной и иммунной систем // Онтогенез. - 2010. - Т. 41, № 6. - С. 414-424.
5. Ключник Т.П. Состояние врожденного иммунитета при нарушениях развития нервной системы // Психиатрия. - 2007. - № 4 (28). - С.79-85.
6. Орловская Д.Д. Патологическая анатомия психозов. В кн. «Руководство по психиатрии под ред. А.В. Снежневского. Том I». - М.: Медицина, 1983. - С.158-186.
7. Орловская Д. Д., Уранова Н. А. Нейроанатомия шизофрении на современном этапе (обзор зарубежной литературы) // Журнал невропатологии и психиатрии. - 1990. - Т. 90, № 10. - С. 114-120.
8. Саркисян Г.Р. Нейровизуализация в психиатрии: возможности использования при шизофрении // Социальная и клиническая психиатрия. - 2007. - Том 17,

№ 3.- С. 89-95.

9. Слезин В.Б., Коцюбинский А.П., Бутома Б.Г., Аристова Т.А., Дитятковский М.А., Корсакова Е.А., Шульц Е.В. Междисциплинарный подход к исследованию шизотипического расстройства и прогрессирующих форм шизофрении // Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева.- 2007.- № 2.- С. 18-21.

10. Темин П.А., Казанцева Л.З.(ред.). Наследственные нарушения нервно-психического развития детей. Руководство для врачей. - М.: Медицина, 2001.- 432 с.

11. Уранова Н.А. Дофаминергическая система мозга при шизофрении: (Ультроструктур.-морфометр. исслед.): Автореф. дис...д. м. н. - М., 1995. - 42 с.

12. Уранова Н.А., Вихрева О.В., Зимина И.С., Рахманова В.И., Клинцева А.Ю., Блэк Д., Гринау В.Т., Орловская Д.Д. Нарушения численной плотности синаптических связей в коре больших полушарий при шизофрении // Вестник Российской АМН.- 2007. - № 3. - С. 8-14.

13. Уранова Н. А., Коломеец Н.С., Вихрева О.В., Зимина И.С., Рахманова В.И., Орловская Д.Д. Ультроструктурная патология миелиновых волокон при шизофрении // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.- 2013.- Т. 113, № 9.- С. 63-69.

14. Хоцеян А.Г., Бояджян А.С. Роль аномалий развития мозга в патогенезе шизофрении // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.- 2010.- Т. 110, № 2. - С. 97-101.

15. Abitz M., Nielsen R.D., Jones E.G., Laursen H., Graem N., Pakkenberg B. Excess of neurons in the human newborn mediodorsal thalamus compared with that of the adult // Cerebral Cortex.- 2007.- 17(11). - P. 2573-2578.

16. Akbarian S., Bunney W.E. Jr., Potkin S.G., Wigal S.B., Hagman J.O., Sandman C.A., Jones E.G. Altered distribution of nicotinamide-adenine dinucleotide phosphate-diaphorase cells in frontal lobe of schizophrenics implies disturbances of cortical development // Archives of General Psychiatry. -1993.-50(3). - P.169-177.

17. Akbarian S., Viñuela A., Kim J.J., Potkin S.G., Bunney W.E. Jr., Jones E.G. Distorted distribution of nicotinamide-adenine dinucleotide phosphate-diaphorase neurons in temporal lobe of schizophrenics implies anomalous cortical development // Archives of General Psychiatry. - 1993.-50(3). - P.178-187.

18. Arnold S.E. Neurodevelopmental abnormalities in schizophrenia: insights from neuropathology // Development and Psychopathology. - 1999. -11(3). - P.439-456.

19. Arnold S.E., Ruschinsky D.D., Han L.Y. Further evidence of abnormal cytoarchitecture of the entorhinal cortex in schizophrenia using spatial point pattern analyses // Biological Psychiatry. - 1997. - 42 (8). - P. 639-647.

20. Arnold S.E., Trojanowski J.Q. Human fetal hippocampal development: I. Cytoarchitecture, myeloarchitecture, and neuronal morphologic features // The Journal of Comparative Neurology.- 1996. -367(2). - P. 274-292.

21. Arnold S.E., Talbot K., Hahn C.G. Neurodevelopment, neuroplasticity, and new genes for schizophrenia // Progress in Brain Research.- 2005. -147. - P.319-345.

22. Benes F.M. Myelination of cortical-hippocampal relays during late adolescence// Schizophrenia Bulletin. - 1989. -15(4). - P.585-593.

23. Benes F.M., Majocha R., Bird E.D., Marotta C.A. Increased vertical axon numbers in cingulate cortex of schizophrenics // Archives of General Psychiatry. - 1987. - 44(11). - P.1017-1021.

24. Blennow K., Bogdanovic N., Gottfries C.G., Davidsson P. The growth-associated protein GAP-43 is increased in the hippocampus and in the gyrus cinguli in schizophrenia // Journal of Molecular Neuroscience. - 1999. -13(1-2). - P. 101-109.

25. Faludi G., Mirnic K. Synaptic changes in the brain of subjects with schizo-

phrenia // International Journal of Developmental Neuroscience. - 2011. - 29(3). - P.305–309.

26. Feinberg I. Schizophrenia: caused by a fault in programmed synaptic elimination during adolescence? // Journal of Psychiatric Research. - 1982-1983. - 17(4). - P. 319-334.

27. Glantz L.A., Gilmore J.H., Lieberman J.A., Jarskog L.F. Apoptotic mechanisms and the synaptic pathology of schizophrenia// Schizophrenia Research. - 2006. - 81(1). - P. 47-63.

28. Gogtay N., Giedd J., Rapoport J.L. Brain development in healthy, hyperactive, and psychotic children // Archives of Neurology. - 2002. -59(8). - P. 1244-1248.

29. Huttenlocher P.R. Synaptic density in human frontal cortex - developmental changes and effects of aging// Brain Research. - 1979. -163. - P. 195–205.

30. Jacobsen L. K. , Giedd J. N. , Castellanos F.X., Vaituzis A.C. , Hamburger S.D., Kumra S., Lenane M.C., Rapoport J.L. Progressive reduction of temporal lobe structures in childhood-onset schizophrenia// The American Journal of Psychiatry. - 1998. - 155(5). - P. 678-685.

31. Jarskog L.F., Glantz L.A., Gilmore J.H., Lieberman J.A. Apoptotic mechanisms in the pathophysiology of schizophrenia // Progress in Neuropsychopharmacology & biological Psychiatry. - 2005. - 29(5). - P. 846-858.

32. Klekamp J., Riedel A., Harper C., Kretschmann H.J. Quantitative changes during the postnatal maturation of the human visual cortex // Journal of the neurological Sciences. -1991. -103(2). - P. 136-143.

33. Kovelman J.A., Scheibel A.B. A neurohistological correlate of schizophrenia// Biological Psychiatry. - 1984. -19(12). - P. 1601-1621.

34. Krausz M., Muller-Thomsen T. Schizophrenia with onset in adolescence: an 11- year follow-up // Schizophrenia Bulletin. - 1993. - 19 (4). - P. 832-841.

35. Lawrie S.M., Abukmeil S.S., Chiswick A., Egan V., Santosh C.G., Best J.J. Qualitative cerebral morphology in schizophrenia: a magnetic resonance imaging study and systematic literature review // Schizophrenia Research. - 1997. - 24; 25(2). - P. 155-166.

36. Levite M., Chowers Y., Ganor Y., Besser M., HersHKovits R., Cahalon L. Dopamine interacts directly with its D3 and D2 receptors on normal human T cells, and activates beta1 integrin function// European Journal of Immunology. - 2001. - 31(12). - P. 3504-3512.

37. Mitelman S.A., Newmark R.E., Torosjan Y., Chu K.W., Brickman A.M., Haznedar M.M., Hazlett E.A., Tang C.Y., Shihabuddin L., Buchsbaum M.S. White matter fractional anisotropy and outcome in schizophrenia // Schizophrenia Research. - 2006. -87(1-3). - P. 138-159.

38. Nakano K., Higashi T., Takagi R., Hashimoto K., Tanaka Y., Matsushita S. Dopamine released by dendritic cells polarizes Th2 differentiation // International Immunology. - 2009. - 21(6). - P. 645-654.

39. Rapoport J.L., Castellanos F.X., Gogate N., Janson K., Kohler S., Nelson P. Imaging normal and abnormal brain development: new perspectives for child psychiatry // The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. - 2001. - 35(3). - P. 272-281.

40. Roberts R.C., Conley R., Kung L., Peretti F.J., Chute D.J. Reduced striatal spine size in schizophrenia: a postmortem ultrastructural study // Neuroreport. - 1996. - 7(6). - P. 1214-1218.

41. Roberts R.C., Roche J.K., Conley R.R. Synaptic differences in the postmortem striatum of subjects with schizophrenia: a stereological ultrastructural analysis // Synapse. - 2005. - 56(4). - P. 185-197.

42. Sarkar C., Das S., Chakroborty D., Chowdhury U.R., Basu B., Dasgupta P.S.,

Basu S. Cutting Edge: Stimulation of dopamine D4 receptors induce T cell quiescence by up-regulating Kruppel-like factor-2 expression through inhibition of ERK1/ERK2 phosphorylation// The Journal of Immunology: official Journal of the American Association of Immunologists. - 2006. - 177(11). - P. 7525-7529.

43. Saugstad L. F. The maturational theory of brain development and cerebral excitability in the multifactorially inherited manic-depressive psychosis and schizophrenia// International Journal of Psychophysiology. - 1994. - 18(3). - P. 189-203.

44. Sikich L., Hickok J.M., Todd R.D. 5-HT_{1A} receptors control neurite branching during development // Developmental Brain Research. - 1990. - 56 (2). - P. 269-274.

45. Schifter T., Hoffman J.M., Hatten H.P. Jr., Hanson M.W., Coleman R.E., DeLong G.R. Neuroimaging in infantile autism// Journal of Child Neurology. - 1994. - 9(2). - P. 155-161.

46. Staal W.G., Hulshoff Pol H.E., Kahn R.S. Outcome of schizophrenia in relation to brain abnormalities // Schizophrenia Bulletin. - 1999. - 25(2). - P. 337-348.

47. Stevens J.R. Abnormal reinnervation as a basis for schizophrenia: a hypothesis // Archives of general psychiatry. - 1992. - 49(3). - P. 238-243.

48. Sun D., Stuart G.W., Jenkinson M., Wood S.J., McGorry P.D., Velakoulis D., van Erp T.G., Thompson P.M., Toga A. , Smith D.J., Cannon T.D., Pantelis C. Brain surface contraction mapped in first-episode schizophrenia: a longitudinal magnetic resonance imaging study// Molecular Psychiatry. - 2009. - 14(10). - P. 976-86.

49. Todd R.D. Neural development is regulated by classical neurotransmitters: dopamine D2 receptor stimulation enhances neurite outgrowth // Biological Psychiatry. - 1992. - 31 (8). - P. 794-807.

50. Woo T.U., Crowell A.L. Targeting synapses and myelin in the prevention of schizophrenia // Schizophrenia Research. - 2005. - 73(2-3). - P.193-207.

Т.А. Емельянцева, С.А. Игумнов

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ:

АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Белорусский государственный медицинский университет (Минск).

Резюме. Статья представляет обзор научной литературы, посвященный проблеме выбора оптимальных нейropsychологических методов диагностики у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), которые позволят надежно оценить характер и степень тяжести когнитивного дефицита и планировать проведение тренинга когнитивных функций в соответствии с установленным уровнем нарушений.

Ключевые слова: дети, синдром дефицита внимания и гиперактивности, нейropsychологическая диагностика, когнитивный тренинг.

Гиперкинетическое расстройство (F90) или синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) в детской популяции встречается с частотой 3-10% [5, 7]. С.А. Игумновым [2, 3] проведено проспективное исследование распространенности основных групп психических и поведенческих расстройств в когорте из 250 детей, рожденных в период с мая 1986 г. по февраль 1987 г., матери которых в период беременности проживали в населенных пунктах, подвергшихся контаминации радионуклидами вследствие аварии на Чернобыльской АЭС с плотностью выпадений ^{137}Cs от 555 до 18500 КБк·м⁻², в сравнении с контрольной группой,

сформированной методом случайной выборки и состоявшей из 250 детей, рожденных в тот же период, матери которых в момент аварии на Чернобыльской АЭС и по настоящее время проживают в «чистых» или слабо загрязненных районах Беларуси. Достоверных различий в распространенности гиперкинетического расстройства в возрасте 10-12 лет автором не отмечено (частота данного расстройства составила 4,8% и 4,4%, соответственно; $P = 0,830$). Эволютивная динамика СДВГ характеризовалась его трансформацией в подростковом возрасте в расстройство поведения (F91), подразумевающее наличие устойчивой модели отклоняющегося поведения [2]. Расстройства поведения в подростковом возрасте (15–16 лет) тесно коррелировали с наличием СДВГ (коэффициент корреляции $r = 0,72$; уровень значимости $p < 0,01$) у тех же лиц в возрасте 10–12 лет. Таким образом, гиперкинетическое расстройство (СДВГ) в младшем школьном возрасте можно рассматривать как один из прогностически значимых предикторов стойких расстройств поведения в подростковом возрасте [3].

По данным эпидемиологических исследований, проведенных в РФ, распространенность СДВГ среди школьников 6-8 лет составляет от 28% до 7,6% [5]. Все исследователи отмечают преобладание мальчиков с гиперкинетическим расстройством по сравнению с девочками, но соотношения разнятся от 3:1 до 9:1 [5, 6, 7].

Значительные вариации данных, полученных зарубежными и отечественными исследователями, могут, на наш взгляд, свидетельствовать о широком понимании представленного расстройства, включении доклинических и промежуточных форм расстройства. Чтобы иметь адекватные возможности изучения показателей распространенности СДВГ у детей и обеспечить соответствующее материально-техническое и кадровое обеспечение технологического процесса реабилитации детей с СДВГ, их социальную адаптацию и условия для нормального развития, требуется надежный выбор стандартизированных шкал для скринингового исследования СДВГ, характеризующихся высокими показателями чувствительности и специфичности. В настоящее время признается, что СДВГ является не столько поведенческим расстройством, сколько когнитивным [4, 6, 12, 14]. Причем, когнитивный дефицит определяется, прежде всего, дисфункцией лобных отделов мозга (и, соответственно, дефицитом исполнительных функций) [6]. Лечение детей с СДВГ должно быть не только медикаментозным, но комплексным, базирующимся на принципах биопсихосоциального подхода [1, 4, 5, 14].

Нами поставлена цель оценить использование наиболее распространенных методов диагностики когнитивного дефицита у детей с СДВГ. Известно ограниченное количество нейропсихологических тестов, разработанных и адаптированных для диагностического использования у детей с СДВГ:

- Висконсинский тест сортировки карточек (The Wisconsin Card Sort Test, WCST);
- Цветовой тест Струпа (Stroop Word-Color);
- Тест движений руками (The Hand Movements Test);
- Копирование сложного рисунка (Rey-Osterrieth);
- Тест отслеживания (Trail Making Test);
- Тесты непрерывной производительности (Continuous-Performance Tests, CPT), включая зрительный тест TOVA (Test of Variables of Attention);
- Тесты двигательного торможения типа GO / NO-GO (Motor Inhibition Tasks);
- Тест соответствия похожих фигур (Matching Familiar Figures Test, MFFT).

Висконсинский тест сортировки карточек (The Wisconsin Card Sort Test, WCST) (Grant, Berg, 1948))

Данный тест является одним из наиболее часто используемых методов исследования функционирования лобных долей у взрослых. Испытуемому предлагается сортировать карты с геометрическими фигурами, различными по цвету, количеству, форме. Тест используется и у детей. Однако, средние величины эффекта у детей с СДВГ, в сравнении с контрольной группой, весьма умеренные (0,15-0,35) [13]. По данным исследований, тест способен подтвердить диагноз СДВГ только в 50%-71% случаев, в то время как способность теста определять отсутствие диагноза СДВГ составляет только 49%-56% [6]. Т. о., тест является недостаточно валидным и не может быть рекомендован для диагностики СДВГ у детей.

Цветовой тест Струпа (Stroop Word-Color) (Stroop, 1935)

Ребенку предлагается читать названия цветов, написанных разноцветными чернилами, причем цвета чернил не соответствуют названию написанного цвета (например, название «красный» напечатано синими чернилами). Тест применяется у взрослых и детей. Большинство исследований этого теста у детей обнаружило, что дети с СДВГ выполняют задания теста значительно хуже детей без СДВГ (средняя величина эффекта составила 0,56) [13]. Однако, сравнительные исследования детей с другой психопатологией, нежели СДВГ, показали небольшие размеры эффекта [16]. Вывод: отсутствие должного количества убедительных доказательств надежности цветового теста Струпа показывает, что этот тест не может быть использован для диагностики детей с СДВГ.

Тест движений руками (The Hand Movements Test) (автор: Kaufman, 1983)

Ребенку предлагается повторить сложные последовательности из трех движений руками. Как известно, дети с СДВГ имеют проблемы в координации движений в силу их невнимательности к самой задаче или дефицита невербальной рабочей памяти, особенно трудностей в последовательности выполнения движений. Стоит отметить, что подобные проблемы могут испытывать дети с дефицитом внимания без гиперактивности, которые относятся к совсем другой диагностической категории - F98.8. Согласно исследованиям надежности теста у детей с СДВГ, положительная прогностическая сила теста составила 88%, отрицательная – 66% [17]. Вывод: тест движений руками обладает недостаточной валидностью для диагностики СДВГ у детей.

Копирование сложного рисунка (Rey-Osterrieth) (авторы: Waber, Holmes, 1985)

Ребенку предоставляются лист бумаги и карандаши для выполнения задачи, требующей зрительных пространственных способностей, чувствительных к дефициту функционирования фронтальных долей мозга. Требуется скопировать сложную геометрическую фигуру [20]. Исследования детей с СДВГ показали, что они выполняют этот тест хуже, чем дети без СДВГ. Тем не менее, средние величины эффекта в сравнении с контрольной группой оказались незначительными (0,24-0,26) [13]. Другие исследования обнаружили высокую чувствительность теста (близкую к 100%), но его специфичность составила только 52% [6]. Вывод: тест не может быть надежно использован для диагностики детей с СДВГ.

Тест отслеживания (Trail Making Test) (авторы: Reitan, Wolfson, 1985)

Имеет две части: А и Б. В части (А) ребенку предлагается по порядку соединить серии пронумерованных кругов, распределенных произвольно на странице. В части (Б) предлагается соединить круги, разбросанные по странице, которые беспорядочно содержат буквы или цифры, отслеживая цифры и буквы в порядке их возрастания. Оценивается затраченное время. Исследования показали, что для части А средний размер эффекта составил 0,40, а для части В он оказался несколько выше - 0,59 [13]. Способность теста отслеживания определять наличие СДВГ

составила 68%-71%, отсутствие СДВГ – только 51%. [6]. Вывод: тест отслеживания является недостаточно валидным и не может быть рекомендован для диагностики СДВГ у детей.

Тесты непрерывной производительности (Continuous-Performance Tests, CPT) (авторы: Rosvold, Mirsky, Sarason, Bransome, Beck, 1956), включая зрительный тест TOVA (Test of Variables of Attention) (авторы: Greenberg, Waldmant, 1993)

На экране в быстром темпе появляются отдельные символы. Ребенка просят нажимать кнопку, когда появится заданный стимул (пара стимулов) в заданной последовательности. Символы могут быть разные (зрительные, слуховые, цифровые и т. п.) В задании теста возможно сочетание визуальной и слуховой стимуляции (рис. 1).

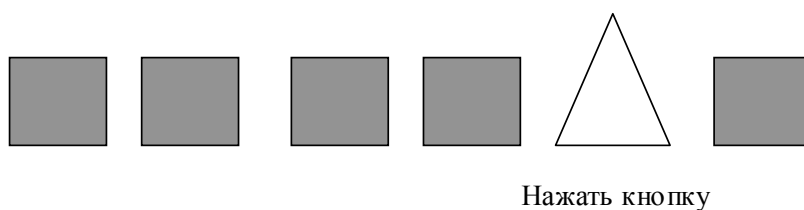
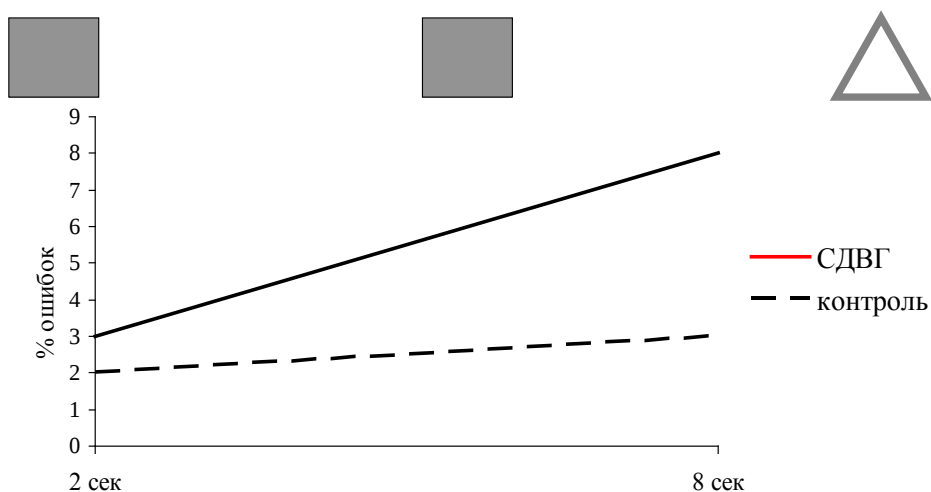


Рис. 1. Тест непрерывной производительности

При выполнении теста оцениваются ошибки во времени (рис. 2).



Van der Meere et al 1995

Рис. 2. Увеличение частоты ошибок у детей с СДВГ и детей контрольной группы при выполнении теста непрерывной производительности

Тесты непрерывной производительности являются самыми популярными и широко изучаемыми методами нейропсихологической диагностики СДВГ. Средний размер эффекта в 40 исследованиях, где использовалась парадигма непрерывной производительности, составил 0,55; в 33 исследованиях - 0,66; в 19 подобных исследованиях - 1,00 [11]. Важно отметить, что тесты непрерывной производительности позволяют оценить основные клинические симптомы СДВГ: импульсивность и дефицит внимания. Тест выступает в качестве парадигмы для нескольких коммерчески доступных методов нейропсихологической диагностики СДВГ:

- Тест Коннерса (Conners CPT ,1995); Тест Коннерса II (Conners CPT II, 2000);
- Диагностическая система Гордона (Gordon Diagnostic System, GDS, 1983);
- Зрительный тест устойчивости внимания (Test of Variables of Attention, TOVA, 1996);
- Промежуточный визуальный и слуховой тест (Intermediate Visual and Auditory Continuous Performance Test, 1995).

Наиболее известен и популярен *зрительный тест устойчивости внимания (Test of Variables of Attention, TOVA (Greenberg, Kindschi, 1996))*. Это компьютеризированная оценочная процедура, в которой визуальные задания выполняются в течение 25 мин. Ребенок должен нажимать загорающуюся кнопку, когда на экране компьютера появится заданный стимул.

Однако следует отметить, что тесты непрерывной производительности, несмотря на высокую чувствительность в постановке диагноза СДВГ, обнаруживают дискредитацию в отношении специфичности, которая в исследованиях не превышает 61% [13].

Тесты двигательного торможения (Motor Inhibition Tasks GO / NO-GO)

Тест двигательного торможения GO / NO-GO был впервые применен в 1977 г. Р. Симсоном [19]. Стимулы предъявляются с интервалом менее 1 сек. по отдельности либо парами: предупреждающий стимул и значимый стимул, инициирующий или запрещающий двигательный ответ. Испытуемый готовится к ответу после предупреждающего сигнала и должен нажимать кнопку после инициирующего стимула (GO) или воздержаться от нажатия кнопки после предъявления запрещающего стимула (NO-GO). Для каждого испытуемого подсчитывается количество пропусков значимых стимулов и количество ложных нажатий на кнопку при предъявлении незначимых стимулов.

В исследованиях теста NO-GO обнаружены существенные средние величины эффекта у детей с СДВГ в сравнении с контрольной группой (0,55-0,66) [11]. Многие исследователи пытались использовать тест NO-GO для прогнозирования расстройств шизофренического спектра, но логистический регрессионный анализ не смог доказать достоверного клинического эффекта [9].

Тест соответствия похожих фигур (Matching Familiar Figures Test, MFFT) (автор: Kagan, 1966)

Ребенку предлагается выбрать идентичную фигуру среди предложенных шести похожих вариантов (рис.3). Тест содержит 12 батарей испытаний. Оцениваются количество ошибок и время выполнения. В 1978 г. была разработана полная версия с 20 батареями испытаний, как предполагалось, для достижения большей надежности [10].

Мета-анализ 11 исследований теста у детей с СДВГ в сравнении с контрольной группой обнаружил противоречивые средние размеры эффекта 0,27- 0,60 [13]. Кроме того, отсутствие разработанных норм выполнения теста для детей и подростков, а также недостаточное количество доказательств его положительной и от-

рицательной прогностической ценности, ограничивают использование теста для диагностики СДВГ [9].

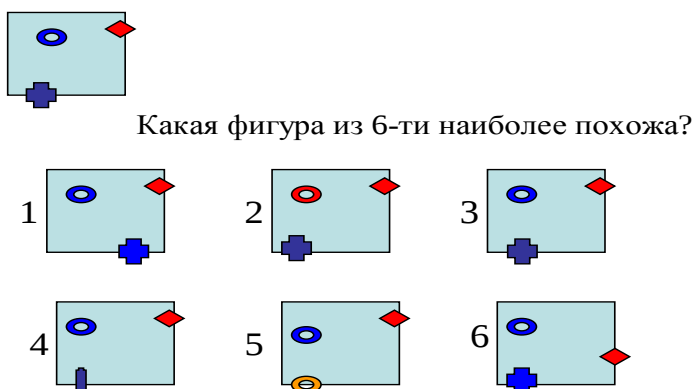


Рис. 3. Тест соответствия похожих фигур

Таким образом, все рассмотренные нами нейropsychологические тесты по результатам мета-анализа исследований не рекомендованы для диагностического использования у детей с СДВГ (табл.1).

Таблица 1. Показатели надежности нейropsychологических тестов для диагностики СДВГ у детей

Название метода	Средние величины эффект с контрольной группой	Чувствительность в %	Специфичность в %
Висконсинский тест сортировки карточек*	0,15 – 0,35	50-71	49-56
Цветовой тест Струпа*	0,56	**	**
Тест движений рук*	**	88	66
Копирование сложного рисунка*	0,24-0,26	96	52
Тест отслеживания*	0,40-0,59	68-71	51-54
Тесты непрерывной производительности*	0,55-1,0	83-90	59-61
Тесты двигательного торможения *	0,55-0,66	**	**
Тест соответствия похожих фигур*	0,27-0,60	**	**

* не рекомендован для диагностического использования у детей с СДВГ; **нет достаточных доказательств для данного критерия. Чувствительность – способность теста подтверждать наличие диагноза; Специфичность – способность теста подтверждать отсутствия диагноза.

Не вызывает сомнений, что клинические проявления СДВГ во многом обусловлены нарушениями функционирования лобных долей мозга (дефицитом исполнительных функций) [8, 9, 18]. По данным представленного недавно мета-анализа, средний размер эффекта составил 0,59 в сравнении с контрольной группой [13]. Однако, в настоящее время, с дефицитом исполнительных функций у детей связывают также целый ряд психических и неврологических расстройств: расстройства приобретения школьных навыков, задержки психического развития, расстройства аутистического спектра, синдром Туретта, аффективные расстройства, травматические повреждения мозга, эпилепсию и др. [8]. Диагностика дефицита исполнительных функций у детей с СДВГ привлекает исследователей в прикладном аспекте: в разработке модели когнитивной терапии в формате дифференцированного подхода (с учетом различных клинических форм расстройства) и индивидуального подхода (с учетом тяжести дефицита в каждом конкретном случае).

По сути, когнитивные нарушения и связанные с ними нарушения регуляции поведения определяют основные задачи когнитивной терапии детей с СДВГ (рис. 4). Вследствие этого при диагностике дефицита исполнительных функций специалистов привлекают в большей степени рейтинговые шкалы, нежели компьютерные нейропсихологические тесты.

Общие требования к рейтинговым шкалам исполнительных функций:

- должны содержать достаточно широкий спектр вопросов, чтобы служить в качестве «экрана» и быть полезными в планировании лечения;
- иметь возможность психометрической оценки для уточнения степени тяжести нарушений;
- быть теоретически когерентными;
- обладать достаточной валидностью.



Рис. 4. Дефицит исполнительных функций у детей с СДВГ

Так, например, поведенческая рейтинговая шкала исполнительных функций *BRIEF (Behavior Rating Inventory of Executive Function)* содержит 86 вопросов для заполнения родителями и/или учителем, а также для самостоятельного заполнения (Self-Report) в возрастном диапазоне 13-18 лет и у взрослых (18-90 лет). В инструкции заполнения просят указывать поведение на протяжении последних 6 месяцев [11].

В единичных исследованиях, посвященных диагностике дефицита исполнительных функций у детей с СДВГ указывается на то, что форма с преимущественным дефицитом внимания в большей степени определяется нарушениями рабочей памяти, а гиперкинетическая форма – нарушениями контроля импульсов и торможения поведения [11].

Структурированное клиническое интервью исполнительных функций Р. Баркли (Structured Clinical Interview of executive functioning (EF))

Р. Баркли создал структурированное клиническое интервью исполнительных функций, обобщив свой многолетний опыт психиатра и знания нейропсихолога для выполнения масштабного проспективного исследования СДВГ, результаты которого были опубликованы в 2008 г. [8].

Клиническое интервью исполнительных функций Р. Баркли содержит 91 вопрос, которые в полной мере отражают все блоки нарушений исполнительных функций: невербальной оперативной памяти: вербальной оперативной памяти (интернализации речи), саморегулирования аффекта, организации и планирование (рекомбинации).

В инструкции предлагается рассмотреть поведение в течение последних 6 месяцев. После каждых 20 пунктов, инструкция повторяется.

№		Нет	Да
1.	Сложно выносить ожидание, нетерпеливы		
2.	Принимаете решения импульсивно		
3.	Не в состоянии сдерживать реакции на события или других		
4.	Сложно останавливать свои действия и поведение, когда это необходимо		
5.	Сложно изменять поведение при указаниях на ошибку		
6.	Легко отвлекаетесь на посторонние мысли, когда нужно сосредоточиться		
7.	Склонны к мечтаниям, когда нужно сосредоточиться на чём-то		
8.	Склонны откладывать выполнение дел до последнего момента		
9.	Делаете импульсивные замечания другим		
10.	Свойственно прерываться в работе и не делать все то, что должны сделать		
11.	Бросаете работу раньше времени, если она неинтересна или неприятна		
12.	Не способны откладывать на долгое время удовольствие или выполнение дел, которые приносят удовольствие		
13.	Свойственно выполнение вещей (поступков) без осознания их последствий		
14.	Изменяете планы в последнюю минуту, по прихоти, импульсивно		
15.	Начинаете выполнять задание, не читая и не выслушивая указаний тщательно		
16.	Плохо ориентируетесь во времени		

17.	Тратите понапрасну время		
18.	Не учитываете опыт прошлых событий и свой личный прошлый опыт перед тем, как реагировать на ситуации		
19.	Не настолько заботитесь о будущем, как остальные сверстники		
20.	Не готовы к работе или поставленным задачам		
21.	Не удается уложиться в сроки поставленных заданий		
22.	Затрудняетесь планировать наперед или подготавливаться заранее к предстоящим событиям		
23.	Забываете сделать вещи, которые должны были сделать		
24.	Имеете трудности выполнять математические действия в уме		
25.	Не способны сразу понимать прочитанное, нужно обязательно перечитывать материал для его понимания		
26.	Не можете вспомнить то, о чём раньше слышали или читали		
27.	Не в состоянии достигать тех целей, которые перед собой поставили		
28.	Опаздываете на запланированные встречи, в школу, на работу		
29.	Не можете мыслить чётко и ясно		
30.	Не всегда осознаете то, что говорите или делаете		
31.	Не в состоянии удержать в уме вещи, которые необходимо сделать		
32.	Трудно быть объективным по отношению к важным вещам		
33.	Трудно принять точки зрения других людей о проблеме или ситуации		
34.	Трудно удержать в памяти цели своих действий		
35.	Забываете то, что намеривались сделать, в разговоре с другими		
36.	Когда вам показали сделать что-то сложное, не можете сохранить в памяти информацию, чтобы имитировать или сделать это правильно		
37.	Не обращаете внимания на детали в работе		
38.	Находите трудным следить за несколькими видами деятельности одновременно		
39.	Не можете добиться своей цели, если она не является немедленной		
40.	Не любите те виды деятельности в школе или на работе, где нужно думать больше, чем обычно		
41.	Имеете трудности в оценке количества времени, необходимого для того, чтобы сделать что-то или чтобы добраться куда-то		
42.	Имеете проблемы заставить себя начать делать работу		
43.	Быстро злитесь или расстраиваетесь		
44.	Легко разочаровываетесь		
45.	Слишком остро реагируете эмоционально		
46.	Трудно самостоятельно мотивировать себя поддерживать работу и делать ее		
47.	Не можете сохранять постоянства к тому, что становится неинтересным		
48.	Не можете прикладывать усилий для работы столько, сколько должны или сколько могут прикладывать другие		
49.	Имеете трудности оставаться начеку или не спать в скучных ситуациях		
50.	Легко отвлекаетесь на то, что происходит поблизости		
51.	Не можете заранее подготовить то, что должно быть сделано		

52.	Не способны поддерживать концентрацию внимания при чтении документов, работе, на занятиях		
53.	Быстро становится скучно		
54.	Со слов других, ленивы и не мотивированы		
55.	Приходится быть зависимым от помощи других, чтобы закончить работу		
56.	Дела должны иметь немедленное вознаграждение, иначе трудно заставить себя их сделать		
57.	Имеете проблему в завершении одной деятельности, прежде чем начать другую		
58.	Трудно заставить себя не делать что-либо радостное или более интересное в то время, когда должен работать		
59.	Не можете поддерживать дружбу и близкие отношения так же долго, как другие		
60.	Непоследовательны в качестве или количестве исполнения своей работы		
61.	Не похоже, чтобы будущее волновало вас столько, сколько других		
62.	Не думаете и не пересматриваете вещи, прежде чем сделать что-то		
63.	Не способны работать так же как другие, без присмотра или частых инструкций		
64.	Имеете проблемы с выполнением того, что собирались сделать		
65.	Плохо держите обещание или обязательства перед другими		
66.	Недостаёт самодисциплины		
67.	Трудно озвучить решение в проблемной ситуации или в состоянии стресса		
68.	Имеете проблемы соответствовать правилам в ситуации		
69.	Не очень гибки в поведении или в подходе к ситуации, чрезмерно настаиваете на том, чтобы вещи должны быть сделаны так, как вам нравится		
70.	Имеете трудности в организации своих мыслей		
71.	Трудно высказывать то, что хотите сказать		
72.	Не способны предложить или придумать столько способов решения проблем как другие		
73.	Не хватает слов, чтобы объяснить что-то другим		
74.	Имеете проблемы в изложении мыслей на бумаге, последовательно и быстро, как другие		
75.	Ощущаете, что не настолько творчески и изобретательны, как другие, того же уровня интеллекта		
76.	Считаете, что в попытке достичь цели не можете придумать столько много способов, как другие		
77.	Имеете проблемы в изучении новых или сложных видов деятельности		
78.	С трудом объясняете вещи в надлежащей последовательности		
79.	Не можете добраться до точки своего объяснения так же быстро, как другие		
80.	Имеете проблемы делать вещи в надлежащем порядке или последовательности		
81.	Не можете так же быстро подумать или ответить эффективно, как другие, на непредвиденные обстоятельства		

82.	Неуклюжи и не имеете координации в движениях, как другие		
83.	Имеете плохой или небрежный почерк		
84.	Имеете трудности в организации и выполнении работы по приоритетности и важности, не может правильно расставить приоритеты		
85.	Медленнее, чем другие, реагирую на непредвиденные обстоятельства		
86.	Ведете себя «как клоун», выглядите глупо, когда должны быть серьезным		
87.	Не помню, что делал(а) или места, где был(а), так же хорошо, как другие		
88.	Склонны становиться участником несчастных случаев, инцидентов		
89.	Предпочитаете экстремальную езду		
90.	Трудно распределять деньги и распоряжаться кредитными картами		
91.	Менее способны вспоминать события детства, чем другие		

В настоящее время нами выполняется процедура стандартизации клинического интервью исполнительных функций у детей, подростков и молодых людей в белорусской популяции.

Выводы:

- В диагностике СДВГ приоритетным следует считать интегративный подход, где нейропсихологическое исследование рекомендовано в прикладном аспекте, в решении проблем, связанных с когнитивными процессами в поиске альтернативных методов помощи.
- В диагностике нейро-когнитивного дефицита у детей с СДВГ предпочтение следует отдавать рейтинговым шкалам и структурированному клиническому интервью исполнительных функций, которые могут служить «экраном» структуры и тяжести нарушений, индивидуально подходить к планированию медицинских мероприятий.
- Диагностика дефицита исполнительных функций может стать критерием дифференцированного подхода в системе реабилитации детей с СДВГ.
- Использование рейтинговых шкал и структурированного клинического интервью исполнительных функций у детей с СДВГ определяет задачи когнитивной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баркли Р.А. (Barkley, R. A.) Дети с вызывающим поведением: клиническое руководство по обследованию ребенка и тренингу родителей / Р.А. Баркли/ Пер. с англ., под ред. Н.Н. Заваденко. – М.: 2011. – 272 с.
2. Игумнов С.А. Эволютивная динамика психических и поведенческих расстройств у лиц из группы риска по антенатальному облучению // Актуальные проблемы психологии. Сб. научных работ института психологии им. Г.С. Костюка АПН Украины. Экологическая психология. - Т. 7, вып. 8. - Киев, 2006. - С. 54-57.
3. Игумнов С.А. Прогнозирование риска психических расстройств и поведенческих девиаций у лиц из группы риска по антенатальному облучению // Медицинский журнал. - 2006. - № 3. - С. 51-53.
4. Никишина И.С. Нейрофизиологические и психофизиологические методы диагностики поведенческих расстройств / И.С. Никишина, Е.А. Яковенко, Ю.Д. Кропотов // Детская поведенческая неврология: Руководство для врачей / Л.С. Чутко - СПб: Наука, 2009. – С. 159-162.
5. Сухотина Н.К. Гиперкинетические расстройства у детей и подростков /

Н.К. Сухотина // Детская и подростковая психиатрия: Клинические лекции для профессионалов / Ю.С. Шевченко. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2011. – С. 534-537.

5. Barkley R. A. Are tests of frontal lobe functions useful in the diagnosis of attention deficit disorders? / R. A. Barkley, G. Grodzinsky // J. Clinical Neuropsychologist. - 1994. – Vol. 8. – P. 121–139.

6. Barkley R. A. Interview, Rating Scales, and Medical Examination / R.A. Barkley // Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment / R.A. Barkley. - New York: Guilford Press, 2006 - P. 375-384.

7. Barkley R.A. Inhibition, EF and Self-Regulation / Barkley R.A. // ADHD in adults: what the science says / R.A. Barkley, K.R. Murphy, M. Fischer - New York: Guilford Press, 2008. – P. 171-179.

8. Berlin L. How well do measures of inhibition and other executive functions discriminate between with ADHD and controls? / L. Berlin, G. Bohlin, L. Nyberg / J. Child Neuropsychology. - 2004. – Vol.10. – P. 1–13.

9. Cairns E. Development of a more reliable version of the Matching Familiar Figures Test. / E. Cairns, T. Cammock // J. Developmental Psychology. - 1978. – Vol.11. – P. 244–248.

10. Coddling R. S. Examining executive functioning in boys with ADHD / R.S. Coddling, L. Lewandowski, M. Gordon // Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Association, 24–28 August 2001. Retrieved from the Education Resources Information Center Web site: <http://www.eric.ed.gov/ERICDocs/data/>

11. Douglas V. Cognitive deficits in children with attention-deficit disorder with hyperactivity / V. Douglas // Attention deficit disorder: criteria, cognition, intervention / L.M. Bloomingdale, J.A. Sergeant - London: Pergamon Press, 1988. – P. 65-82.

12. Frazier T. W. Meta-analysis of intellectual and neuropsychological test performance in attention-deficit hyperactivity disorder / T.W. Frazier, H.A. Demareem, E.A. Youngstrom // J. Neuropsychology. – 2004. – Vol.18. – P. 543–555.

13. Gimpel A. Brain exercises to cure ADHD / A. Gimpel, L. Gimpel. - Jerusalem, 2008. – 258 p.

14. Gordon M. Tests and observational measures / M. Gordon, R.A. Barkley, B.J. Lovett // Attention-deficit/hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment. - New York: Guilford Press, 2006. - P. 369–389.

15. Homack S. A meta-analysis of the sensitivity and specificity of the Stroop Color and Word Test with children / S. Homack, C.A. Riccio // J. Archives of Clinical Neuropsychology. - 2004. – Vol.19. – P. 725–743.

16. Mariani, M. Neuropsychological and academic functioning in preschool children with attention deficit hyperactivity disorder / M. Mariani, R.A. Barkley // J. Developmental Neuropsychology. – 1997. – Vol.13. – P. 111–129.

17. Sergeant J.A. How specific is a deficit of executive functioning for attention-deficit/hyperactivity disorder? / J.A. Sergeant, H. Geurts, Oosterlaan // J. Behav. Brain Res. - 2002. - Vol. 130. – P. 3-28.

18. Simson R. The scalp topography of potentials in auditory and visual go-nogo tasks / R. Simson, J. Vaughan, W. Ritter // J. Electroencephalography and Clinical Neurophysiology. – 1977. – Vol. 43, № 8. – P. 864-875.

19. Waber, D.J. Assessing children's copy productions of the Rey–Osterrieth Complex Figure / D.J. Waber, M. Holmes / J. of Clinical and Experimental Neuropsychology. - 1985. – Vol. 7. – P. 264–280.

Yemelianseva T.A., Igumnov S.A.

**NEUROPSYCHOLOGICAL METHODS OF DIAGNOSTICS IN
CHILDREN WITH ATTENTION-DEFICIT DISORDER WITH
HYPERACTIVITY (ANALYTIC REVIEW)**

Belarusian State Medical University (Minsk).

Summary. The article reports literature data dedicated to modern view of the neuropsychological diagnostic test for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children for the diagnostic use and the planning of management.

Key words: children, attention deficit hyperactivity disorder, the neuropsychological diagnostic tests, planning of management, cognitive training.

В.И. Шебанова

**МОДИФИЦИРОВАННЫЙ ВАРИАНТ АССОЦИАТИВНОГО ТЕСТА
ИНВЕРСИИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ОТРАЖЕНИЯ²**

Киевский национальный университет им. Тараса Шевченка (Киев)

Аннотация. Статья посвящена обоснованию теоретико-методологической базы модифицированного варианта ассоциативного теста инверсии эмоционального отражения, который предназначен для экспресс-диагностики расстройств пищевого поведения. Представлен ход проведения теста и стимульный материал.

Ключевые слова: модифицированный вариант теста инверсии эмоционального отражения, экспресс-диагностика, расстройства пищевого поведения.

Постановка проблемы.

В условиях значительного возрастания числа людей с ожирением и расстройствами пищевого поведения (анорексией, булимией, неврогенным перееданием) возрастает необходимость в способах диагностики, которые, с одной стороны, позволяли бы обследовать одновременно большое количество людей, а с другой – выявлять ранние формы нарушений. Как известно, наиболее надежным методом диагностики является клинико-психопатологический метод, который сочетается с клинико-патогенетическим анализом. Однако его глубина и всесторонность вступают в противоречия с длительностью и громоздкостью такого обследования.

У больных с различными формами расстройств пищевого поведения и ожирением отмечается высокая коморбидность с негативными эмоциональными состояниями (депрессией, тревогой, стыдом, гневом), алекситимией. Соответственно, есть основание рассматривать расстройство пищевого поведения как неврогенное (невротическое) [12; 17; 27; 29; 35; 38; 39; 40].

У больных неврозом было описано явление инверсии эмоционального отражения, которое особенно характерно для ранних стадий развития заболеваний [19; 20; 24; 25]. На основе данных теоретико-практических материалов нами предлагается модифицированный вариант теста, который позволяет выявлять группу риска в отношении субклинических расстройств пищевого поведения. Разработка модифицированного варианта теста инверсии эмоционального отражения требует изучения представленности в научной литературе идей, которые положены в основу его теоретико-методологической базы.

Обоснование теоретико-методологической базы модифицированного варианта ассоциативного теста инверсии эмоционального отражения.

² Начало. Окончание см. в следующем выпуске.

Как было отмечено выше, явление инверсии эмоционального отражения описано как характерная особенность ранних проявлений болезненных и предболезненных невротических состояний [19; 20; 24; 25].

В качестве инверсий рассматриваются вербализированные ответы – ассоциации с противоположным знаком эмоциональной окраски по отношению к слову – стимулу, например: красота – отчаяние, уродство, безобразие; радость – горе, тоска, вражда; отчаяние – надежда.

По мнению авторов, *инверсия эмоционального отражения является следствием психологических проблем, срыва компенсации* и представляет собой такое нарушение адаптивного процесса, которое уже переступило границу нормы, но патологического оформления еще не получило. С целью ранней диагностики невротических состояний на основе данного явления указанными авторами был предложен «*тест эмоциональной инверсии*», который позволяет выявлять группу риска в отношении заболеваний неврозами. Тест наиболее эффективно позволяет выделить лиц с острыми невротическими реакциями, *которые возникают вследствие эмоционального перенапряжения при наличии неадекватных установок*. При этом острые невротические реакции рассматриваются в качестве первой ступени перехода от нормы к болезни, когда еще нет четкой синдромальной оформленности, но обнаруживаются явные признаки нарушения психосоциальной адаптации. Тест обладает высокой дифференцирующей способностью: его показания не меняются у здоровых людей при утомлении и в процессе адаптации к новым климатико-географическим условиям. В группу риска, в плане развития невротических расстройств, попадают люди, которые дают более 6 инвертированных ассоциаций. Респонденты, которые дают от 2 до 5 инверсий имеют предрасположенность к невротическому расстройству. Люди, которые дают одну инвертированную ассоциацию (или их нет совсем) – практически здоровы. В тоже время, авторы отмечают, что тест не дает возможности охватить лиц, которые имеют компенсированную невротическую симптоматику (вследствие соматизации конфликта, например, у лиц с хроническими соматическими заболеваниями) [19; 20; 24; 25].

В работе М.Г. Чухровой, Н.А. Степушиной (2002) была показана целесообразность применения ассоциативного теста с целью диагностики установления склонности к аддиктивному поведению [36]. Близкие выводы в плане возможности применения теста инверсии эмоционального отражения с целью выделения эмоциогенного пищевого поведения в структуре аддикции переедания, сделал И.А. Рукавишников (2006) [28]. В качестве нейрофизиологических предпосылок эмоциогенного пищевого поведения он рассматривает нарушения согласованной деятельности полушарий головного мозга и, в частности, усиление функциональной активности правого полушария при сниженной функциональной активности левого. По его мнению, преобладание правополушарной стратегии решения вербальных задач сопровождается нарушением передачи эмоциогенной информации из правого полушария в левое, что *проявляется инверсией эмоционального отражения*. Указанные нейрофизиологические механизмы (в их единстве) обуславливают патохарактерологические признаки аддиктов переедания, такие как: *алекситимию, неконструктивные копинг-стратегии* – в том числе стратегию «приема пищи» в стрессовых ситуациях как способа и средства ухода от реальности и от решения проблем. И.А. Рукавишников (2006) утверждает, что *инверсия эмоционального отражения (как нейрофизиологический механизм)* приводит к затруднению осознваемости эмоционального напряжения, что, в свою очередь, обуславливает сосредоточение на определенном (негативном) круге переживаний [28]. Высокий уровень эмоционального напряжения подталкивает к поиску путей его

снижения. Для пищевых аддиктов одним из таких способов становится прием пищи. В случае закрепления стратегии «переедания» в качестве доминирующей (с целью улучшения настроения) это приводит к формированию повышенной потребности в еде и избыточной массе тела. При этом в научной литературе, описаны многочисленные случаи сочетания и перехода одних видов аддикции в другие (например: когда алкоголики бросали пить, но становились эмоционально зависимыми от еды, что приводило к ожирению, и, наоборот, когда пищевые аддикты спивались в связи со злоупотреблением алкогольными напитками), что послужило основанием предполагать единство (общность) механизмов формирования всех видов зависимостей, по крайней мере, на начальном периоде развития аддиктивного поведения [15; 16; 17; 21; 22; 23; 31].

Не отрицая правомерность значимости нейрофизиологических механизмов в формировании инверсии эмоционального отражения, отметим, что попытки физиологического объяснения не только не исключают, но и предполагают необходимость содержательного психологического анализа этого феномена, т. е. исследования его психологической природы и значимости психологических механизмов.

Рассмотренные данные позволили предположить специфику эмоциональной реактивности и когнитивного стиля обработки информации у людей, которые «не удовлетворены» свои весом, что находит отражение в особенностях вербальной продукции (как способа познания субъективной интрацептивной семантики). На наш взгляд, в качестве психологического механизма явления инверсии выступает негативный аффективно-когнитивный стиль реагирования, который обуславливает и поддерживает высокий уровень эмоционального напряжения. Поскольку связь дизадаптивных стратегий пищевого поведения («переедания» или «ограничения») с изменениями в психоэмоциональном состоянии хорошо аргументирована, то возникает вопрос, каким образом особенности аффективного состояния и пищевого поведения отражаются в особенностях вербальной продукции (как способа познания субъективной интрацептивной семантики).

Кроме идей, которые изложены выше, теоретическую базу модифицированного нами ассоциативного теста инверсии эмоционального отражения составляют и другие положения, которые изложены в разных исследованиях. Как было отмечено выше, исследователи отмечают коморбидность расстройств пищевого поведения с нарушениями в эмоциональной сфере (депрессивным состоянием, тревожностью). В связи с этим есть необходимость рассмотреть особенности обработки эмоциогенно значимой информации у людей с пищевыми расстройствами. Однако в современной научной литературе мы не встретили подобных исследований. В тоже время имеются данные об *особенностях обработки речевой информации при аффективных расстройствах*. Учитывая, высокую степень коморбидности нарушений пищевого поведения и аффективных расстройств, считаем, что есть смысл проанализировать особенности обработки речевой информации при аффективных расстройствах.

Показано, что у женщин (в отличие от мужчин) обнаруживается большая зависимость эффективности когнитивных процессов от эмоционального состояния, что объясняется функциональной особенностью женского мозга – большим количеством межполушарных связей. Именно такой функциональной спецификой ряд авторов объясняет преобладание числа пищевых аддиктов среди женщин [23; 28 и др.]. Такая особенность обуславливает стратегии поведения в состоянии депрессии: так, для мужчин характерна стратегия поиска путей мысленного и поведенческого отвлечения от своего состояния, в то время как для женщин более характерна тенденция к анализу потенциальных источников своего состояния (настроения). На наш

взгляд, данный факт необходимо учитывать в ходе психотерапии нарушений пищевого поведения (если подобные закономерности у них обнаружатся).

В ряде исследований, которые направлены на изучение особенностей селективной обработки эмоциональной вербальной информации показано, что у лиц с *повышенными показателями депрессии* (Powell, Hemsley, 1984) или *тревожности* (Burgess et al., 1981, Foa, McNally, 1986) обнаруживается специфическая направленность внимания на эмоционально негативную информацию (Broadbent, 1988, MacLeon, Mathews, 1988, Mogg et al, 1992), которая предопределяет способность к распознаванию и идентификации преимущественно эмоционально отрицательных стимулов. В специальных исследованиях также обнаружено, что *тревожные и депрессивные лица склонны к негативной интерпретации неоднозначной речевой информации* (Richard, French, 1992; MacLeod, Cohen, 1993) (цит. по И.А. Рукавишникову)[28].

В экспериментах на запоминание эмоциональной информации обнаружено, что лица с *повышенными показателями депрессии лучше воспроизводят эмоционально негативные слова* (Bradly, Mathews, 1983; Teasdale, Dent, 1987)(цит. по И.А. Рукавишникову)[28].

В отличие от этого, у *высокотревожных испытуемых обнаружено селективное нарушение воспроизведения и узнавания эмоционально отрицательной информации (т. е. они лучше «забывают»)* (Watts, Dalgleish, 1991) (цит. по И.А. Рукавишникову)[28].

Близкие результаты относительно забывания грустных событий при воспроизведении образов своей жизни приводятся в исследовании Л.Ф. Бурлачука и Е.Ю. Коржовой (при описании методики «Психологическая автобиография») [7]. По мнению авторов, чем меньше количество грустных событий при воспроизведении образов своей жизни, тем сильнее вытеснение. Соответственно, отсутствие грустных событий (как в прошлом, так и в будущем) указывает на чрезмерную защитную реакцию от психотравмирующих событий прошлого и беспокойства за будущее [7].

Нет сомнений, что процесс «забывания» обеспечивается механизмами психологической защиты (отрицанием, вытеснением, подавлением, оглушением и др.), которые способствуют стремлению человека избавиться от неприятных эмоций путем отвержения определенных аспектов внешней действительности или путем искаженного оценивания нежелательных явлений прошлого, настоящего или будущего [34]. Мощная психологическая защита предопределяет своеобразное состояние – психологическую «слепоту, глухоту, бесчувственность» – *алекситимию* (Г.Л. Ереско, Г.Л. Исурина, Е.В. Кайдановская, В.И. Коростий, В.В. Кришталь, Н.А. Марута, Б.В. Михайлов, В.Я. Семке, Л.Л. Третьяк и др.) (цит. по В.И. Шебановой) [34]. В этом состоянии сигнал тревоги не воспринимается, игнорируется и соответственно, не может быть ассимилирован. Человек неосознанно подавляет тревогу и отрицает наличие у себя каких-либо чувств. Среди других причин, которые препятствуют эффективной ассимиляции тревоги, может быть рассмотрена ригидность привычных способов адаптации (например у тех, кто страдает обсессивным или фобическим неврозом) [7]. На наш взгляд, стратегии «переедания» и «ограничения» – это тоже ригидный привычный способ адаптации в ситуации эмоционального напряжения.

Приведенные данные в значительной степени подтверждают предположение, что различные эмоциональные состояния влияют на разные стадии обработки информации, в частности, *тревожность* приводит к изменению внимания, селекции на ранних стадиях обработки информации, а *депрессия* – к негативной семантической трактовке и последующему более эффективному воспроизведению эмоцио-

нально отрицательного материала. Соответственно, у *тревожных* (лиц с повышенной чувствительностью к стрессовым воздействиям) *в качестве защитной стратегии поведения преимущественно используется стратегия подавления негативной информации* (поскольку ограничивает восприятие неприятной информации) (Mogg et al, 1992; Lavy et al, 1993) (цит. по В.И. Шебановой) [34]. Однако, при сильном или длительном (хроническом) стрессе такой контроль нарушается и провоцирует начало эмоционального расстройства (Mathews, MacLeod, 1994) (цит. по В.И. Шебановой) [34]. Некоторые авторы отмечают, что описанные изменения в обработке эмоционально отрицательной информации характерны не только в состоянии клинической депрессии, но и в случае «организации»/создания подавленного настроения у здоровых испытуемых. В то же время *выход из состояния клинической депрессии сопровождается уменьшением склонности к преимущественному воспроизведению эмоционально негативного вербального материала* (Bradley, Mathews, 1988) (цит. по В.И. Шебановой) [34].

В определенном смысле вышесказанное подтверждается в исследованиях ряда авторов (Р.Ю. Ильюченко и др. 1989), в которых утверждается, что способность к вербальному воспроизведению из памяти определяется не столько природой фиксации следа, сколько возможностью его считывания, который определяется смыслом [13]. При этом в качестве нейрофизиологической структуры, которая играет в этом определяющую роль, выделяется система эмоциогенных структур мозга (которая включает миндалевидный комплекс, преоптическую область, ядра гипоталамуса). Значение эмоциогенной системы состоит в установлении связи следа памяти с программой воспроизведения. О тесной связи правого полушария с подкорковыми системами эмоциональной регуляции (в сравнении с левым) свидетельствует его определяющая роль в регуляции вегетативных функций, включая способность поддерживать как физическое, так и тоническое возбуждение (Wittling, 1990; Johnsen, 1990; Heller, 1981) (цит. по Е.И. Николаевой) [24].

В исследованиях Э.А. Костандова с коллегами (которые проводились с 1971 по 2004 гг.) продемонстрировано влияние семантически определяемого эмоционального значения вербальных стимулов на восприятие речевой информации [16]. Авторы считают, что задержки реагирования на травмирующую информацию могут объясняться тем, что обработка информации в правом полушарии осуществляется быстрее (симультанно – мгновенно, целостно), чем в левом (сукцессивно – последовательно). По мнению авторов, эмоциональное перевозбуждение (сверхвозбуждение) оказывает дестабилизирующее действие на когнитивные процессы (мысленное построение форм, отношений, образов, абстракций и т. п.).

Таким образом, обзор многочисленных исследований, которые посвящены изучению влияния аффекта на обработку информации, свидетельствует о том, что сниженное настроение и тревога предопределяют особенности селекции и обработки эмоционально значимой вербальной (речевой) информации.

Несколько иным образом проблема влияния эмоционального состояния на восприятие (понимание мира) рассматривается в научных трудах ряда авторов (В.К. Вилюнас, Л.С. Выготский, Р.Ю. Ильюченко, А.Н. Леонтьев, С.Л. Рубинштейн, А.Ш. Тхостов и др.) [13; 18; 33]. Рассмотрим наиболее значимые положения в контексте нашего исследования.

Л.С.В. Выготский, связывал специфический человеческий способ регуляции поведения с созданием и употреблением «психологических орудий» – знаковых систем. По его мнению, знаки как искусственные стимулы–средства выполняют функцию автостимуляции и потому могут сознательно вводиться в психологическую ситуацию. С.Л. Рубинштейн связывал высший уровень саморегуляции с

осознанным ценностным отношением человека к миру, самому себе, к другим людям. А.Н. Леонтьев, подчеркивая регулирующую функцию систем личностных смыслов, отмечал: «можно понимать и владеть значением, знать значение, но оно будет недостаточно регулировать, управлять жизненными процессами: самый сильный регулятор <...> «личностный смысл» [18, с. 218]. Саморегуляция в этом понимании есть особая деятельность, «внутренняя работа» или «внутреннее движение душевных сил», которая направлена на связывание систем личностных смыслов. По мнению автора, «...не существует «чистого» смысла... Смысл порождается не значением, а жизнью» (А.Н. Леонтьев, 1975) [18, с. 278-279].

Расширенную трактовку смысла мы находим в монографии А.Ш. Тхостова: «Действительно рождаясь не из значения, а из жизни, он (смысл) становится доступным сознанию лишь через систему значений. Смысл выражает себя через значения, путем выбора или отвержения, ограничения или, напротив, расширения семантического поля, его оформления. Смысл субстанцируется в значении как своеобразное «значение значения», урезая, расширяя или иным образом трансформируя категориальную сеть. Надличные, культурно выработанные универсалии через функцию смысла обретают свое индивидуальное существование, которое может значительно отличаться от общепринятого. Значение всегда осмысленно; в том случае, если оно никак не связано с потребностями, оно имеет смысл нейтрального, не входящего в сферу интересов, «знаемого» (цит. по [33, с. 139].

Между тем, можно утверждать, что между смысловыми и эмоциональными явлениями нельзя провести четко очерченной грани, что эмоциональные отношения есть основа смысловых образований, а понятие смысла служит лишь для специфической концептуальной интерпретации этих отношений [33].

Поэтому каждое состояние организма в норме и патологии переживается человеком как фундаментальное семантическое (герменевтическое) явление, которое для своего понимания требует «толкования». Хотя каждая из болезней имеет некоторые биологические или физиологические корреляты (причины), однако эти причины становятся фактами человеческого переживания или страдания только через восприятие, интерпретацию, выражение и адресование «другому», т. е. входя в мир человеческих слов и гуманитарной дискурсивности. Симптом в этой ситуации приобретает личностный смысл — становится запросом, адресованным другому человеку, а совокупность симптомов (синдром) превращается в текст, требующий прочтения. Например, симптом анорексии (отказ от еды) может служить метафорой неадекватности межличностного общения мать—ребенок» [32; 33].

Таким образом, смыслообразование осуществляется не только в наличной ситуации актуализированной потребности, но определяется более широким спектром устойчивых мотивационных структур: ценностными ориентациями, смысловыми образованиями, динамическими смысловыми системами и другими аспектами личностной регуляции [1; 2; 3; 9; 10; 8; 5].

Понять человеческое поведение и порождающиеся в его деятельности смыслы можно только с учетом того «...ради чего совершается то или иное действие, деятельность человека, или в чем подлинный смысл, стоящий за взятыми самими по себе или в совокупности целями, задачами, мотивами. <...> Именно общие смысловые образования (в случае их осознания — личностные ценности), являющиеся, на наш взгляд, основными конституирующими (образующими) единицами сознания личности, определяют главные и относительно постоянные отношения человека к основным сферам жизни — к миру, к другим людям, к самому себе» (Б.С. Братусь, 1988) [5, с. 87, 91].

Ф.Е. Василюк [8], подчеркивая регулирующую роль смысловых образований,

выделяет особую деятельность по производству смысла «в критических ситуациях невозможности реализации внутренних потребностей своей жизни». По мнению автора, эта особая деятельность – *переживание*, – возникнув в критических жизненных ситуациях, может стать самостоятельным функциональным органом, т. е. «одним из привычных средств решения жизненных проблем и пускаться субъектом в ход даже при отсутствии ситуации невозможности». Иначе говоря, переживание как особая деятельность смыслопорождения может выполнять регулирующую функцию и в ситуациях обыденной жизни.

Таким образом, сниженное настроение и тревога (как негативное аффективное состояние) не только предопределяет особенности распознавания, селекции и обработки эмоционально значимой вербальной информации, но и особенности их семантики. Соответственно, *семантический анализ вербальных стимулов и речевой продукции* может позволить получить сформированные установки и представления относительно психосоматического симптома, проблемной ситуации, «ситуации нездоровья» и пр. Основным методом исследования в таких случаях может быть *направленный ассоциативный эксперимент*, который является одним из первых проективных методов. Ф. Гальтон, М. Вертхеймер, З. Фрейд, К. Юнг и их последователи считали, что «неконтролируемые ассоциации могут быть символической или прямой проекцией внутреннего, часто неосознаваемого содержания сознания. Ассоциативные связи устанавливаются в процессе приобретения субъективного опыта – как опыта истории деятельностей..., обусловленных контекстом культуры..., и индивидуальным опытом» [30, С. 240-241].

В исследовании ряда авторов отмечается, что хотя проективный метод основан на феномене проекции и потому является наиболее субъективным, однако с его помощью можно преодолеть естественные механизмы психологической защиты и, соответственно, выявлять глубинные индивидуально-психологические особенности личности, которые менее всего доступны непосредственному наблюдению [6; 14; 37]. Ассоциации – это ответ (образ), который связан со словом стимулом общей функцией создания образа. По мнению Ф. Гальтона, ассоциации «являются важным доводом в пользу существования более глубоких уровней психических операций, глубоко погребенных под пластом сознания; эти операции помогают понять психические феномены, которые никак иначе объяснить невозможно» [6; с. 16]. Как указывают, Р.В. Кадыров и Т.В. Скоробач (2013), ассоциации – это «душевный отклик» человека с определенным личностным смыслом, поскольку «возвращают человека к его прошлому опыту, выявляют актуальное состояние и переживания, позволяют определить личностные черты, жизненные стратегии, цели, главные желания, основные страхи» [14].

Т.С. Яценко подчеркивает, что функционирование психики здоровых людей и невротиков происходит по единым законам (что отмечалось еще З. Фрейдом). Отличия между здоровыми и невротиками обусловлены именно «энергетическими» акцентами, которые проявляются в симптомах. Выявить эти «энергетические» акценты можно через ассоциативные связи в поведенческом вербально-образном материале. Итак, именно выявление взаимосвязей между конкретными символами во время диагностики позволяет объективировать латентное содержание бессознательного. Определение ассоциативно-итеративных связей (т. е. тех, которые повторяются) позволяет понять глубинные первопричины личностной проблемы (внутренней противоречивости) психики и сделать их прозрачными (с точки зрения смысла) [37].

Завершая обзор научной литературы, отметим основные положения, которые легли в основу теоретико-методологической базы модифицированного варианта

ассоциативного теста инверсии эмоционального отражения:

1. Состояние эмоционального напряжения (тревожность, депрессия) обуславливает специфику распознавания, означивания, идентификации и интерпретации информации, что проявляется в инверсиях эмоционального отражения.

2. Нейропсихологический механизм инверсии (как результат нарушения согласованности в деятельности полушарий головного мозга) проявляется инверсиями эмоционального отражения в ассоциативной вербальной продукции и выступает признаком невротического расстройства.

3. Инверсия эмоционального отражения коморбидна с другими патохарактерологическими признаками (аффективными нарушениями, алекситимией, неконструктивными копинг-стратегиями).

4. В качестве психологического механизма явления инверсии эмоционального отражения выступает негативный аффективно-когнитивный стиль реагирования, который обуславливает и поддерживает высокий уровень эмоционального напряжения.

5. Тревога и депрессия предопределяют специфическую направленность внимания на эмоционально негативную информацию, что искажает распознавание, селекцию, обработку и семантику вербальной (речевой) информации. Состояние депрессии обуславливает преимущественное воспроизведение эмоционально негативных слов, в то время как повышенная тревожность предопределяет задержку реагирования и/или «забывание» эмоционально отрицательной информации (вследствие функционирования механизмов психологической защиты тревожная информация не допускается в «поле осознания»).

6. «Кризисное переживание» (которое возникает в критических жизненных ситуациях) может стать самостоятельным «функциональным органом», который неосознанно «запускается» субъектом как привычное средство решения жизненных проблем даже при отсутствии ситуации невозможности. Эмоциональное отношение и переживание являются основой смысловых образований, деятельностью особого рода - смыслопорождением, которое выполняет регулирующую функцию и в ситуациях обыденной жизни. Общие смысловые образования конституируют (образуют) единицы сознания личности, которые определяют главные и относительно постоянные отношения человека к основным сферам жизни — к миру, к другим людям, к самому себе.

7. Направленный ассоциативный эксперимент как метод психологического исследования позволяет преодолеть естественные механизмы психологической защиты и, соответственно, выявлять глубинные индивидуально-психологические особенности личности, которые менее всего доступны непосредственному наблюдению.

8. Семантический анализ вербальных стимулов и речевой продукции может позволить получить сформированные установки и представления относительно психосоматического симптома, проблемной ситуации, «ситуации нездоровья» и пр.

9. Жизнедеятельность невротика подчиняется симптому, который заметно проявляется в определенных «энергетических» акцентах. Выявить эти «энергетические» акценты можно через ассоциативные связи в поведенческом вербально-образном материале. Выявление взаимосвязей между конкретными символами во время диагностики позволяет объективировать латентное содержание бессознательного. Определение ассоциативно-итеративных связей (т. е. тех, которые повторяются) позволяет понять глубинные первопричины личностной проблемы (внутренней противоречивости) психики и сделать их прозрачными (с точки зрения смысла).

Консилиум состоялся 28 ноября 2013 г. в Институте гармоничного развития и адаптации («ИГРА»).

Присутствовали 17 человек (психологи, психиатры, дефектологи - сотрудники Института Гармоничного Развития и Адаптации, Научного центра психического здоровья РАМН, кафедры детской психиатрии и психотерапии Российской медицинской академии последипломного образования Росздрава, преподаватели и студенты Московского городского психолого-педагогического университета).

Докладчик - кандидат медицинских наук В.В. Грачев.

Ведущий консилиума - кандидат медицинских наук А.А. Северный.

Больная X, 16 лет. Наследственность манифестными психозами, аффективной патологией и расстройствами личности неотягощена. Дальний родственник отца в подростковом возрасте наблюдался с диагнозом: эпилептиформный синдром.

Отец, 44 лет, программист. Спокойный, не очень общительный, погружен в собственные проблемы, успешно справляется с руководящей должностью. Избегает медицинских проблем, связанных с болезнью дочери, вероятно, даже боится ее приступов.

Мать, 42 лет, не работает из-за необходимости постоянного ухода за ребенком. Общительная, эмоциональная, внимательна к детям, тяжело переживает ухудшение состояния дочери.

Сестра, 21 года, студентка, замужем, живет отдельно от родителей. Способная, общительная, но несколько формальная.

Ребенок от 2-й беременности, протекавшей с угрозой прерывания на ранних сроках и гриппом с температурой до 39° на 20 неделе. Перед родами диагностирована гипоксия плода. Роды в срок со стимуляцией. Родилась с весом 3420, длиной 51см. Закричала сразу. К груди приложена сразу, сосала активно. Выписана на 4 сутки. На первом году жизни спокойная, хорошо спала по ночам. По словам матери, неврологи на первых месяцах жизни отмечали отсутствие патологии, «давно не видел такую здоровую девочку». Тем не менее, была небольшая кривошея, получала массаж. В 3,5 мес. была проведена плановая профилактическая прививка. За день до прививки плохо спала. На следующий день отмечалось повышение температуры до 37°. Через несколько дней появились кратковременные приступы (по типу инфантильных спазмов), сначала в виде «дыхательных спазмов» (замирание на несколько секунд с легким напряжением аксиальной мускулатуры), к которым быстро присоединилось напряжение ручек и ножек с их разведением. Приступы в виде серий до 5 спазмов в серии, позднее до 10 приступов в серии. Сначала отмечалось по 1-2 таких серий в сутки, но позднее их число увеличилось до 5-6. Районный невролог объяснял приступы гипертенусом. После консультации в Морозовской больнице установлен диагноз эпилепсии. Девочка была госпитализирована, назначены противосудорожные препараты, которые не дали заметного эффекта. Некоторый положительный эффект появился только при назначении депакина. В возрасте около 4 мес. назначен гормональный препарат синактен-депо, после введения которого число приступов стало сокращаться. Полностью приступы прекратились к 5-месячному возрасту. С этого момента и до настоящего времени без перерывов получает противосудорожную терапию депакином. Приступов больше не отмечалось; только в 2 года во время ложного крупа с высокой температурой имели место какие-то насильственные облизывания губ в виде пароксизма. К моменту начала инфантильных спазмов девочка держала голову и

улыбалась, после выписки из больницы перестала держать голову и улыбаться. Дальнейшее развитие с задержкой: села 7-8 мес., пошла 14-15 мес. Длительно сохранялась неустойчивая походка. Лепет появился в 15 мес., а первые слова - около 2 лет. Фразы из 3-4 слов возникли уже после 8 лет, более или менее развернутая фраза только в последние 3 года (с 12 лет). Примерно с 3-летнего возраста стали обращать на себя внимание своеобразие ребенка с невыраженностью интереса к общению, отсутствием какого-либо продуктивного контакта со сверстниками и взрослыми, стереотипность игры и деятельности. На прогулках требовала, чтобы ее водили одними и теми же маршрутами. Обнаружилась особая приверженность старым вещам. Речевое развитие было не только задержанным; если говорила что-либо, то сама с собой. Была отстраненной, даже в незнакомом месте не реагировала на уход матери.

В еде не избирательна, но непременно должна съесть все, что лежит на тарелке. При этом (где-то около года) «давится почти до рвоты», плачет, но тарелку забрать не позволяет. До этого на тарелке еду также не оставляла, но без подобных проявлений. Особой аккуратностью не отличается. В детстве при появлении на одежде капли воды или пятна бежала в ванную. Сейчас этого нет, но отношение к воде настороженное. Мытье рук: быстрое ополаскивание и убирание капель.

С 8-летнего возраста начала посещать занятия в Центре психолого-медико-социального сопровождения. При тестировании с использованием шкалы количественной оценки выраженности детского аутизма C.A.R.S. набрала 40 баллов, что входит в градацию «тяжелый аутизм» Через 6 мес. после занятий показатель снизился до 38,5 баллов, что также соответствует градации «тяжелый аутизм» (37-60 баллов по шкале). Было выявлено также интеллектуальное недоразвитие. Первый класс училась индивидуально. Во втором классе посещала школу, но с этого времени стала хуже усваивать, начала говорить вслух, не обращая внимания на окружающих. Была снова переведена на индивидуальное обучение, а затем - в школу 8-го вида, но и с такой программой справлялась с трудом. Охотно посещала детский центр, где работают на общественных началах ее мама и сестра.

Продолжала принимать противоэпилептические препараты. Клинических приступов не отмечалось, однако в ЭЭГ сохранялись изменения по эпилептическому типу. Попытки подавить эпилепсию различными препаратами успеха не имели.

Сейчас учится в 5 классе, но в последние 2 года нет продвижения, хотя стала лучше читать. За это время стала бездеятельной, в основном перелистывает, разглядывает журналы, любит слушать музыку, хорошо поет, но становится взбудораженной, капризной, а иногда и агрессивной от грохочущей музыки, скопления народа, шума, веселья, а также многих мультфильмов. Боится чужих туалетов. Общения практически нет ни с кем, ей никто не нужен, кроме матери. С мамой бывает ласковой, иногда говорит: «Мама, я тебя люблю», «поцелуй меня». Отца активно избегает, но при проявлении строгости со стороны отца подчиняется его требованиям.

Наряду с нарастанием бездеятельности и ухудшением усвоения учебного материала усилилось фантазирование, которое возникло с началом школьного обучения (мать расценивала это, как игру в знакомого мальчика Ваню). В 13-14 лет стала ежедневно, иногда подолгу разговаривать с Ваней, не обращая внимания на окружающих. Интонационно голос девочки в этих разговорах меняется: за Ваню говорит голосом тихим, вкрадчивым, тонким, спокойным, за себя - более грубым, энергичным. При этом всегда «его» ругает, а поругав, говорит: «Все хорошо». Год назад начала разговаривать с Ваней и в школе. В последнее время, если раздражается, разговаривает очень громко. Мешает ученикам. Учительнице не удается отвлечь девочку, «привести в себя». Сидя за партой, поворачивается назад и громко

говорит Ване о том, что происходит в данный момент в классе. Склонна «выпадать из действительности» на достаточно продолжительное время – сидя, лежа. Может подолгу сидеть одетой на унитазе. Поза при этом неподвижная, несколько напряженная, глаза полузакрытые, легкие движения веками и пальцами. Иногда не дает вывести себя из этого состояния, закрывает дверь. То же происходит в комнате на кровати. Если мать зовет ее, либо: «Скоро приду», либо: «Уйди». Дома нередко ложится на диван, шевелит губами, гримасничает, подергивает пальцами правой руки, могла заводить глаза. Чаще выходит из этого состояния легко, почти сразу после того, как позовет мать. Но нередко отказывалась вставать, на лице появлялось недовольное выражение, даже если звали для чего-нибудь приятного. Могла находиться в таком состоянии от нескольких минут до часа-полтора.

Появились перепады настроения с эпизодами беспокойства, когда девочке требовалось немедленно куда-то уйти, требовала чего-то от матери, но когда получала, это оказывалось ненужным; сразу начинала требовать другое. В эти моменты преобладало или тревожно-беспокойное или злобно-раздражительное настроение с агрессией по отношению к матери. Часто такие перепады настроения возникали во время поездок в метро; приходилось выходить и дальше ехать на такси. Назначен респолепт.

Летом на отдыхе в санатории за границей состояние резко ухудшилось. Стала очень тревожной, беспокойной, иногда агрессивной к окружающим и особенно к матери. Дралась, кричала, вцеплялась ногтями в руки матери. Отказывалась выходить из номера. В связи с этим через 5 дней после начала отдыха мать с девочкой были вынуждены улететь домой. С этого времени стала упускать мочу во время эпизодов фантазирования, чаще небольшими порциями, но бывало и помногу.

Ночной ЭЭГ мониторинг не выявил значимых нарушений структуры сна, эпилептическая активность занимала менее 5% от времени регистрации.

На МРТ головы – выявлена киста кармана Ратке.

Педагогическая характеристика девочки в возрасте 8 лет, в 1 классе Центра психолого-медико-социального сопровождения детей и подростков

Девочка находится на обучении около года. На момент поступления: контакт возможен, но затруднен, учебная мотивация отсутствует. Во время занятий девочка часто ложилась на пол, отказывалась от выполнения многих заданий. Пресыщаема, утомляема, плохая концентрация внимания. Девочка никогда не проявляет агрессии, хорошо реагирует на похвалу. Помимо обучения по программе 1 класса (индивидуальная форма обучения, VII вид), с ребенком проводились психологические (когнитивные), логопедические, нейропсихологические и коммуникативные коррекционные занятия и занятия по двигательной коррекции. Отмечалась значительная положительная динамика в эмоциональной сфере и в формировании учебных навыков. На конец учебного года:

Речевая сфера. Чтение послоговое коротких рассказов с пониманием прочитанного. Могла составить предложения по картинке или серии картинок, выделяла первый, последний звук в слове, делила слова на слоги, дифференцировала гласные-согласные звуки. Речевая активность низкая, но в диалог вступала. Звукопроизношение нарушено. Активный словарь бедный.

Письмо печатными буквами слов и предложений с соблюдением правил орфографии. В связи со значительными нарушениями моторики и трудностями письма в целом осваивала графемы письменных букв по обводке. Печатную и письменную графему соотносила.

Математика. Числовой ряд до 20 в прямом направлении, обратный - от 10. Значительные трудности в формировании навыков счета. Арифметические опера-

ции производила на предметном материале в пределах 5. Соотнесение числа и количества трудностей не вызывало. Решение простых задач доступно. Сравнивала предметы по основным параметрам: длина, ширина и т. д.

Сведения об окружающем значительно ниже возрастной нормы.

В целом можно говорить о том, что основные проблемы лежали в вербальной сфере и графической деятельности. Была оставлена на повторное обучение в 1 классе, так как программа была усвоена не полностью.

В следующем учебном году у ребенка наблюдался значительный регресс на фоне основного заболевания, несмотря на то что все коррекционные и учебные занятия проводились в полном объеме.

Происходило постепенное утрачивание знаний и учебных навыков. Перестала общаться с детьми, стала избегать глазного и вербального контактов. Единственный вид занятий, на который девочка ходила с удовольствием, - уроки музыки. На остальных занятиях могла все время, не обращая внимания на усилия специалистов, «пролежать» на парте, закрыв лицо руками или разговаривая вслух с вымышленным собеседником. Иногда девочка «просыпалась», однако время продуктивной деятельности составляло от 2 до 30-40 мин. за учебный день.

По приведенным выше причинам представляется нецелесообразным обучение ребенка по программе школы VII вида.

Психологическая характеристика (при обучении ребенка в 5 классе по программе школы VIII вида)

Во время проведения обследования девочка опрятна, спокойно сидит за столом, задания выполняет, на вопросы отвечает, старается, но интерес в работе проявляет формальный. Темп деятельности средний, работоспособность лабильная. Инструкцию понимает, не дослушивает до конца, усваивает после нескольких повторений, в ходе выполнения задания удерживает ее, но свою работу с образцом не сличает. Ошибки в ходе деятельности девочка не замечает, не стремится исправить. Вся деятельность требует помощи главным образом направляющего, но и стимулирующего характера. Работает и выполняет задания достаточно активно. Под конец занятия утомление нарастает, девочка истощается, становится очень тихой и вялой. В деятельности периодически отмечаются явления импульсивности, инертности.

Профиль латеральной организации: рука - Л, глаз - Л, нога - П. Использует правую руку. Моторика отстает в развитии. Движения неточные, неправильное образование поз в ручном праксисе. Переключение нечеткое, наблюдается поиск поз и перебор пальцев. Отмечается упрощение программы, разнос рук в пространстве. Движения в левой руке выполняются быстрее, аккуратнее. Графические навыки сформированы слабо, качество письма зависит от психофизического состояния ребенка. Нажим при письме достаточный.

Девочке доступно восприятие целого образа по его частям (картинки от 2 до 4 частей). В пробе на зрительный гнозис нарушена симультанность восприятия, девочка не улавливает сразу всех деталей картинки, а обращает на них внимание после указания психолога. Слуховое восприятие ритмических структур нарушено. Объем восприятия сужен.

Объем внимания сужен, однако девочка может сосредоточиться при выполнении заданий, продуктивность внимания средняя, при наступлении утомления девочка начинает отвлекаться и «зависать» в «своих» мыслях.

Память. *Зрительная* - объем сужен, девочка воспроизводит лишь общий образ фигуры без соблюдения дополнительных элементов (круг, треугольник, квадрат). *Слухоречевая* - объем выражен средне, делает единичное привнесение в виде вербальных парафазий по семантическому типу (мед - варенье). Кривая запомина-

ния: 4-5-7-9-9, в ретенции - 6. Запоминание в целом продуктивно.

Уровень интеллекта и познавательных процессов ниже возрастной нормы. Знает и сопоставляет основные цвета, геометрические формы и размер, знает и формально объясняет времена года. Информацию о себе и своей семье сообщает не очень уверенно. Мышление наглядно-действенное, очень конкретное, лабильное. Уровень обобщения снижен. Отмечаются трудности выделения существенного признака, девочка по очереди исключает лишнее на картинке, не в полном объеме понимает смысл задания. Объясняет свой выбор с трудом, иногда в ходе выполнения задания опирается на латентные признаки предметов и явлений (4-й лишний). Классификацию производит с внешней помощью с опорой на конкретные признаки. Выявлены трудности в установлении логических связей (проба на простые невербальные аналогии), девочка опирается на конкретные признаки, инертна в выборе решения, хотя иногда выдает верный ответ. Страдают причинно-следственные связи: неправильно выкладывает последовательность событий, составляет рассказ при помощи наводящих вопросов, т. к. самостоятельно фиксирует лишь единичные фрагменты картинки.

Функции пространственного анализа и синтеза снижены; пространственные отношения «право-лево/верх-низ/сзади-спереди» понимает не в полном объеме, путается, показывает с внешней помощью; в собственном теле ориентируется. В пробе Хеда производит зеркальные ошибки. Пробу Кооса упрощает, выполняет с внешней помощью, используя деление изображения и наложение на картинку.

Эмоционально-личностная сфера: Настроение девочки умеренно лабильно. Агрессивные и аутоагрессивные тенденции отсутствуют. На занятиях пребывает в хорошем, спокойном настроении, иногда улыбается и смеется над «своими» мыслями. В состоянии фрустрирующей ситуации у девочки возникает состояние внутреннего напряжения и тревоги, вследствие чего девочка начинает разговаривать с воображаемым персонажем Ваней. В контакт вступает быстро, но формально, глазной контакт устанавливает, дистанцию соблюдает. Эмоциональные состояния по картинкам дифференцирует с помощью специалиста (веселый, грустный, испуганный, злой, сердитый); сюжетную картинку объясняет с помощью наводящих вопросов. Отмечается снижение критичности в поведении.

Речь: односложная, тихая, нечеткая, аграмматичная. В целом молчалива. Наблюдаются отсроченные эхолалии. Чтение глобальное, проглатывает слоги, наблюдается эффект антиципации (предвосхищает следующие слоги), смысл текста, состоящего из простых предложений, понимает, но пересказать не может.

К концу этого учебного года у девочки отмечается улучшение показателей работоспособности, повышение активности психической деятельности, снижение потребности в постоянной внешней стимуляции, повышение интереса к занятиям и учебной деятельности. Менее выраженной стала лабильность эмоционально-волевой сферы, сгладились резкие перепады настроения, общий эмоциональный фон стал более ровным. Но при этом продуктивность деятельности остается сниженной, т. к. выполнение заданий в целом импульсивно и формально.

Заключение: Выявлено нарушение регуляторного, мотивационного, операционального и динамического компонентов психической деятельности, в результате чего наблюдается снижение всех познавательных процессов (восприятия, внимания, памяти, мышления), нарушение речи, письма, чтения, моторики и пространственных представлений. Эмоциональные нарушения аутистического спектра, лабильность эмоциональной сферы. Общее снижение критичности.

Рекомендуется: развитие регуляции своего поведения, преодоление явлений инертности и импульсивности в деятельности, развитие основных познавательных

процессов: восприятия, внимания, памяти, мышления. Необходимо развитие моторики и пространственных представлений. Важна работа над аффективной сферой, преодоление лабильности настроения и работа с аутистическими чертами. Важна работа по развитию речи как носителя регуляторного компонента всей психической деятельности. Рекомендуется сопровождение девочки психологом.

Заключение психиатра Центра психолого-медико-социального сопровождения детей и подростков А.Ф. Шапошниковой.

Девочка наблюдается психиатром с ноября 2001 г. с диагнозом: атипичный аутизм (F84.), эпилепсия. В настоящее время клиническая картина характеризуется наличием расстройств аутистического спектра - формальностью, недостаточностью контакта с окружающими, эгоцентрическим характером речи и поведения. Также имеют место такие проявления, как импульсивность, амбивалентность, стереотипность в деятельности и наличие специфических нарушений мышления.

По шкале С.А.К. 8 (американская шкала количественной оценки выраженности детского аутизма) девочка набрала в марте 2005 г. 40 баллов, что входит в градацию «выраженный аутист», в сентябре 2005 г. снизила показатель до 38,5 баллов, но данный результат по-прежнему соответствует градации «выраженный аутист» (от 37 до 60 баллов по шкале). Данные результаты позволяют говорить о некоторой положительной динамике, но показывают, что глубина аутистического состояния по-прежнему остается значительной. Ребенок постоянно получает лечение противоэпилептическими препаратами, в отношении проявлений эпилепсии есть некоторая положительная динамика, отраженная на ЭЭГ от сентября 2005 г., но очаг эпиактивности сохраняется. Клинически приступы не отмечаются. В связи с этим можно говорить о лекарственной ремиссии.

В настоящее время девочка остается социально дизадаптированной в связи с выраженностью психопатологической симптоматики аутистического спектра, поведенческими сложностями и расстройством интеллектуальной продуктивности, обусловленной нарушениями мышления. Девочка не может обучаться в условиях класса, получает индивидуальное обучение в школе Центра.

Заключение по ЭЭГ-исследованию 05.11.2013 г. (В.В. Грачев).

В ЭЭГ сохраняются отчетливые изменения по органическому типу, а также дизонтогенетические и регуляторные нарушения, отражающие функциональную незрелость и низкий тонус функциональной активности лобных долей коры головного мозга с выраженной недостаточностью их контролирующих влияний и «растормаживанием» подкорковых структур. Сохраняются также изменения по эпилептическому типу, позволяющие предположить наличие зеркальных очагов патологической активности в медиобазальных отделах. В сравнении с предыдущей ЭЭГ выявляется определенная отрицательная динамика в виде признаков ухудшения функционального состояния коры головного мозга, снижения тонуса функциональной активности лобных долей и значительного усиления неспецифической ирритации подкорковых структур.

Заключение психолога И.В. Шицеваловой.

При обследовании предпочитает работать в присутствии матери. Девочка крупная, выглядит опрятно. Речевому контакту доступна, к зрительному не стремится. Правильная социальная дистанция в отношениях с психологом неустойчивая – нередкое обращение на «ты». Мимика практически отсутствует. Взгляд невыразительный. Фон настроения снижен. По мере привыкания к ситуации оживляется, улыбается, но контакт на протяжении всего обследования носит формальный характер. Отношение к ситуации обследования также формальное, поверхностное. Темп деятельности и работоспособность снижены. От выполнения заданий не отказыва-

ется, но и заинтересованности в правильном их выполнении не проявляет. Охотно выполняет только рисуночные методики. Рисует, не останавливаясь, «вязнет». Рисунки разрастаются, превращаясь в мало различимые каракули.

Предлагаемая помощь если и принимается, не всегда приводит к достижению правильного результата. Инструкцию с первого предъявления, как правило, не принимает, не удерживает ее в ходе выполнения задания. Ошибок не замечает. Функция программирования и контроля не сформирована. Отвлекается, смотрит по сторонам. Физически и психически истощаема, мотивационно пресыщаема.

Речь бедная, аграмматичная, часто неразборчивая, с нарушением смысловых и грамматических связей, с использованием «детских» слов, эмоционально не окрашенная. Повторяет окончания фраз психолога, своих. Словарный запас скудный. Предложения короткие, односложные: вопрос - короткий ответ. Не всегда понимает обращенную к ней речь. Отвечает не на поставленный вопрос.

Скуп о фантазиях, отвечая на вопросы психолога: «Фантазирую. С закрытыми глазами перед сном. Про себя». О Ване: «С Ваней разговариваю. Ваня мальчик 15 лет. Живет у меня дома. Все хорошо. Дома. В комнате». «Сержусь на него. Не слушает меня, непослушный. Разговаривать не хочет. Раньше разговаривал, отвечал. Если будет плакать, накажу». Наличие страхов отрицает.

Запас общих представлений об окружающем крайне низкий. Неспособна самостоятельно устанавливать причинно-следственные связи по серии сюжетных картинок. Справляется только с помощью наводящих вопросов психолога. При выполнении задания «4-й лишний» не может выделить существенный признак – лишнее исключает по очереди: «Лишние часы потому, что тикать; лишние весы, потому что песочек насыпать; лишние очки, потому что надевать... Либо: «Лишняя птичка, потому, что лишняя; лишняя кошка, потому, что лишняя...» и т. д. Но при этом к трем предложенным понятиям «Пиктограммы» («веселый праздник», «болезнь», «строгая учительница») подобрала достаточно адекватные ассоциации. Сравнение понятий не доступно. Анализ проективных рисунков не представляется возможным ввиду несформированности графических навыков.

В процессе обследования изредка «обращается к Ване». Вне кабинета мать дотронулась до ее плеча. Повернувшись в противоположную сторону, девочка сказала раздраженно: «Ваня, не трогай меня».

Таким образом, на основании результатов психологического обследования отмечается значительное снижение познавательной деятельности. Мыслительный процесс характеризуется инертностью, снижением целенаправленности, продуктивности, критичности. Эмоционально-личностная сфера характеризуется эмоциональной бедностью, эмоциональной неустойчивостью, наличием аутистических черт, снижением потребности в общении.

А.А. Северный: Эмоциональная холодность или эмоциональная бедность?

И.В. Шицевалова: Эмоциональная бедность.

Заключение коррекционного педагога кандидата педагогических наук А.М. Щербаковой.

Судя по анамнезу и заключениям психолога в школе, у девочки был «хороший период» в развитии. Мать связывает ухудшение состояния с приходом строгого учителя. Стала «уходить» на занятиях. Психолог порекомендовал занятия с нейропсихологом, результатом чего явилось возбуждение. 1,5 года назад появились агрессивные сцены в вагоне метро, и мать стала бояться ее состояний.

При обследовании: позитивна, тонкая улыбка. В глаза смотрела. Обнимались, враждебности не было. Истощаема.

Особенности: напряжение, дергалась всем телом, как судорога.

Накануне читала с мамой сказку «Старик и яблоко». Пересказывает отдельные эпизоды, но смыслово объединить их между собой не может. Временные связи отсутствуют. Рисует вначале по заданию, но вскоре уходит в закрашивание. Чтение формальное, угадывающее. Прочитанную фразу не осмысляет, не может раскрыть суть прочитанного. Пересказ цельного рассказа не доступен и, по словам матери, не был доступен никогда. «Мой день»: отдельные изображения действий понимает, но цельную временную и смысловую последовательность простроить и осмыслить не может. Не принимает инструкцию. Математические операции: подсчет на объектах и рисунках в пределах одного десятка. Зрительное соотнесение затруднено. Если объектов больше 5, требуется фиксация пальца. Насколько больше, меньше – такие операции девочке недоступны. Воспоминание, где «+», где «-» есть, но применить его при решении смысловых задач не может. Ее «успехи» - формальное запоминание сведений, а осмысления не было никогда. Бытовые навыки освоены слабо. Никаких занятий нет. Телевизор не вызывает интереса. Музыкальна, любит петь, предпочитает тихую музыку. Громкая музыка в школе вызывает раздражение. Основное желание – лежать на диване. Ребенок с очень сниженным интеллектом, возможностями, но уровень требований и ожиданий завышены.

Учебная программа должна быть адаптирована для ребенка с выраженной интеллектуальной недостаточностью (умеренная-тяжелая степень умственной отсталости), школа VIII вида. Акцент должен ставиться на освоение социально-бытовых навыков и навыков продуктивной деятельности (конструирование, лепка, изобразительная деятельность, ремесло). Необходима работа с матерью, направленная на формирование адекватной оценки возможностей и потребностей ребенка.

А.А. Северный: Какому возрасту соответствует интеллект девочки?

А.М. Щербакова: Возраст не соотносится.

Профессор Ю.С. Шевченко: Обнаружены ли нарушения мышления?

И. В. Шицевалова: Тугоподвижность, вязкость, но не обнаружено опоры на латентные признаки.

Психиатр В.В. Чубаровский: Отмечены ли эхолалии?

И. В. Шицевалова: Иногда повторение моих фраз.

Психиатр О.Б. Левковская: Сколько времени продолжаются приступы отключения?

В.В. Грачев: По-разному. Ее можно вырвать из приступа, предложив интересное или накричав?

И. В. Шицевалова: Постепенно выходит из этого состояния.

А.М. Щербакова: Во время исследования постепенно стала дергаться, но не было отключения.

О.Б. Левковская: Рисовала и «застряла» на этом занятии?

И. В. Шицевалова: Рисовала, рисунок разрастался, штриховала, трудно выходила из рисунка. Если рисунок забирали, брала новый лист и начинала следующий рисунок.

В.В. Грачев: Насколько последовательна в работе?

А.М. Щербакова: Не отказывается, но не удерживает инструкций. С готовностью приступает к работе, но не может осмыслить.

Кандидат психологических наук И.В. Зверева: Что Вы можете сказать о памяти?

И.В. Шицевалова: Не представилось возможным исследовать память, так как девочка очень устала и уснула.

А.М. Щербакова: Смогла вспомнить только отдельные фрагменты сказки, которую читали накануне.

Н.В. Зверева: Какая ведущая рука?

И.В. Шицевалова: Правая.

Н.К. Кириллина: Что можно сказать о семейных отношениях?

И. В. Шицевалова: Ни с кем, кроме матери, не общается, с ней ласкова. Отцу подчиняется, если он говорит строго, но сама к нему не подходит и не ласкается, из-за чего он очень обижается и даже обвиняет жену в излишней опеке девочки.

Психиатр О.Ю. Дубовик: Назначали ли сероквель?

В.В. Грачев: На лечении сероквелом не было никакого эффекта. Сейчас получает депакин 1200 мг, ламиктал 100 мг и 3 капли неулептила.

Беседа с матерью ребенка

А.А. Северный: Вы можете вспомнить, как проходили роды?

Мать: Положили в роддом раньше времени, так как был поставлен диагноз: гипоксия плода. Там сказали, что все нормально, гипоксии нет, но все же без видимых причин начали стимуляцию. Роды начались днем, а вечером прокололи плодный пузырь. Через 4 часа после этого родилась девочка.

А.А. Северный: Какому возрасту сейчас соответствует развитие девочки?

Мать: 5-и годам, а может быть даже меньше.

А.А. Северный: В состояниях, когда она «отключается», движения конечностей одинаковы?

Мать: Левая рука выворачивается наружу, правая – внутрь. Правая рука сильнее, активнее.

А.А. Северный: Как прерывается такое состояние. И через какое время?

Мать: Длительность разная. Иногда можно отвлечь.

А.А. Северный: Когда, по Вашему мнению, было хуже всего?

Мать: 1,5 года назад стало заметно хуже: любая мелочь выводит из себя, надо избегать неприятных моментов, чтобы не вызвать возбуждения и агрессии. Например, надо в определенном месте купить пирожок, идти по одной дороге, отвечать на одни и те же вопросы, иначе начинает «заводиться». Так, на повторный вопрос: «Мы завтра в школу пойдем?», надо согласиться: «Пойдем».

А.А. Северный: Дает ли что-то обучение?

Мать: Нет. Остановилась в обучении в последние 2-3 года.

А.А. Северный: Что ей нравится?

Мать: Смотреть взрослые журналы, рисовать, играть в куклы – одеть, покормить.

А.А. Северный: Есть ли общение вне семьи?

Мать: Знает детей по именам, но не высказывает своего отношения к ним.

А.А. Северный: Есть ли побочные явления на препараты?

Мать: С депакином живем всю жизнь. На rispолепте прибавка в весе. Становится спокойнее на новом лекарстве, но через какое-то время снова возобновляются возбуждение, агрессия.

А.А. Северный: Ласковая? Употребляет ласкательные имена?

Мать: Только ко мне ласкается, а ласковые имена употребляет редко.

А.А. Северный: Когда начались месячные?

Мать: С 12 лет. То не было, то очень сильно, из-за чего принимала гормональный препарат. Кровотечения стали меньше, никогда не жалуется, что у нее что-то болит, и нет связи настроения с месячными.

Ю.С. Шевченко: На кого девочка похожа по характеру?

Мать: Не могу описать черты ее характера. Отец спокойный, молчаливый. Девочка вообще не разговаривает, только с выдуманным Ваней.

Ю.С. Шевченко: Подключает ли Вас в своих беседах с Ваней?

Мать: Нет. На вопросы о нем даже не отвечает.

О.Ю. Дубовик: В каких ситуациях она «уходит» к Ване?

Мать: Раньше казалось, что когда она не занята. Теперь это происходит в любое время, причем на разговоры с Ваней переносятся элементы реальности.

В.В. Грачев: ЭЭГ собирались сделать Ване. «Здесь он.»

Г. В. Скобло: Боится метро?

Мать: В метро или в другом месте, где много народа и жарко, внезапно начинает громче задавать одни и те же вопросы. Потом может поплакать, потом успокаивается. Раньше плакала от усталости, в основном после школы. Теперь и утром тоже плачет. Чтобы избежать неприятных ситуаций, стали ездить на машине

А.А. Северный: Утром как себя чувствует?

Мать: Если выспится, спокойнее. Но настроение в течение дня теперь практически не отличается. В Словении – хуже всего.

В.В. Грачев: Если кто-то ласков, обнимет, отстранится, будет взаимодействовать?

Мать: Зависит от настроения.

Е.В. Свистунова: Есть предпочтения в еде?

Мать: Любила поесть всегда. Нет особой разборчивости, но появилось новое: нужно доест все до конца.

А.А. Северный: Долго ли помнит обиды?

Мать: Нет

Н.К. Кириллина: Может ли рассказать о своих чувствах, настроении?

Мать: Не может.

В.В. Грачев: Есть ли обмороки, вздрагивания, подергивания?

Мать: Подергивания, когда уходит в свое особое состояние. Стала замечать: всегда есть напряжение в теле. Подергивания появились, как пошла в школу.

А.А. Северный: Бывают ли состояния, в которых будто бы ненадолго отключается?

Мать: Нет.

А.А. Северный: Спасибо. Теперь можно позвать девочку.

Психический статус ребенка во время консилиума

Заснула, сидя в игровой, в ожидании консилиума. Встала с трудом, вялая. Но в кабинет вошла спокойно, с любопытством оглядела присутствующих и без возражений села возле ведущего. Войдя, сразу же спросила «Где здесь таблетки? Пить надо лекарство». Девочка повышенного питания, хорошо сложена, миловидна, выглядит старше паспортного возраста. На протяжении всей беседы улыбается, смотрит в глаза задающим вопросы, держится с ведущим кокетливо. На вопросы отвечает коротко. Не сразу осмысляет вопросы, так что приходится задавать их в короткой понятной форме. Речь крайне бедная, косноязычная.

При просьбе рассказать про Ваню еще шире улыбается, отворачивается и отвечает, что он «хороший, красивый, говорит хорошие вещи, маленький, 15 лет. Меньше меня». На вопрос, где она такого видала, в кино, в книжке, ответила, что не видала ни в кино, ни в книжке. Сам говорит – «спереди». Сейчас его здесь нет, он дома, играет. На вопрос, может ли она его позвать, ответила отрицательно, но с удовольствием согласилась передать ему привет – «Передала!». На просьбу нарисовать Ваню сразу же начинает энергично рисовать. Отдав листок с рисунком ведущему, тут же взяла другой лист и снова стала рисовать то же самое.

Сказала, что хочет в школу. Там дружит с Олей, она нравится, но не нравится учитель – «он строгий». Играть любит «с буквами». Отрицательно отвечает на вопрос, не бывает ли так, будто что-то послышалось. Жалоб нет, голова не болит.

На все вопросы отвечает очень коротко, односложно. Так, односложно, примитивно ответила на вопросы о сестре: как зовут, где учится, где живет, как зовут ее мужа. С гордостью сказала, что сестра учится очень хорошо, на одни 5.

При просьбе ведущего пожать ему руки легко это сделала.

По мнению матери, сейчас настроение у девочки спокойное, благодушное, возможно, из-за того, что она успела немного поспать.

Обсуждение

А.А. Северный: Поскольку лечащий врач вынужден был уйти по уважительной причине, нам придется самим разобраться этот случай.

В.В. Чубаровский: В этом случае, вероятно, органическое поражение ЦНС в 3-месячном возрасте после прививки с гипертермией. Поражена правая лобно-височная доля, что привело к дизонтогенезу с грубым нарушением развития. В дальнейшем к этому стала присоединяться полиморфная симптоматика: патологическое фантазирование, периоды дисфории и периоды благодушия, а затем появилась шизофреноподобные расстройства в виде патологического фантазирования с галлюцинаторной симптоматикой, кататонические симптомы, нарастающая аутизация. При этом ярко выражены органические симптомы – утомляемость, истощаемость, синдром Вальтер-Бюэля. Таким образом, мы имеем дело с эндогенно-органическими механизмами развития. В лечении надо сочетать антиконвульсанты с нейролептиками (рисполепт, галоперидол).

Ю.С. Шевченко: Имбецильность.

А.М. Щербакова: Граница умеренной и тяжелой умственной отсталости.

Ю.С. Шевченко: Солидарен. Закон генетического полиморфизма показывает, что реакция на стресс может быть разной. Становится ясным, что это болезнь адаптации, связанная с поражением мозговых структур.

Г.В. Скобло: Сложная пациентка, со сложной полиморфной картиной. Приступы, задержка развития, тяжелый аутизм Каннера органического характера с умственной отсталостью. В пубертате – ухудшение с появлением тревожных состояний на эпилептическом фоне. Компенсаторное фантазирование постепенно растет и становится овладевающим. По статусу – впечатление галлюцинаторного расстройства, но доказать, есть ли галлюцинации на самом деле, не представляется возможным в силу интеллектуального снижения девочки.

Н.В. Зверева: На первом плане трудности включения и нарушение памяти. Действительно, невозможно выявить наличие галлюцинаций в ее аутистическом фантазировании. В будущем много сложностей, всегда будет нуждаться в поддержке, а пока надо учить, где учиться. Все-таки есть динамика в социальном плане – интерес к журналам, украшениям.

Г.В. Скобло: Отмечается легкость воображения, сохранно воспроизведение образов.

Е.В. Свистунова: Надо маму ориентировать не на интеллектуальное развитие, а на социальную сферу – магазин и другие социальные учреждения. Школа вряд ли интеллектуально разовьет девочку, но это все же социальная сфера. Оставшись дома, она будет еще больше деградировать.

А.М. Щербакова: На первом месте здесь стоит вопрос социализации, адаптации. Аутистические особенности описаны у детей с умственной отсталостью. Ей нужно жизненное пространство. На чем произошло ухудшение состояния? На учителя, который был сосредоточен на обучении, а не на среде. Нужно искать социальную среду! По-моему, ей показан 21 колледж, мастерские при НИИ психиатрии. Очень важна работа с мамой: сосредоточиться не на том, чтобы выучить буквы, а вводить в пространство жизни и искать применение.

Н.К. Кириллина: Никто не учил чувствам. Надо научить ее выражать чувства.

А.А. Северный: Позволю себе коротко подвести итог. Настоящее состояние: грубо отсталая интеллектуально, благодушная, но имеет достаточно возможностей для контакта в пределах ей доступного. Можно ожидать: либо преобладание эпилептоидных личностных черт, либо шизоидных личностных черт. Эпилептическая пропорция – это эксплозивность и застреваемость. Застреваемости здесь нет, эксплозивность выражена очень слабо. Ни слащавости, ни злобности также не удалось выявить. Она благодушно-равнодушна! Отсталая на уровне имбецильности. Что же касается аутистического радикала, то он связан не с уходом во внутренний мир, а с невозможностью адекватно взаимодействовать с внешним миром.

Стереотипии – желание придерживаться жестких границ существования. Аутист не может жить вне идентичной ситуации. Здесь какие-то черты напоминают аутистические, но это не то, и эхолалии – больше персеверации. Не можем придти ни к одному из этих уровней: ни к шизоформному, ни к эпилептическому. Шизофренических черт дефекта нет, эпилептических нет. Нет здесь возможности говорить о шизоэпилепсии. По Груле, это психоз у эпилептика. А.С. Ремизова говорила: «Запомните, нет ничего в психиатрии, чего нет при эпилепсии». Я согласен, это органическое поражение ЦНС с эпилептиформной полиморфной симптоматикой.

В 3-месячном возрасте – грубое органическое поражение с галопирующим эпилептиформным началом. Эмоциональные взрывы – это дисфорические (или дистимические?) разряды – либо спонтанные, либо ситуативные. Самый интересный феномен – фантазирование (очень интересна в этом плане статья И.В. Макарова о фантазировании (в журнале «Вопросы психического здоровья детей и подростков», 2013, № 2), где он в том числе описывает «вымышленного друга»). Не можем не согласиться, что здесь фантазирование имеет компенсаторный характер. У каждого из нас есть собственные подобные наблюдения.

Галлюцинирует ли девочка или это воображение? Возможно, это галлюцинации воображения. От этого во многом зависит тактика лечения. В ее фантазировании включается эпилептиформный компонент – пароксизмальность. Как-то подключаются эпиочаги, создавая пароксизм, сумеречность, измененное состояние сознания. Эпилептические, шизофреноподобные, органические, кататонические симптомы выступают здесь все вместе. Ленинградская школа С.С. Мнухина права: органика дает разнообразную клинику, похожую на все. На всю глубину идет поражение – вглубь, висок, лоб, стволые поражения.

К сожалению, все это приводит к пессимистическому терапевтическому итогу. Противозепилептическое лечение оказывается недостаточным. Необходимо довести собственно противозепилептическую терапию до эффективности. Доза депакина недостаточна при ее весе. Ламиктал (здесь я согласен с В.В. Грачевым) должен снять и судорожные, и дисфорические разряды, и нарушения сознания с обнубиляцией. Посмотреть на действие ламиктала и тогда продолжить назначения. Нецелесообразно назначать следующие препараты до достижения максимально эффективной противосудорожной терапии. Не уверен, что неулептил поможет, в данном случае не исключены тяжелые нейрелептические расстройства.

Самое важное – коррекция. Учить бессмысленно. Ничего, кроме дисфорических реакций, ухода, фантазий, это не дает. Надо обучать бытовым навыкам, тому, что ей будет интересно. Учить надо в игре, может быть, с куклами. Учить готовить и другим конкретным действиям – тому, что поможет найти ей круг общения и интереса, тому, что понадобится в жизни, что будет полезно в плане адаптации, социализации. Согласен, что самое важное – учить развитию самосознания, осознанию своих чувств.

**ОТЧЕТ О XII ЕЖЕГОДНОЙ НАУЧНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
«МНУХИНСКИЕ ЧТЕНИЯ»**

27-28 марта 2014 г. в Санкт-Петербурге прошли «XII Мнухинские чтения» – международная научная конференция «АУТИЗМ: медико-психолого-педагогическая, социально-экономическая и правовая проблема», посвященная памяти профессора С.С. Мнухина и открытию нового стационарно-амбулаторного комплекса Центра восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина по адресу: ул. Чапыгина, д. 13

Организаторы конференции: Санкт-Петербургское Государственное Казенное Учреждение Здравоохранения «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина» и Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет.

В работе конференции приняли участие более 160 ученых и практиков из многих регионов России (Санкт-Петербург, Москва, Казань, Краснодар, Нальчик, Тольятти, Республика Саха) и стран ближнего и дальнего зарубежья (Беларусь, Украина, Молдова, Чехия).

Пленарное заседание было представлено 13 докладами (3 выступления и 10 презентаций) докторов медицинских наук, докторов биологических наук, кандидатов медицинских наук.

На конференции были всесторонне рассмотрены вопросы диагностики аутизма (доклады: Д.Н. Исаев, д.м.н., профессор кафедры клинико-психологических дисциплин Института специальной педагогики и психологии, заслуженный деятель науки РФ: «Роль С.С. Мнухина в отграничении детского аутизма от детской шизофрении»; Н.М. Иовчук, д.м.н., профессор Московского городского психолого-педагогического университета: «Проблемы диагностики аутизма в отечественной детской психиатрии», А.А. Северный, к.м.н., Президент Ассоциации детских психиатров и психологов, ведущий научный сотрудник Научного центра психического здоровья Российской академии медицинских наук; Б.В. Воронков, к.м.н., доцент кафедры психоневрологии ФПК СПб ГПМУ: «О причинах гипердиагностики детского аутизма»; А.В. Горюнова, д.м.н., профессор кафедры детской психиатрии и психотерапии РМАПО, Ю.С. Шевченко, д.м.н., профессор, зав. кафедрой детской психиатрии и психотерапии РМАПО: «Спорные вопросы в проблеме аутизма у детей»; С.В. Гречаный, к.м.н., заведующий кафедрой психиатрии и наркологии СПб ГПМУ: «Проблема дифференциальной диагностики детского аутизма в раннем возрасте»; О.З. Хайретдинов, психиатр организационно-методического отделения с консультативным приемом СПб ГКУЗ «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина»: «Клинико-этологическая дифференциация детского аутизма, его этиологии; А.Б. Пальчик, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психоневрологии ФПК СПб ГПМУ: «Материальные основы аутизма, лечения и роли других специалистов, занимающимися детьми и взрослыми, страдающими этой патологией; В.Э. Пашковский, д.м.н., профессор кафедры психиатрии и наркологии Северо-Западного государственного медицинского университета имени И.И. Мечникова: «Ранний детский аутизм: дорожная карта»; Е.Н. Давтян, к.м.н., доцент кафедры клинической психологии и психологической помощи РГПУ им. А. И. Герцена, заведующая дневным стационаром № 3 ГПНДС-7: «Об эпистемологических аспектах кризиса совре-

менной психиатрии»; Н.Ю. Кожушко, д.б.н., научный руководитель научно-практического центра психофизиологии аномального развития ИМЧ РАН: «13 лет в проблеме аутизма: успехи и трудности»; И.В. Григорьева, ведущий научный сотрудник отдела психических и поведенческих расстройств Государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», г. Минск, Республика Беларусь: «Психокоррекционный эффект применения психообразовательной программы у родителей детей с аутизмом»; Г.В. Шарова, СПб БОО «Детский Кризисный Центр» Проект «Пространство Радости»: «Открытая среда как путь к интеграции».

Дана оценка методам работы различных непрофессиональных объединений, посвятивших свою деятельность решению социально-правовых вопросов людей с аутизмом, а также средствам массовой информации, освещающих данную проблему (телевидение, журналы, газеты, Интернет, художественные и публицистические фильмы).

Проведенная конференция явилась чрезвычайно важной с точки зрения обсуждения организационных и правовых вопросов в сфере защиты интересов детей с аутизмом при оказании им психиатрической помощи.

Материалы конференции имеют важное научно-практическое значение как для диагностики и лечения такого сложного расстройства, как аутизм, так и для организации педагогической социальной и правовой работы с людьми, имеющими психическую патологию этого круга. Многочисленное представительство молодых ученых и студентов на конференции имеет немаловажное значение для развития науки (особенно психиатрии, клинической психологии и неврологии).

В части, касающейся открытия нового стационарно-амбулаторного комплекса Центра восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина главным врачом Центра Д.Ю. Шигашовым была представлена историческая справка строительства и функционирования Николаевской Императорской детской больницы, ставшей после Октябрьской Революции Детской инфекционной больницей имени Н.Н. Филатова, а в конце XX века переданной Центру восстановительного лечения «Детская психиатрия». Были освещены этапы пятилетней реконструкции зданий, охраняемых государством, и этапы нового строительства современного стационарного корпуса на 160 коек для детей в возрасте от 3 до 15 лет.

Участникам конференции была предоставлена возможность ознакомиться с работой амбулаторных (кризисная служба с Детским телефоном доверия, отделение по лечению невротических и речевых патологий, организационно-методическое отделение с консультативным приемом) и стационарных (острые психиатрические отделения для мальчиков от 3 до 10 лет и от 11 до 15 лет, для девочек от 3 до 15 лет, реабилитационное отделение для мальчиков от 7 до 15 лет, речевое отделение для детей от 3 до 7 лет) отделений нового комплекса.

По результатам работы конференции выпущен сборник статей международной конференции «Аутизм: медико-психолого-педагогическая, социально-экономическая и правовая проблема» / Под общ. ред. Ю.А. Фесенко, Д.Ю. Шигашова. – СПб: Изд-во Виктория плюс, 2014. – 250 с. (ISBN 978-5-91673-111-8; ББК 52.8; М 96).

Авторами присланных в сборник работ, и участниками конференции стали сотрудники не только ведущих медицинских, психологических, педагогических, социальных высших учебных и научно-исследовательских заведений (ГБОУ ВПО СПб «Государственный педиатрический медицинский университет»; Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова, СПб; НИПНИ им. В.М. Бехтерева, СПб; ФБГОУ ВПО «Санкт-Петербургский Государственный Университет»; РГПУ им. А.И. Герцена, СПб; АОУ ВПО «ЛГУ

имени А.С. Пушкина»; Институт мозга человека имени Н.П.Бехтеревой РАН, СПб; НИИ Экспериментальной Медицины РАМН, СПб; Институт специальной педагогики и психологии им. Р. Валленберга, СПб; НЦ психического здоровья РАМН, Москва; МГУ им. М.В.Ломоносова, Москва; Российский государственный социальный университет, Москва; МГППУ, Москва; НОЦ «Нейробиологическая диагностика наследственных психических заболеваний детей и подростков», Москва; ФГБУ «НЦПЗ» РАМН, Москва; Медико-генетический научный центр РАМН, Москва; Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков, Москва; Научно-практический центр детской психоневрологии, Москва; Российская медицинская академия последиplomного образования, Москва; АНО «Институт интегративной семейной терапии», Москва; Институт психолого-педагогических проблем детства РАО, Москва; Московский городской психолого-педагогический университет; ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет», Казань; Институт психологии и образования Казанского (Приволжского) федерального университета, г. Казань; Современная гуманитарная академия, г. Нальчик; Институт повышения квалификации и переподготовки работников образования Кабардино-Балкарского Государственного Университета, г. Нальчик; ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», Республика Беларусь, г. Минск; Одесский национальный университет имени И.И.Мечникова, Украина; Институт специальной педагогики АПН Украины, Харьков; Киевский национальный университет имени Тараса Шевченко, Украина; Славянский университет Молдовы, г. Кишинев), но и сотрудники практических медицинских, педагогических, психолого-консультативных и общественных учреждений (СПб ГКУЗ «ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина»; СПб ГКУЗ «ГПБ №3 им. И.И. Скворцова-Степанова»; Санкт-Петербургская ассоциация общественных объединений родителей детей-инвалидов «ГАООРДИ»; СПб БОО «Детский Кризисный Центр» Проект «Пространство Радости»; ГПНДС № 7, СПб; ГБДОУ №79 Фрунзенского района г. Санкт-Петербурга «Семицветик»; «Специализированный дом ребенка № 21 для детей с органическим поражением центральной нервной системы и нарушением психики», г. Москва; Психоневрологический диспансер № 23 г. Москвы; ГБОУ г. Москвы Центр лечебной педагогики и дифференцированного обучения «Наш дом»; ГБУЗ «Специализированная клиническая психиатрическая больница №1» Министерства здравоохранения Краснодарского края, г. Краснодар; Педиатрический центр Республиканской больницы №1 Национального центра медицины Республики Саха; ГУ Республиканский Детский Дом – интернат для умственно отсталых детей, г. Нерюнгри, Республика Саха (Якутия); ГБУЗ СО «Тольяттинский психоневрологический диспансер», ГБУЗ СО «Тольяттинская городская детская больница № 1», г. Тольятти; Частная психологическая клиника, Чешская республика, Прага).

Вышедший ко дню проведения конференции сборник научных работ представлен тезисами и статьями 99 авторов, 250 страницами текста (15,6 п.л.) Все статьи и тезисы сборника посвящены аутизму.

Оргкомитет конференции: к.м.н. Шигапов Д.Ю., д.м.н. Фесенко Ю.А., Рубина Л.П., к.м.н. Воронков Б.В., к.м.н. Гречаный С.В., Краснов Б.Ю.

Место проведения конференции: 27.03.14 г. – отель «Введенский» (Большой пр. П.С., д. 37, корп.1., конференц-зал);

28.03.14 г. – новый стационарно-амбулаторный комплекс «ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина», ул. Чапыгина, д.13.

Д.Ю. Шигапов, Ю.А. Фесенко

НЕКРОЛОГ

ИРИНА АЛЕКСАНДРОВНА КОЗЛОВА

16 апреля 2014 г., на 79-м году жизни, после тяжелой продолжительной болезни ушла из жизни известный отечественный детский психиатр, доктор медицинских наук, профессор Ирина Александровна Козлова.

Ирина Александровна Козлова родилась в Москве 8 июля 1935 г. в семье военного врача. Еще с детских лет она решила посвятить себя профессии врача. После успешного окончания в 1959 г. I Московского медицинского института им. И.М. Сеченова И.А.Козлова в течение 3 лет работала психиатром в Областной психоневрологической больнице № 3 в г. Егорьевск.

С 1962 г. вся профессиональная деятельность Ирины Александровны была неразрывно связана с Институтом психиатрии АМН СССР (впоследствии - Научным центром психического здоровья РАМН). Окончив в 1964 г. клиническую ординатуру в Институте психиатрии АМН СССР, И.А. Козлова продолжила обучение в аспирантуре, которое завершилось защитой кандидатской диссертации на тему «Клинические особенности детской шизофрении». С 1967 И.А. Козлова - младший научный сотрудник, а с 1979 г. - старший научный сотрудник клинического отделения детских эндогенных психозов, руководителем которого был д.м.н. М.Ш. Вроно. В 1988 г. Ирина Александровна защитила докторскую диссертацию на тему «Клиническая генетика детской шизофрении (начало заболевания до 5 лет)». Объект исследований – больные шизофренией, шизотипическими и аффективными расстройствами в возрасте от 5 до 16 лет. Проведенный комплексный генетический анализ детской шизофрении позволил обосновать адекватность мультифакторной модели наследования этого заболевания. С первых лет работы в области психиатрии научно-практическая работа И.А.Козловой тесно переплеталась с преподавательской деятельностью, она вела большую консультативную работу, занятия с ординаторами и аспирантами.

В марте 1989 г. И.А. Козлова была утверждена в должности руководителя клинического отделения детских эндогенных психозов НИИ клинической психиатрии Научного центра психического здоровья РАМН, ставшим в 1998 г. отделом по изучению проблем детской психиатрии с группой исследования детского аутизма, который она возглавляла до 2010 г. Под ее руководством было выполнено 10 кандидатских диссертаций по детской психиатрии. В 2003 г. Ирине Александровне Козловой было присвоено звание профессора.

И.А. Козлова в течение ряда лет была членом президиума Российского общества психиатров, участвовала в работе по адаптации МКБ-10 для использования в России, И.А. Козлова была также членом многих научных советов и комиссий. Под руководством И.А. Козловой были выполнены различные исследовательские комплексные программы, в которых получены данные клинико-биологических исследований, позволяющие подтвердить патогенетические теории возникновения эндогенных заболеваний в детском возрасте. Она участвовала в проекте ВОЗ по программе «Последствия влияния радиации на темпы психического развития детей, подвергшихся ионизирующему излучению внутриутробно» (1992-1995).

Ирина Александровна была среди тех, кто разрабатывал мультидисциплинарный подход к изучению и курированию психической патологии детей и подростков. Научное наследие И.А. Козловой составляет свыше 100 работ, среди них – статьи в центральных научных журналах, главы в монографиях и руководствах по психиатрии. Научная деятельность И.А. Козловой была посвящена в первую оче-

редь изучению психопатологии детского возраста, и особенно детской шизофрении во всем ее многообразии. Впервые в работах И.А. Козловой были освещены степень и характер семейного отягощения при детской шизофрении.

Ирина Александровна - член Нью-Йоркской академии наук, Ассоциации «Врачи Чернобыля». За многолетний труд была награждена медалью «За трудовую доблесть», значком «Отличник здравоохранения».

И.А. Козлова на всех постах оставалась замечательным высокопрофессиональным, внимательным детским психиатром. Все, кто знал И.А. Козлову, помнят ее как замечательного, обаятельного и неизменно доброжелательного человека, чуткого врача, самоотверженного подвижника науки и неутомимого труженика. Глубоко порядочный и скромный человек, она в любых обстоятельствах неизменно сохраняла достоинство и такт в общении с окружающими. Последние годы жизни Ирина Александровна тяжело болела, однако оставалась в курсе основных событий в отечественной и мировой детской психиатрии. И.А. Козлова пользовалась огромным авторитетом, глубоким уважением и искренней любовью всех, кому приходилось с нею общаться, как среди коллег, так и среди маленьких пациентов и их родителей.

Светлая память об Ирине Александровне Козловой надолго сохранится в сердцах ее учеников, коллег и всех знавших ее людей.

**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, доступном для редактирования.**
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, город.
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, город, резюме (1 абзац до 10 строк) и ключевые слова.
8. Все упоминаемые в статье авторы должны отражаться в пристатейном списке литературы в алфавитном порядке.
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, не рассматриваются.
11. Плата за публикацию статей 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 24.04.2014 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