

АССОЦИАЦИЯ ДЕТСКИХ ПСИХИАТРОВ И ПСИХОЛОГОВ

**ВОПРОСЫ
ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ
ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

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

2015 (15), № 2

Москва. 2015

УДК 616Ю89
ББК 88.37
Ж 15

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

Главный редактор Н.М. Иовчук

Редакционная коллегия:

Т.А. Баилова, И.В. Добряков, В.В. Зарецкий, Н.В. Зверева,
С.А. Игумнов, Н.К. Кириллина, И.В. Макаров, В.Д. Менделевич,
Л.Е. Никитина, И.М. Никольская, А.А. Северный (зам. Главного редактора),
Е.О. Смирнова, В.С. Собкин, Ю.С. Шевченко, А.М. Щербакова,
Э.Г. Эйдемиллер (зам. Главного редактора)

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

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

© Ассоциация детских психиатров и психологов. 2015

Перепечатка запрещена. При цитировании ссылка обязательна.

Выпуск журнала осуществляется при финансовой поддержке
Института Гармоничного Развития и Адаптации («ИГРА»)
и организационно-технической поддержке
Федерального центра повышения квалификации и профессиональной
переподготовки специалистов в области профилактики аддиктивного
поведения у детей и молодежи

СОДЕРЖАНИЕ

ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ, СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА И СМЕЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ

МАТЕРИАЛЫ V МЕЖДУНАРОДНОГО КОНГРЕССА «МОЛОДОЕ ПОКОЛЕНИЕ XXI ВЕКА: АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ»

Белопольская Н.Л. ДИАГНОСТИКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ ДЕТСКОЙ И ПОДРОСТКОВОЙ ЛИЧНОСТИ ЧЕРЕЗ АНАЛИЗ ЕДИНИЦ САМОСОЗНАНИЯ	9
Добряков И.В. РОЛЬ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ В РЕШЕНИИ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ	10
Козловская Г.В., Иванов М.В., Калинина М.А., Кремнева Л.Ф., Крылатова Т.А., Проселкова М.Е., Голубева Н.И., Полякова Е.О. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	12
Корнетов Н.А. ПРОБЛЕМЫ СИРОТСТВА В РОССИИ	14
Малыгин В.Л., Меркурьева Ю.А., Хомерики Н.С., Антоненко А.А., Смирнова Е.А. ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОЕ ПОВЕДЕНИЕ: БИОЛОГИЧЕСКИЕ, ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ У ПОДРОСТКОВ	16
Менделевич В.Д. СПЕЦИФИКА ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ В ИНТЕРНЕТ-ПРОСТРАНСТВЕ	19
Пережогин Л.О. СИСТЕМАТИКА И КОРРЕКЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ С БЕЗНАДЗОРНОСТЬЮ И КРИМИНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТЬЮ	21
Симашкова Н.В., Коваль-Зайцев А.А., Ключник Т.П., Якупова Л.П. МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО- ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА У ДЕТЕЙ (КЛИНИЧЕСКИЕ, ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ, БИОЛОГИЧЕСКИЕ, АБИЛИТАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ)	23
Чубаровский В.В., Катенко С.В. ПРОБЛЕМА МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРВИЧНОЙ И ВТОРИЧНОЙ ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ У УЧАЩИХСЯ ДЕТСКОГО И ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ	25
Эйдемиллер Э.Г. ИНТЕГРАЦИОННЫЕ ПРОЦЕССЫ В СОВРЕМЕННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	26
Антоненко А. А. ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПОДРОСТКОВ С РАЗНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ В СЕТИ ИНТЕРНЕТ	31

Ветюгов В.В. АДДИКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ СОЦИАЛЬНО НЕПРИЕМЛЕМЫХ РЕКРЕАЦИОННЫХ РИСКОВ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)	32
Войскунский А.Е. НАДЕЖНОСТЬ МЕТОДОВ ИЗМЕРЕНИЯ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИНТЕРНЕТА: ПИЛОТАЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ	34
Донцова С.Н. САМОАНАЛИЗ РАЗВИТИЯ ЮНОШЕЙ, ЗАВИСИМЫХ ОТ СЕТЕВЫХ КОМПЬЮТЕРНЫХ ИГР	36
Егоров А.Ю., Цабо А. НОВАЯ КОНЦЕПТУАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ АДДИКЦИИ УПРАЖНЕНИЙ	37
Леус Э.В. ПРОБЛЕМА ГЕМБЛИНГ-ЗАВИСИМОСТИ В СОВРЕМЕННОЙ ПСИХОЛОГИИ	38
Малыгин В.Л., Щербачёв В.В. ХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ УЧАСТНИКОВ СУБКУЛЬТУРЫ РОЛЕВЫХ ИГР	39
Меркурьева Ю.А., Искандирова А.С. НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ОСОБЕННОСТИ ТЕЛЕСНОСТИ У ПОДРОСТКОВ С ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМЫМ ПОВЕДЕНИЕМ	42
Никифорова Н.А, Терентьева С.В. ВЛИЯНИЕ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ НА ЗДОРОВЬЕ ШКОЛЬНИКА	43
Пережогин Л.О., <u>Вострокнутов Н.В.</u> ЗАВИСИМОСТЬ ОТ ИНТЕРНЕТА И ПК У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ. ПРЕДПОСЫЛКИ. ФОРМЫ. КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ. ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ	45
Пшеничная О.А. КОМПЬЮТЕРНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ У ШКОЛЬНИКОВ	47
Семенова С.В. ИНТЕРНЕТ В ЖИЗНИ ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ	48
Сирота Н.А., Власов Н.А. ОСОБЕННОСТИ КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ И КОПИНГ-РЕСУРСОВ У ПОДРОСТКОВ С РИСКОМ РАЗВИТИЯ КОМПЬЮТЕРНОЙ ЗАВИСИМОСТИ	50
Сирота Н.А., Ялтонский В.М., Московченко Д.В. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИГРОКОВ В МНОГОПОЛЬЗОВАТЕЛЬСКИЕ ОНЛАЙН-РОЛЕВЫЕ ИГРЫ	52
Смирнова Е.А., Малыгин В.Л. ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙНОГО ВОСПИТАНИЯ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМЫХ ПОДРОСТКОВ	53
Солдаткин В.А. КРИМИНОГЕННОСТЬ, ВИКТИМНОСТЬ И СУИЦИДОГЕННОСТЬ ИГРОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ	54
Урсу А.В., Курченков Ю.А. НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОТНОШЕНИЙ В СЕМЬЕ В СЛУЧАЕ НАЛИЧИЯ У РЕБЕНКА КОМПЬЮТЕРНОЙ ИГРОВОЙ АДДИКЦИИ	56

Утеулина О.Т., Антоненко А.А. АГРЕССИВНОСТЬ И ВРАЖДЕБНОСТЬ ПОДРОСТКОВ С ПРИЗНАКАМИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ МНОГОПОЛЬЗОВАТЕЛЬСКИХ ОНЛАЙН ИГР	57
Чернавская Е.А., Аршинова В.В. ВЛИЯНИЕ ИНТЕРНЕТА НА СОЦИАЛЬНЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ ПОДРОСТКА ЧЕРЕЗ ВОСПИТАНИЕ В СЕМЬЕ	58
Шиляева И.Ф. ИНТЕРНЕТ–ОБЩЕНИЕ - ЛИЧНОСТЬ: ПРОБЛЕМЫ И ПРОТИВОРЕЧИЯ	60
А.Р. Вазиева О НЕКОТОРЫХ АСПЕКТАХ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ СОТРУДНИКОВ ДЕТСКОГО ДОМА	61
Гаврилович А.А. К ПРОБЛЕМЕ «ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ» У ЖЕНЩИН-ПЕДАГОГОВ	63
Игумнов С.А. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ РАССТРОЙСТВ ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ, ПОДВЕРГШИХСЯ АНТЕНАТАЛЬНОМУ РАДИАЦИОННОМУ ВОЗДЕЙСТВИЮ ВСЛЕДСТВИЕ ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ КАТАСТРОФЫ	64
Лихошерстова Н.А., Лукьянченко Н.В. ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ РЕСУРС ОПТИМИЗАЦИИ РАБОТЫ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОМИССИИ	66
Макашёва В.А. МОНИТОРИНГ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В РЕГИОНЕ	68
Малинина Е.В., Пилявская О.И. ПОСЛЕДИПЛОМНАЯ ПОДГОТОВКА ПО ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ	70
Мелик-Пашаян А.Э. КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В АРМЕНИИ	72
Морозова Е.И., Венгер А.Л. ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ СРЕДЫ ДЛЯ КРИЗИСНЫХ СЕМЕЙ	74
Прохоров В.Н. ЭКСТРЕННАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ	76
Путинцева Н.В., Канцелярчик Л.А., Гайнеев А.Р. РАЙОННАЯ СЛУЖБА ПРИМИРЕНИЯ КАК ЭФФЕКТИВНАЯ МОДЕЛЬ СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ РЕБЕНКУ И СЕМЬЕ	77
Рязанова Т.В. ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ С РЕБЕНКОМ И СЕМЬЕЙ НА ТЕРРИТОРИИ МИКРОРАЙОНА (ИЗ ОПЫТА РАБОТЫ УЧРЕЖДЕНИЯ МКУ «ЦЕНТР «КАЛЕЙДОСКОП»)	78
Серебренникова С.Ю. КАЧЕСТВЕННО-КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ АНАЛИЗ ДАННЫХ КОМПЛЕКСНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, ПРОЖИВАЮЩИХ В ИРКУТСКОМ РЕГИОНЕ	80

Серебровская О.В., Портнова А.А., Шинко, Л.С. Голуб С.В. КРИЗИСНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ СТРЕССОВЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ	82
Серебровская О.В., Усачёва Е.Л. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ РАЗВИТИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ДЕТСКОГО ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА	83
Серебровская И.Н. ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ С РОДИТЕЛЯМИ В КАБИНЕТЕ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ	85
Сиволап Ю.П. СТРЕССЫ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ	87
Топчий Л.В. ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ СИНДРОМА «ПСИХИЧЕСКОГО ВЫГОРАНИЯ» СПЕЦИАЛИСТОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ СОЦИАЛЬНО- ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКОЙ СЕМЬИ И ДЕТЕЙ	88
Трушталевская Л.Е. ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ ПЕДАГОГОВ, РАБОТАЮЩИХ В ШКОЛАХ ИНТЕГРИРОВАННОГО ОБУЧЕНИЯ И В ДОПОЛНИТЕЛЬНОМ ОБРАЗОВАНИИ	89
Феофанов В.Н. ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ И ПРЕОДОЛЕНИЕ СИНДРОМА ВЫГОРАНИЯ У ПЕДАГОГОВ, РАБОТАЮЩИХ С ДЕТЬМИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ	91
Хорошева О.И. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕФОРМАЦИЯ ЛИЧНОСТИ УЧИТЕЛЯ СРЕДНЕЙ ШКОЛЫ КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ КОНФЛИКТНОСТИ У ПОДРОСТКОВ	93
Цыганков Б.Д., Малыгин Я.В., Исмаилова С.Ф., Зыкова А.С. ФАКТОРЫ ОБРАЩАЕМОСТИ ЗА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ ПОДРОСТКОВ НА ПРИМЕРЕ СТУДЕНТОВ КОЛЛЕДЖЕЙ США [ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ]	94
Шигашов Д.Ю., Фесенко Ю.А., Худик В.А. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ НАСИЛИЯ НАД ДЕТЬМИ В СЕМЬЕ И ШКОЛЕ	97
Баз Л.Л. ОПОЗНАНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ ДЕТЬМИ С ПОГРАНИЧНОЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	98
Баздырев Е.И. ДИЗОНТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАИКАНИЯ И КОМОРБИДНЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	99
Баканова А.А. РЕТРОСПЕКТИВНАЯ РЕФЛЕКСИЯ ДЕТСКОГО ОПЫТА СТОЛКНОВЕНИЯ СО СМЕРТЬЮ (НА ПРИМЕРЕ ВОСПОМИНАНИЙ ВЗРОСЛЫХ ЛЮДЕЙ 31-40 ЛЕТ)	101
Бартош Т.П. ВЫРАЖЕННОСТЬ АКЦЕНТУАЦИЙ ХАРАКТЕРА У СЕМИКЛАССНИКОВ МАГАДАНА	103
Бибенин А.А., Ретюнский К.Ю.	

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ С НЕОРГАНИЧЕСКИМ ЭНКОПРЕЗОМ Бибенин А.А., Ретюнский К.Ю.	104
РОЛЬ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ В ПАТОГЕНЕЗЕ НЕОРГАНИЧЕСКОГО ЭНКОПРЕЗА У ДЕТЕЙ Бибенин А.А., Ретюнский К.Ю.	106
НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ С НЕОРГАНИЧЕСКИМ ЭНКОПРЕЗОМ Вейц А.Э.	107
ФАКТОРНЫЙ АНАЛИЗ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ ДЕТЕЙ С НЕВРОЗОПОДОБНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ И НЕВРОЗАМИ Гаврилова Т.П.	109
ФЕНОМЕН ПАССИВНОЙ АГРЕССИВНОСТИ, ИЛИ М-СИНДРОМ Данилова Л. Ю.	111
РАССТРОЙСТВА ВЛЕЧЕНИЙ ПРИ АФФЕКТИВНОЙ ПАТОЛОГИИ Дейч Р.В.	113
НАРУШЕНИЯ ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ПАТОЛОГИЧЕСКИМИ УВЛЕЧЕНИЯМИ Дьяченко А.С.	115
К ВОПРОСУ О КВАЛИФИКАЦИИ СОДЕРЖАНИЯ ФАНТАСТИЧЕСКИХ И УСТРАШАЮЩИХ ОБРАЗОВ, ВЫЯВЛЯЕМЫХ У ДЕТЕЙ ВО ВРЕМЯ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ Калачева И.О., Карнаухова Е.Н.	116
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НАРУШЕНИЙ ПОВЕДЕНИЯ И АГРЕССИВНОСТИ У ДЕТЕЙ Коваль-Зайцев А.А., Ваганова А.Л.	117
К ОСОБЕННОСТЯМ ПОЛОВОЗРАСТНОЙ ИДЕНТИФИКАЦИИ ПОДРОСТКОВ С ЭНДОГЕННЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ Корень Е.В., Дробинская А.О., Коваленко Ю.Б., Косолапова Д.С., Марченко А.М., Трайнина Е.А.	119
СИНДРОМ МЮНХГАУЗЕНА ВУ <i>PROXU</i> В ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ Новикова Г.Р., Шалимов В.Ф., Иванов Л.Б.	121
КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ И КЛАССИФИКАЦИЯ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ДИЗОНТОГЕНЕТИЧЕСКОГО СПЕКТРА Румянцева Е.Е.	123
МОДЕЛЬ ПСИХИЧЕСКОГО И КОГНИТИВНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА Сухотина Н.К., Крыжановская И.Л., Коновалова В.В., Куприянова Т.А.	124
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДЕТСКОГО ДЕПРЕССИВНОГО ОПРОСНИКА У ДЕТЕЙ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ Ткаченко О.И., Колотилин Г.Ф.	127
ХАРАКТЕРИСТИКА ФОРМ НАРУШЕНИЯ ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, В ХАБАРОВСКОМ КРАЕ	128
	130

Туровская Н.Г. ВЛИЯНИЕ СУДОРОЖНЫХ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ НА ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ	131
Усачева Е.Л., Кузьмич Г.В. ЗНАЧЕНИЕ НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ	134
Хрущ И.А. ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ И ЕЁ МУЗЫКАЛЬНЫЕ ПРЕДПОЧТЕНИЯ	136
Шевченко Ю.С., Баздырев Е.И. ЭПИТИПИЧЕСКИЙ (ИНЕРТНО-ПАРОКСИЗМАЛЬНЫЙ) ДИАТЕЗ – ГИПОТЕЗА И КЛИНИЧЕСКАЯ РЕАЛЬНОСТЬ	138
Шпрехер Б.Л., Усачева Е.Л., Кузьмич Г.В. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ АТИПИЧНЫХ ФОРМ СИНДРОМА РЕТТА	139
Агеева И.А., Лысенкова И.А., Коржова О.А., Нелюбова А.В., Осипович Т.А. ПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА В СТРУКТУРЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ШКОЛЕ	140
Буторин Г.Г. ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ШКОЛЬНИКОВ С ДЕПРИВАЦИОННЫМ ДИЗОНТОГЕНЕЗОМ	142
ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ПЕЧАТНЫХ РАБОТ	144

Материалы для публикации в журнале «ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ» направляются электронной почтой вложенным файлом в формате Word.rtf либо Word.doc на адрес: <acpp@inbox.ru> либо <acpprf@gmail.com>.

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

**МАТЕРИАЛЫ
V МЕЖДУНАРОДНОГО КОНГРЕССА
«МОЛОДОЕ ПОКОЛЕНИЕ XXI ВЕКА: АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ
СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ»****Белопольская Н.Л.****ДИАГНОСТИКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ
ДЕТСКОЙ И ПОДРОСТКОВОЙ ЛИЧНОСТИ
ЧЕРЕЗ АНАЛИЗ ЕДИНИЦ САМОСОЗНАНИЯ****Российская медицинская академия последиplomного образования, Мос-
ковский городской психолого-педагогический университет (Москва).**

Психологическая диагностика через единицы, а не элементы анализа психики, в соответствии с теорией Л.С. Выготского, предусматривает выделение таких структур, в которых интеллектуальные и аффективные составляющие слиты воедино. Компоненты самосознания отвечают этим требованиям, так как их формирование предполагает наличие у ребенка, подростка и взрослого человека определенного уровня как интеллектуального, так и эмоционального развития.

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

Диагностируя нарушения психического развития и здоровья детей, специалисты традиционно уделяют большое внимание исследованию мышления, знаний и представлений об окружающем, особенностям внимания, памяти и личности. Диагностируя уровень развития самосознания можно обнаружить большое количество детей и подростков, которые демонстрируют определенные навыки выполнения патопсихологических и нейропсихологических методик, принятых в клинике, читают наизусть стихи, знают таблицу умножения. Однако эти же дети не имеют четкого представления о том, что они «люди», такие же, как их родители и учителя, только другого возраста, мальчики или девочки, подростки, юноши или девушки. Дети могут не знать правильного названия своего имени, не ориентируются в ближайшем окружении, не имеют представлений о том, какими будут в будущем. Дети и подростки, формально владеющие некоторыми знаниями, часто демонстрируют неблагополучие в психологическом развитии личности. Формально успевающие в школе, дети и подростки могут иметь серьезные проблемы в плане самоотношения, самовосприятия и идентификации, которые принципиально изменяются при развитии психических заболеваний. Подростки с нарушением поведения, как правило, имеют отклонения в структуре самосознания, но могут хорошо справляться с выполнением стандартных личностных тестов, так как знают «как надо» отвечать на те или иные вопросы.

Эмпирические исследования компонентов самосознания, проведенные под нашим руководством студентами и аспирантами, позволили выявить как серьезные нарушения в психическом развитии и здоровье детей и подростков, так и начальные формы неблагоприятного личностного развития, которые могут усугубляться особенностями семейного воспитания.

Так, было доказано, что подростки с поздними сроками оперирования расщелины мягкого и твердого неба, имея нормативный интеллект, любые трудности в своем обучении и личной жизни склонны объяснять прошлым дефектом своей внешности. Аналогичные личностные особенности были выявлены и у подростков с дисморфофобией, обратившихся в Институт пластической хирургии с просьбой изменить их внешность. Системные, но разные по структуре нарушения именной, телесной и половозрастной идентификаций были обнаружены у девиантных и у умственно отсталых подростков. Дети и подростки с эпилепсией обнаружили негативное самоотношение и тяготение к сверхпрогрессивным возрастным образам (взрослость, старость), объясняя это желанием «всех наказывать и поучать». Дети и подростки с шизофренией и психопатией обнаружили нарушения именной и телесной идентификаций.

Подростки с нормативным и сниженным интеллектом, помещенные во временные приюты, обнаружили системные нарушения идентификаций, переживая жизненный кризис. Спустя некоторое время у этих подростков были диагностированы разнообразные невроты или нарушение поведения.

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

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

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

Добряков И.В.

РОЛЬ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ В РЕШЕНИИ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербургский государственный университет (Санкт-Петербург).

В связи со сложной демографической ситуацией в нашей стране принята и утверждена Указом Президента Российской Федерации от 9.10.2007 г. № 1351

Концепция демографической политики РФ на период до 2025 г. Согласно этой концепции решение демографических проблем осуществляется в три этапа:

I. Задачей первого этапа было преодоление негативной тенденции в демографической динамике к 2010 г.

II. Задача второго этапа – стабилизировать демографическую ситуацию к 2015 г.

III. На третьем этапе к 2025 г необходимо улучшить демографическую ситуацию.

В настоящее время мы находимся на 2 этапе и, с точки зрения руководства страны, успешно справляемся с поставленными задачами. Уже в сентябре 2011 г. В.В. Путин, выступая на съезде партии «Единая Россия», назвал демографию показателем благополучия общества и эффективности государства и заявил, что демографический кризис, который грозил самому существованию России, отступил, так как увеличивается средняя продолжительность жизни граждан страны и показатель рождаемости имеет тенденцию к росту.

Очевидно, что основные рычаги улучшения демографических показателей (снижение смертности и, конечно, повышение рождаемости) непосредственно связаны с перинатологией. Понимая это, правительство принимает соответствующие меры. По всей стране строятся новые перинатальные центры. На расширенной коллегии Минздрава мае 2013 г. Премьер-министр Д.А. Медведев отметил, что это качественно поменяло ситуацию в регионах. Он объявил приоритетным на ближайшие годы дальнейшее улучшение медицинской помощи женщинам и подчеркнул, что средства на продолжение этой программы есть. На том же заседании Министр здравоохранения России В.И. Скворцова с удовлетворением отметила, что в 2012 г. показатели рождаемости и смертности практически сравнялись, что общий коэффициент смертности снизился на 1,5% и составил 13,3 на 1000 человек населения, а рождаемость при этом выросла на 5,6% (с 12,6 до 13,3 на 1000 населения). Это действительно знаменательные факты, успехи неоспоримы. Однако, принимаемые меры направлены в основном, как отмечал Д.А. Медведев, на улучшение медицинского обслуживания. При этом многие ресурсы, которые могли бы не только количественно, но и качественно помочь решению задач, сформулированных в Концепции демографической политики РФ, остаются невостребованными или используются не лучшим образом.

Еще прежний министр здравоохранения Т.А. Голикова поставила задачу перед акушерами и неонатологами к 2011 г. полностью перейти на использование критериев живорождения, предложенные World Health Organization (ВОЗ). Это произошло. В результате: если раньше ребенок, родившийся с весом менее 1000 г, выживал по истечении 7 дней, его считали новорожденным и выхаживали, а если не прожил 7 дней – он считался “плодом” и смерть не регистрировалась. Таким образом, показатель смертности снизился. Однако, многие из этих детей, к сожалению, несмотря на интенсивную терапию, умирают, многие – остаются инвалидами. Не обсуждая целесообразность принятого решения, важно отметить, что, совершая такой шаг, необходимо не только увеличивать финансирование неонатологических реанимационных служб (что, конечно, важно), но также учитывать неизбежный рост потребности оказания перинатально психологической, психотерапевтической и психиатрической помощи выжившим детям и членам их семей. К сожалению, этим службам уделяется явно недостаточно внимания, квалифицированных специалистов в этой сфере катастрофически не хватает, средств на их обучение не выделяют.

На уже упомянутом заседании В.И. Скворцова отметила безусловно положительный факт: женщины стали реже делать аборт. Она полагает, что позитивную роль в этом сыграла организация служб психологического консультирования беременных оказавшихся в трудной жизненной ситуации. Видимо, речь идет об организации в некоторых городах так называемых, «кабинетов доабортного консультирования», на что отпущены немалые средства. На деле открытие таких кабинетов, занимающихся исключительно третичной психопрофилактикой, дублирует незначительную часть работы специалистов психотерапевтических кабинетов женских консультаций. По приказу Минздравсоцразвития России № 808н от 2.10.2009 г. такие кабинеты должны быть открыты в каждой женской консультации, в штатных нормативах персонала указан врач-психотерапевт. В 2009 г. разработаны и утверждены Минздравсоцразвития методические рекомендации «Организация работы психотерапевтического кабинета в женской консультации». Согласно этим рекомендациям в обязанности перинатального психолога вменяется психопрофилактическая работа с беременными и членами их семей, включающая как третичную психопрофилактику, так и мероприятия, направленные на первичную, вторичную психопрофилактику аборт, которые значительно более эффективны третичной. Они включают психодиагностическую работу с целью выявления группы риска, формирование мотивации на получение психологической и психокоррекционной помощи; оказание такой помощи беременным женщинам и членам их семей, а, при необходимости, и психотерапии (осуществляется врачом-психотерапевтом).

22.06.13 г., выступая на XI Всемирном конгрессе по перинатальной медицине, В.В. Путин в очередной раз назвал охрану материнства и детства одним из приоритетов государственной политики. Отметив, что младенческая смертность сократилась за последние 10 лет на 50 процентов, он предупредил, что в ближайшие годы Россия столкнется с серьезными последствиями демографического кризиса, который был в 90-е годы и последствия которого дадут о себе знать и в экономике, и в социальной сфере, и в промышленном развитии. В связи с этим тем более необходимо уделять больше внимания развитию перинатальной психологической помощи населению, устранить имеющийся перекося распределения материальных средств на узкоспециальные дорогостоящие виды медицинской помощи в акушерстве в ущерб массовым психопрофилактическим мероприятиям. Жизненно важно, чтобы женщинам и членам их семей стала доступна квалифицированная перинатальная психологическая и психотерапевтическая помощь, чтобы были предоставлены широкие возможности её получения.

**Козловская Г.В., Иванов М.В., Калинина М.А., Кремнева Л.Ф.,
Крылатова Т.А., Проселкова М.Е., Голубева Н.И., Полякова Е.О.
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ
ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

НЦ психического здоровья» РАМН (Москва).

Известно, что истоки большинства психических заболеваний лежат в детстве, причем преимущественно в первых годах жизни ребенка, когда закладывается основа его личности и здоровья в целом. В то же время вопросам психического здоровья детей уделяется необоснованно мало внимания. До сих пор (с 1995 г.) не восстановлен статус специальности «детский психиатр», значительно сокращено количество специализированных коек и не развернуто взамен в должном объеме

амбулаторных служб. В Москве, в существовавших с 1995 г. психолого-медико-педагогических центрах, курировавших детей начиная с раннего детства (с психологическими проблемами, пограничными психическими расстройствами) и имевших в составе сотрудников врачей -психотерапевтов, неврологов, физиотерапевтов и др., ликвидированы врачебные ставки. Этот факт поставил часть детского населения, нуждающуюся в комплексной медико-психологической помощи, в трудное положение из-за негативного отношения к психиатрии и недостаточности психоневрологической помощи в педиатрических поликлиниках. Особенно мало внимания уделяется психическому здоровью детей раннего возраста. Известно, что в официальной медицине психиатр курирует детей только старше 3 лет. Несмотря на неоднократные докладные в Министерство здравоохранения РФ со стороны администрации НЦПЗ РАМН, главных детских психиатров РФ и общественных психиатрических организаций с ходатайством разрешить психиатрическое наблюдение детей раннего возраста, разрешения на эту работу не получено. Организация психиатрической помощи начиная с периода раннего детства, кроме всего прочего, имеет определенный экономический эффект, поскольку раннее начало лечебно-профилактической помощи предупреждает развитие более тяжелых форм психической патологии в старших возрастах.

С 1983 г. в НЦПЗ РАМН организовано научно-практическое подразделение по изучению психической патологии раннего детского возраста, которое в отечественной терминологии получило название микропсихиатрии. Микропсихиатрия (автор термина А.К. Ануфриев) - новая область возрастной психиатрии, которая опирается на содружество различных областей медицины, психологии, социологии, этологии, педагогики и других дисциплин. В основе понятия микропсихиатрии лежит концепция о рудиментарности, «микроскопичности» психопатологических проявлений в раннем возрасте. Микропсихиатрия занимается диагностикой начальных проявлений психопатологии, поиском как факторов риска, так и антириска ранней психопатологии, разработкой новых и адаптацией известных форм лечения, разработкой новых форм психопрофилактики (в т. ч. первичной) и психиатрической помощи для детей раннего возраста, повышением эффективности процесса охраны психического здоровья детского населения с натального периода.

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

Был выделен и ряд психопатологических синдромов, характерных для раннего возраста и ранее не описанных, – младенческая депрессия, шизотипический диатез, депривационные нарушения (синдром сиротства, синдромы физического и сексуального насилия, психосоматических расстройств), атипичные первазивные расстройства, такие как атипичный аутизм, и др.

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

За последние 5 лет отмечается небывалый рост тяжелых психических расстройств (эндогенных психозов из группы аутизма) с началом в раннем и дошкольном возрасте. «Эпидемией аутизма» названо это явление в американской медицинской и психологической литературе. Вместо 4-5 случаев аутизма на 10 тыс. детского населения в 40-х годах XX столетия, в настоящее время их число возросло до 30-40 случаев на 10 тыс. детского населения. Распознавание ранних психозов (в нашем случае раннего аутизма) затруднено. Чаще всего состояние ребенка определяется как обычная задержка развития, педагогическая запущенность или даже как невоспитанность, «избалованность», а родителям внушается необоснованный оптимизм на возможную положительную возрастную динамику. Из этого следует, что и диагностика, и лечение своевременно проводиться не будут. Со временем психическое состояние ребенка резко ухудшается и к возрасту 4-5 лет достигает уровня детской инвалидности. В то же время все больше накапливается фактов, что ранний детский аутизм – заболевание, связанное с аутоиммунными процессами, которые по тем или иным причинам из физиологических, поддерживающих иммунную защиту организма от вредных воздействий среды (в том числе инфекционных болезней), превращаются в аутоагрессивные, разрушающие здоровье в целом, но особенно действующие на нервную систему и психику. Немаловажную патогенную роль в этом процессе играет массированная вакцинация детей. Начиная с 1-го года жизни ребенку прививается более 10 инфекционных болезней. Не вызывает сомнения тот факт, что вакцинирование в любом виде влияет на жизнестойкость иммунной системы и вызывает в ряде случаев обратный желаемому результат – не укрепляет здоровье ребенка, а, наоборот, ослабляет его.

Как показывает наша медицинская практика, рост количества аутизма очевиден. Начало его совпадает с последней поливалентной прививкой в 1,5 года, через месяц спустя или ранее. Болезнь начинается исподволь, а иногда резким обрушением – регрессом всей психической деятельности до этого относительно сохранного и практически здорового в психическом отношении ребенка. Он утрачивает прежде имевшиеся навыки речи, опрятности, навыки общения, аутизируется и т. д. Попытки лечить его известными в психиатрии методами малоэффективны. По-видимому, мы имеем дело с новой формой эндогенного психического процесса, требующего своего серьезного изучения, в котором наблюдаются как симптомы энцефалита, так и аутоиммунного эндогенного заболевания. Этим, по-видимому, объясняется сочетание в картине болезни как признаков органической деменции, так и шизофреноподобной симптоматики в форме аутизма. Следует отметить, что особенно уязвимыми в появлении тяжелых последствий проводимой вакцинации являются дети с легкими шизотипальными генетическими стигмами, которые при щадящем режиме воспитания, в том числе и медицинской интервенции, могут оставаться практически здоровыми и составлять резерв творческого потенциала общества.

Корнетов Н.А.

ПРОБЛЕМЫ СИРОТСТВА В РОССИИ

Сибирский государственный медицинский университет (Томск).

В мире 133.000.000 сирот. Определим, что означает понятие «сирота», причины сиротства и корни этого драматического для развития детей явления. Собственно сиротами считаются дети, у которых умерли родители. Также, если умер отец или мать; дети родителей, отказавшихся от родительских прав; дети родите-

лей, лишенных родительских прав; дети, чьи родители очень редко принимают участие в воспитании. Такие дети воспитываются в интернате, далеко от родителей. Их еще называют социальными сиротами. Домашние сироты - это дети, имеющие родителей, которым не до ребенка, живущего с ним. В лучшем случае они чужие друг другу, в худшем — находятся в антагонистических отношениях.

По оценкам Международной организации миграции, около 8 миллионов детей являются жертвами принудительного и кабального труда, это явление часто называют «долговым рабством». Каждый год 1 миллион детей, в основном девочек, принуждают к занятию проституцией. Их продают как сексуальных рабынь или в порнобизнес. К тому же сегодня в мире примерно 300 тысяч детей - это «солдаты» в 30-и конфликтных регионах по всему миру. Наша страна лидирует сразу в трех «номинациях»: как «поставщик», как «транзитник», и как «получатель» детей-рабов. Затем следуют Украина, Таиланд, Нигерия, Румыния, Албания, Китай, Белоруссия и Болгария.

В России 670 тыс. сирот, и они не должны пребывать сотнями в школах-интернатах, лишённые быть индивидуальностями. Одна из главных задач детских домов - устройство детей в кровные семьи. В настоящее время в России общее количество детей в интернатных учреждениях составляет около 400 тыс. Из них примерно 250 тысяч детей имеют родителей. Современный менталитет в системе отношений проблемных родителей и социальных служб породил широко распространенную тенденцию отделения детей от родителей, которая гораздо выше, чем в других странах. Проблемные родители с относительной легкостью сдают в интернат своих детей. Гипертрофированная функция социальных служб идет по пути создания институционализации помощи детям из дисфункциональных семей. Модель мышления представителей этих учреждений выглядит примерно следующим образом: «В семье плохо и ужасно, но мы не хотим лишать родительских прав, пишите заявление - он будет жить в интернате». Большинство таких детей юридически не сироты, но фактически являются социальными сиротами, поскольку они постоянно живут в интернатных учреждениях, которые приближаются по своим размерам и длительности нахождения детей к психиатрическим больницам.

Особенности детских приютов таковы, что относительно равномерное психофизическое развитие в условиях депривации невозможно. Это в выраженной мере сказывается на сенситивных периодах развития ребенка, создает асинхронию развития с неразвитыми и искаженными потребностями, затрудняет эмоциональное взаимодействие, когнитивную стимуляцию, чувство защищенности и принадлежность к группе. В результате стереотип интерната формирует из большинства детей дисгармоничных и неприспособленных личностей для проживания в современном обществе. Проблемные и многодетные семьи не справляются с родительскими функциями в условиях бедности и отсутствия помощи, что приводит ребенка в приют. В процентном соотношении это выглядит так: 25% - сироты и 75% - не сироты.

Еще одна проблема - многодетные семьи-БОМЖи, существующие в чудовищных жилищных условиях. И это в период демографического кризиса! Число школьников 12 лет назад было 22 миллиона, а в этом году 12,8: минус 9 миллионов 200 тысяч. Семье не помогают, но ребенка легко у нее отобрать. Из закона надо убрать неконкретные формулировки, которые позволяют отбирать детей за все, что угодно. Это надо менять в семейном кодексе. В 2008 г. было внесено в него несколько слов: «Органы опеки и попечительства должны защищать права детей в случае, если родители своими действиями или бездействиями создают условия, препятствующие нормальному воспитанию ребенка». Бытовое, не имеющее

никакого конкретного значения слово «нормальному» введено в главный семейный закон.

Нам нужно повернуть всю социальную систему на помощь семье, на работу со «случаем», с человеком, находящимся в «кризисе». Здесь есть очень важный момент. Социальные работники, психологи, участковые, которые первыми обследуют семью, не наделены никакими правами вмешательства. Они не имеют права просто взять и войти в дом или квартиру - только с разрешения родителей, по договоренности. Но они должны уметь разговаривать с людьми. Социальные работники, психологи не подчинены напрямую органам опеки. У них свое начальство: поступил сигнал - они должны идти, поговорить, выяснить. Многие специалисты-практики высказывают здравое предложение: повернуть бюджетное финансирование в сторону такой индивидуальной работы с семьей. Вновь необходима деинституционализация, противостояние сегрегации и широкая просвещение для снижения «стигмы» сиротства.

**Малыгин В.Л., Меркурьева Ю.А., Хомерики Н.С., . Антоненко А.А.,
Смирнова Е.А.**

**ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОЕ ПОВЕДЕНИЕ: БИОЛОГИЧЕСКИЕ,
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА
ФОРМИРОВАНИЯ У ПОДРОСТКОВ**

**Московский государственный медико-стоматологический университет
им. А.И. Евдокимова (Москва).**

Значительное количество исследований последних лет свидетельствует о сверхувлеченности подростков интернетом, нередко злоупотреблении им, а в ряде случаев и явной зависимости от виртуальной среды. В формировании интернет-зависимого поведения отмечается значение характерологических свойств, а также свойства виртуальной среды. Особое значение в непрерывном возобновлении деятельности в виртуальном пространстве имеет также феномен потока (аутотелический опыт), столь ярко выраженный в интернет-среде.

Данные о распространенности проблемного использования интернета, приводимые учеными различных стран, весьма противоречивы: так исследование, осуществленное в 2004 г. в Гонконге [6], показало, что 37,9% подростков могут быть отнесены к категории интернет-зависимых, а по данным L. Ghassemzadeh et.al, 2008 г., распространенность зависимости от интернета составляет лишь 3,8% среди всех обследованных [7]. Противоречивость данных, очевидно, связана с различием методов и диагностических критериев, определения и понимания самого феномена интернет-зависимости. Например, по результатам исследований ряда российских ученых [2], распространенность зависимости от интернет-среды составляет от 2,0% до 6,0%-10,0%. Однако, приводимые российскими авторами показатели получены в исследованиях онлайн с использованием теста К. Янг, который измеряет скорее количественные показатели пребывания в интернет-среде, нежели клинические признаки зависимости. Кроме этого тест К. Янг недостаточно валиден. Одним из более надежных тестов на данный момент, чья валидность и надежность были доказаны на российской выборке, является тест Чена в адаптации К.А. Феклисова и В.Л. Малыгина.

В период с 2007 по 2013 гг. нами были обследованы учащиеся старших классов школ г. Москвы. **Целью исследования** являлось изучение биологических, со-

циальных и личностно-характерологических факторов, влияющих на формирование интернет-зависимости.

Методы исследования: тест Чена на интернет-зависимость (Chen Internet addiction Scale-CIAS) в адаптации Феклисова К.А, Малыгина В.Л.; опросник Кеттелла HSPQ; модифицированный патохарактерологический опросник (МПДО), методика «телесный образ Я» (M. Feldenkreis, адаптация И.А. Соловьевой); опросник ACB 2 (Юстицкис В., Эйдемиллер Э.Г.), проективная методика «Мать и Дитя» (Мельникова М.Л.); проективная методика «Семейная социограмма» (Эйдемиллер Э.Г.); методика исследования социального интеллекта Гилфорда (адаптация Е.С. Михайловой); методика диагностики эмоционального интеллекта MSCEIT (the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test), русскоязычная адаптация Сергиенко Е.А., Ветрова И.И.

Критерии включения в группу интернет-зависимых подростков: количество баллов по шкале Чена более 43; данные объективных исследований о ежедневном использовании интернета более 3 часов, отсутствии увлечений вне интернет-среды, наличие симптомов социальной дизадаптации (конфликты с родителями, учителями).

Всего обследовано 1084 подростка. Выявлено, что 33,6 % (384 чел.) из них злоупотребляют интернетом или имеют признаки сформированной зависимости. Распространенность сформированной интернет-зависимости составляет 4,25% (46 подростков), злоупотребляют интернет-ресурсами 29,33% (318 подростков). Нейропсихологические исследования 30 интернет-зависимых подростков выявили, что у них, по сравнению с условно здоровыми подростками ($n=35$), достоверно чаще ($p<0,05$) отмечается нарушение пространственного праксиса, слухомоторной координации, контроля и регуляции деятельности. Одновременно достоверно чаще выявляются сглаженность межполушарного взаимодействия, функциональная слабость межполушарных комиссур и левой передней доли мозга. Следует предположить, что функциональная недостаточность межполушарных взаимодействий увеличивает нагрузку на первый и третий блоки мозга, так как не позволяет мозгу избирательно включаться в работу отдельных функций, что, соответственно, вызывает утомляемость. Таким образом, подростки, склонные к интернет-зависимости, могут использовать интернет как способ поддерживать активность и концентрировать внимание, так как постоянное появление новых стимулов повышает уровень концентрации внимания. В свою очередь, напряженная деятельность в интернете, способствует еще большему истощению и утомлению, формируя тем самым своеобразный порочный круг зависимого поведения. С другой стороны, недостаточное включение в функциональную систему передних отделов левого полушария снижает возможности планирования, регуляции своей деятельности и времени проводимого в сети.

Изучение образа тела у интернет-зависимых подростков обнаружило, что у них более часто отмечается формально-символическое обозначение чувственной ткани собственного тела, по сравнению с подростками контрольной группы. Телесный образ «Я» подростков с интернет-зависимым поведением отличается слабостью дифференцированностью, отражает тенденцию отделять ментальность от эмоциональности, а также свидетельствует о наличии проблем в сфере контактов и отсутствие уверенности в себе. Недостаточная развитость телесной сферы, вероятно, может затруднять развитие эмоционально-чувственной сферы, в частности эмоционального интеллекта.

Проведенное нами исследование особенностей воспитания и семейных коммуникаций интернет-зависимых подростков (111 подростков и 71 родитель) вы-

явило, что в семьях интернет-зависимых подростков достоверно чаще ($p < 0,05$) отмечается тип воспитания с чертами гиперпротекции или гипопротекции. Характерно, что в этих семьях при низком уровне запретов в целом количество санкций значительно превышает количество санкций в семьях группы нормы, что говорит о непоследовательности и возможной амбивалентности в воспитании родителями подростка. Подростки с интернет-зависимым поведением демонстрируют черты инфантильности во взаимоотношениях с матерью, склонны переоценивать свою близость с ней. Все вышесказанное, очевидно, оказывает непосредственное влияние на стиль коммуникаций и эмоциональную близость подростка с матерью, тем самым способствуя бегству в виртуальную среду.

Исследование характерологических свойств 384 подростков с интернет-зависимым поведением выявило следующие их отличительные черты. Подростки с интернет-зависимым поведением характеризуются снижением регуляторно-волевой сферы, отличаются повышенной импульсивностью, сверхактивностью на слабые провоцирующие стимулы. Для них характерны беспокойство, отвлекаемость, недостаточная концентрация внимания, затруднение контроля как над своим поведением, так и над своими эмоциями. Они часто проявляют склонность к аффективному реагированию, обладают повышенной возбудимостью и общей личностной фрустрированностью. Им сложно организовать свою деятельность, время, порядок выполнения дел. Анализ характерологических черт показал, что в исследуемой группе имеет место общее повышение профиля по всем типам, кроме гипертимного. Это, говорит об общем заострении и выраженности характерологических черт в данной группе и даёт основание предполагать, что формирование интернет-зависимости связано не столько со специфическими характерологическими особенностями, сколько с выраженностью дизадаптивных личностных черт. В то же время анализ распространенности типов акцентуаций обнаружил, что среди интернет-зависимых подростков сравнительно чаще по отношению к контрольной группе отмечается возбудимый (12,76% и 0,94% соответственно), интровертированный (8,5% и 0,0% соответственно), астеноневротический (6,38% и 0,0% соответственно) и неустойчивый (4,25% и 0,94%, соответственно) типы. Таким образом, подростки с возбудимыми и интровертированными чертами характера, вероятно, являются наиболее уязвимыми по отношению к виртуальной среде.

Исследование эмоционального интеллекта 94 подростков с интернет-зависимым поведением выявило достоверное снижение его по сравнению с контрольной группой. Достоверные различия выявлены по секции А (восприятие эмоций других лиц) и секции Е (способность улавливать общие настроения, содержащееся в окружающем), которые входят в компонент «способность к идентификации эмоций». Исследование социального интеллекта (тест Гилфорда) выявило, что интернет-зависимые подростки достоверно хуже распознают различные смыслы вербальных сообщений других людей, что делает затруднительным правильное понимание того, что люди говорят друг другу (речевую экспрессию) в контексте определенной ситуации, конкретных взаимоотношений. Как следствие этого факта, теряют свое значение невербальные средства общения, утрачивается целый пласт мета-коммуникаций, связанный не только с экспрессивностью поведения, но и чувствительностью к тонкостям вербального интонирования, способностью различать скрытые смыслы сообщений. Таким образом, подростки с интернет-зависимым поведением достоверно хуже идентифицируют эмоциональное состояние других людей и окружающего пространства, обладают сниженной чувствительностью к характеру и оттенкам человеческих взаимоотношений. Таким

подросткам трудно находить соответствующий тон общения с разными собеседниками в разных ситуациях, они обладают небольшим репертуаром ролевого поведения и, в конечном итоге, с трудом адаптируются в социуме.

Таким образом, формирование интернет-зависимого поведения происходит на фоне функциональной недостаточности ЦНС., что, вероятно, является фундаментом для формирования таких черт характера, как импульсивность, возбудимость, повышенная отвлекаемость, недостаточная концентрация внимания, затруднение самоконтроля как над своим поведением, так и над своими эмоциями, что обуславливает личностную фрустрированность. Негармоничный, амбивалентный стиль воспитания способствует еще большему заострению данных черт характера, тем самым углубляя социальную дизадаптацию. Биологические предпосылки и нарушения семейных коммуникаций затрудняют формирование эмоционального интеллекта, столь необходимого для адаптации в социуме. Все вышесказанное способствует бегству подростка в виртуальную среду, где ему проще адаптироваться.

ЛИТЕРАТУРА

1. Егоров А.Ю. Нехимические аддикции - СПб.: Речь, 2007, 190с.
2. Бурова (Лоскутова) В.А. Интернет-зависимость как форма нехимических аддиктивных расстройств // канд. Диссертация – Новосибирск - 2004 г.
3. Малыгин В.Л., Искандирова А.Б, Смирнова Е.А, Хомерики Н.С. «Интернет-зависимое поведение у подростков. Клиника, диагностика, профилактика». – М.: Арсенал образования, 2010. – 136 с.
4. Gray, J.B., & Gray, N.D. (2006). The web of internet dependency: Search results for the mental health professional. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 4(4). 307-318.
5. Kim K, Ryu E, Chon M-Y, et al. Internet addiction in Korean adolescents and its relation to depression and suicidal ideation: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* – 2006 – vol.43 – p.185-192.
6. Leung, L. Net-generation attributes and seductive properties of the internet as predictors of online activities and internet addiction // *CyberPsychology & Behavior* – 2004 – vol.7 – p.333-348.
7. Liu T., Marc N. Potenza, Problematic Internet Use: Clinical Implications // *CNS Spectrums* – 2007 – vol.12(6) – p.453-466

Менделевич В.Д.

СПЕЦИФИКА ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ В ИНТЕРНЕТ-ПРОСТРАНСТВЕ

Казанский государственный медицинский университет (Казань).

Расширение психологических и социальных проблем, связанных с вовлечением подростков в интернет-деятельность, является для сегодняшнего мира явлением скорее закономерным, чем исключительным. Особенностью этого процесса явилось то, что, в отличие от обыденной, в виртуальной реальности общество (сообщество) пока не создало четких законов и правил гармоничного поведения и критериев отклоняющегося поведения. С появлением виртуального пространства многие формы девиаций естественным образом перекечевали в Интернет [1]. Однако обнаружили и иные тенденции – некоторые формы девиантного поведения получили возможность «дозреть» до патологии в интернете, а иные – проявляют себя исключительно в виртуальном пространстве.

Несомненно, расширению и углублению девиантных форм поведения в интернет-пространстве (таких, как враждебность/агрессия, сексуальные и коммуникативные аддикции) способствовал феномен анонимности, считающийся неотъемлемым свойством интернет-активности [2-4]. Виртуальное пространство облегчило возможность реализации девиантных устремлений без опасности быть привлеченным к ответственности. Значимой стала также проблема формирования интернет-зависимости (зависимостей) [4-8]. Можно отметить специфику зависимого поведения, заключающуюся в том, что аддикции (зависимости) могут быть не только психологическими и психопатологическими, но и нормативными и даже гармоничными (примерами последних могут в некотором смысле служить трудоголизм или любовная аддикция) [9]. В этом отношении *интернет-аддикция может рассматриваться как пример уникальной зависимости*. Ее спектр распространяется от адекватной привязанности, увлечения, способствующего творческому или душевному самосовершенствованию, и способа компенсации проблем до расстройств зависимого поведения, приводящих к психосоциальной дизадаптации.

Открытым для аддиктологии остается вопрос о границах нормы и патологии в сфере зависимого поведения. Критерии П.Б. Ганнушкина, используемые в психиатрии для оценки поведенческих нарушений, не являются эффективными, т. к. многие зависимости не приводят к выраженному нарушению адаптации (к примеру, интернет-зависимость), не являются тотальными (т. е. охватывают не весь круг жизни, а лишь ее часть) и часто с течением возраста, по миновании пубертата и юности, нередко бесследно исчезают. Актуальным для развития современной аддиктологии является вопрос о том, существуют ли специфические формы девиантного поведения в пространстве интернета, а также о том, какова специфика поведения лиц молодого возраста с психическими заболеваниями в виртуальном мире.

С целью оценки специфики проявлений девиантного поведения подростков в интернете нами было проведено клинико-психологическое и психопатологическое исследование, включавшее две группы испытуемых. Первую исследовательскую группу составили 230 человек с девиантным поведением, проявлявшимся в реальном пространстве. По данным клинического наблюдения, обнаружилось, что различные формы девиантного поведения по-разному представлены в интернет-пространстве. Во многих случаях девиантного поведения виртуальная реальность не способна заменить реальность. Так, агрессивное, аутоагрессивное поведение, зависимость от ПАВ, а также пищевые аддикции не находят полной реализации в пространстве интернета. Тогда как для некоторых иных форм (например, сексуальных аддикций, сверхценных увлечений и особенно коммуникативных девиаций) интернет становится новым (а иногда и единственным) способом, позволяющим удовлетворять собственные аддиктивные потребности (влечение). Обнаружилось, что в пространстве интернета существует специфическая форма девиантного поведения, не характерная для обычной жизни, – хакерство.

Интерес представляет обнаруженный нами на основании экспериментально-психологического изучения факт высокой коморбидности различных видов аддиктивного поведения (у пациентов с химическими зависимостями) в виртуальном пространстве, существенно превышающим коморбидность в реальности. В отличие от распределения девиантных форм поведения в реальной жизни в виртуальном пространстве отмечается тенденция к полидевиантности.

Наиболее предпочитаемыми сайтами для обследованных лиц молодого возраста с психическими расстройствами являются «сайты знакомств» (социальные

сети) и порно-сайты, что совпадало с интернет-приоритетами психически здоровых. В хакерстве признались пациенты с личностными расстройствами, а больных с невротическими расстройствами интересовали информационно-медицинские сайты, на которых размещена информация о болезнях и способах лечения (чаще такие пациенты выбирали сайты, предлагавшие нетрадиционные методы терапии).

Таким образом, можно утверждать, что девиантное поведение подростков в интернет-пространстве обладает специфическими особенностями, отличными от всех иных форм девиантного поведения. Данный вопрос нуждается в специальном анализе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Позднякова М.Е. девиантное поведение и интернет (опыт социологического анализа): сб. науч. ст. / под ред. М.Е. Поздняковой и Л.В. Карнаушенко. - М.: Институт социологии РАН, 2008. - 184 с.
2. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Аддиктология: настольная книга. М.: Институт консультирования и системных решений. ОППЛ, 2012. – 536 с.
3. Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения. М., 2001. - 432 с.
4. Руководство по аддиктологии /под ред. проф. В.Д. Менделевича. – СПб.: Речь, 2007. – 768 с.
5. Бухановский А.О., Андреева А.С., Бухановская О.А. Зависимое поведение: клиника, динамика, систематика, лечение, профилактика: Пособие для врачей. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2002.
6. Войсунский А.Е. Актуальные проблемы зависимости от Интернета // Психологический журнал. - 2004. - № 1. - С. 90-100.
7. Малыгин В.Л. Интернет-зависимое поведение у подростков. Клиника, диагностика, профилактика: Пособие для школьных психологов, родителей, педагогов / под. общ. ред. В.Л. Малыгина. – М.: Арсенал образования, 2010. – 136 с.
8. Чекинева Т.В. Особенности формирования Интернет-сообществ девиантной направленности. http://www.isras.ru/abstract_bank/1210096689.pdf
9. Егоров А.Ю. Нехимические зависимости. – СПб.: Речь, 2007. – 192 с.

Пережогин Л.О.

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

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

Социально-психиатрическое исследование репрезентативных групп (более 300 наблюдений) несовершеннолетних правонарушителей (НП), беспризорных и безнадзорных (ББ) подростков показало, что для этих категорий несовершеннолетних характерны особые групповые характеристики: специфические условия социальной ситуации развития (неполная семья в 41,3% случаев у НП и 75,7% случаев у ББ, семья с низким доходом – в 47,3% и 88,7%, воспитание вне семьи – у 12,7% и 79,1% соответственно, $t \geq 2$, $p \leq 0,05$); специфический набор аномальных психосоциальных ситуаций, в том числе: аномальные отношения в семье в 49,3% случаев у НП и 74,8% у ББ, психические расстройства у родственников (не учитывался F10.x) в 20,7% и 36,5%, аномальные формы и стили воспитания в 76,0% и 93,1%, хронический стресс по месту учебы в 74,7% и 80,9% соответственно ($t \geq 2$, $p \leq 0,05$); специфический характер психических расстройств и расстройств поведения, типов психической дизадаптации и форм аномального реагирования.

У подавляющего большинства НП, ББ диагностированы психические расстройства непсихотического регистра. Использование критериев многоосевой классификации, основанной на МКБ-10, позволило диагностировать:

(1) умственную отсталость (ось 3) у 10,7%, в группе НП и 20,0% ББ ($t \geq 2$, $p \leq 0,05$);

(2) специфические расстройства психического развития (ось 2) у 10,7% и 15,7%,

(3) другие психопатологические синдромы (ось 1) – у 54,0% и 56,5% соответственно.

Психически здоровы были 24,7% НП и только 7,8% ББ ($t \geq 2$, $p \leq 0,05$).

Среди психических расстройств, кодирующихся по оси 1, преобладали расстройства поведения (F91), включая несоциализированное, оппозиционно-вызывающее поведение (39,5% в группе НП и 27,7% в группе ББ), расстройства личности и поведения органической природы (F07.x) (29,6% и 33,8% соответственно), невротические расстройства, включая расстройства адаптации (F43.x) (11,1% и 15,4% соответственно) ($t \geq 2$, $p \leq 0,05$). Психическим расстройствам, наблюдавшимся у подростков, были свойственны полиморфизм клинических признаков, высокий уровень коморбидности с социально-обусловленными расстройствами, сочетание с ретардацией и дисгармоничностью личностного развития.

Наличие психических расстройств, специфических условий развития, патогенное влияние условий окружающей среды обусловили формирование у несовершеннолетних правонарушителей психической дизадаптации. Социально-психиатрический анализ позволил выделить 5 форм дизадаптации (органически-обусловленная у 20,7% НП и 25,2% ББ, когнитивно-обусловленная – у 10,7% и 20,0% ($t \geq 2$, $p \leq 0,05$), личностно-обусловленная у 24,0% и 20,0%, реактивно-обусловленная у 9,3% и 11,3% и социально-обусловленная у 24,7% и 7,8% соответственно ($t \geq 2$, $p \leq 0,05$)). Каждый тип психической дизадаптации характеризуется уникальным набором факторов риска формирования, собственным клиническим составом синдромов, особым характером и формой социальных последствий и факторов, провоцирующих криминальное поведение. Для каждого типа психической дизадаптации были выделены признаки–мишени для профилактической и реабилитационной работы.

Среди совершенных подростками правонарушений доминировали кражи – их совершили 92,0%, грабежи – 62,7%, причинение вреда здоровью – 62,0%. Более половины – 54,0% – совершали групповые деликты, почти половина – 49,3% – однородные деликты, более трети – 38,7% – не менее трех правонарушений, что свидетельствует о глубокой интеграции в криминальную среду.

Основными предикторами криминального поведения у НП, по данным корреляционного анализа, являются: физическое насилие в семье ($\gamma=0,78$), наличие лиц с криминальным прошлым в ближайшем окружении ($\gamma=0,76$), раннее включение в подростковую асоциальную группу ($\gamma=0,75$), особенно с участием взрослых преступников ($\gamma=0,72$), наличие стереотипного реагирования на фрустрацию по типу короткофазовых аффективных вспышек ($\gamma=0,68$), сохранность интеллекта ($\gamma=0,67$).

Основными факторами, обеспечивающими реабилитационный потенциал у несовершеннолетних, по данным корреляционного анализа, являются:

(1) в контексте психического состояния: сохраненный интеллект ($\gamma=0,74$), сохраненный аффективный статус ($\gamma=0,72$), отсутствие зависимости от алкоголя и других ПАВ ($\gamma=0,67$); (

2) в контексте микросоциального взаимодействия: сохранность семейных отношений ($\gamma=0,81$), вовлеченность в образовательную среду ($\gamma=0,77$), отсутствие в микроокружении лиц с асоциальными установками или дистанцирование от них ($\gamma=0,73$);

(3) в личностном контексте: навыки межличностного взаимодействия ($\gamma=0,68$), высокий личностный и творческий потенциал ($\gamma=0,62$).

Наличие 3-4 защитных факторов давало возможность успешной реабилитационной работы с подростком.

Использование реабилитационных психотерапевтических и коррекционных программ в течение года повлекло за собой качественное улучшение показателей психосоциального функционирования (ось 6) подростков НП и ББ. В начале года хорошее психосоциальное функционирование демонстрировали 10,4% подростков, низкое - 68,8%, плохое - 20,8% правонарушителей, в конце года - 23,4%, 68,8% и 7,8% соответственно ($t \geq 2$, $p \leq 0,05$). В группе ББ исходно хорошее функционирование не обнаруживалось ни у кого, низкое - у 67,3%, плохое - у 32,7% подростков. После года работы показатели выросли до 48,9%, 28,6% и 22,4% соответственно (все показатели достоверно различаются, $t \geq 2$, $p \leq 0,05$).

Симашкова Н.В., Коваль-Зайцев А.А., Ключник Т.П., Якупова Л.П.
МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ
АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА У ДЕТЕЙ (КЛИНИЧЕСКИЕ,
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ, БИОЛОГИЧЕСКИЕ, АБИЛИТАЦИОННЫЕ
АСПЕКТЫ)
НЦ психического здоровья» РАМН (Москва).

Расстройства аутистического спектра (РАС) у детей являются одной из наиболее сложных и дискуссионных проблем современной психиатрии. Недостаточный уровень знаний в этой области медицины, иногда с недооценкой клинических подходов к исследованиям РАС, отражается на качестве оказания лечебно-диагностической помощи, на эффективности профилактических и коррекционных программ. В настоящее время интерес к РАС переместился из узкой проблемы детской психиатрии в одну из центральных областей клинко-биологических исследований в мире. При этом биологические и психологические методы исследования являются важным дополнением к клинической дифференциальной диагностике, осуществляемой врачом-психиатром. Во многих случаях они привлекаются также и для прогнозирования исхода болезни. В частности, психологами определяется характер развития конкретного больного с РАС, динамика когнитивных функций и выраженности аутизма в ходе проведенной коррекции.

За период с 1984-2012 гг. в ФГБУ «НЦПЗ» РАМН получили госпитальную помощь (в стационаре и дневном стационаре) 1700 больных с РАС в возрасте от 3 до 8 лет. Свыше 12 000 больных с разными типами РАС в более широком возрастном диапазоне (от 1 до 15-16 лет) получили амбулаторную консультативную помощь.

Оказалось, что расстройства аутистического спектра нозологически неоднородны и представляют собой гетерогенную группу. Больные с психотическими формами РАС (детский психоз, атипичный детский психоз эндогенный, атипичный детский психоз синдромальный) и дифференциально-сложными типами РАС на ранних этапах абилитации нуждались в госпитальной помощи. Больные с не-

психотическими формами РАС (синдромом Аспергера, Каннера, умственной отсталостью с аутистическими чертами, синдромом Ретта и др.) получали преимущественно амбулаторную помощь. Командой специалистов совместно с родителями разрабатывался персонифицированный реабилитационный маршрут для дальнейшего ведения в центрах психолого-медико-педагогической и медико-социальной реабилитации.

Детский психоз (ДП) и атипичный детский психоз (АДП), сходные по диссоциированному дизонтогенезу, наличию неспецифических кататонических нарушений в приступах, различаются по присутствию регресса, продолжительности приступов и исходам. Кататонический синдром при ДП заменяется нажитым гиперкинетическим и в последующем купируется. Кататонические нарушения при АДП в манифестных приступах сочетаются с регрессивными и проходят сквозным синдромом на протяжении болезни в форме протопатических двигательных стереотипий. Для ДП характерна положительная динамика течения заболевания, благоприятный исход в 84% случаев («практическое выздоровление» - в 6%; «высокофункциональный аутизм» - в 50%; регрессиентное течение - в 28%). Для АДП характерно прогрессиентное течение болезни с ранним формированием когнитивного дефицита, схизиса, ангедонии, алекситимии. По фенотипической картине АДП эндогенный и детская шизофрения близки. Диагноз АДП ставится и с деонтологических позиций - с целью расширения возможностей социализации.

По данным патопсихологических исследований, больные ДП и АДП имеют разные исходы когнитивных нарушений: сохранение стабильного когнитивного дефицита при АДП и нивелировку когнитивных нарушений и аутизма на фоне абилитации при ДП.

При ДП имеет место преимущественно активация врожденного воспалительного иммунитета (увеличение активности ЛЭ и повышение уровня острофазных белков). В то же время активация приобретенного иммунитета (аутоантитела к нейроантигенам) отмечена исключительно при тяжелом поражении психической деятельности при АДП эндогенном.

Значительно различаются при этих заболеваниях и функциональные характеристики ЦНС, оцениваемые по параметрам ЭЭГ. В период кататоно-регрессивных состояний при АДП наблюдается уменьшение мощности альфа-ритма и увеличение мощности медленных ритмов тета-дельта диапазонов, особенно ритмической тета-активности, что позволяет его считать маркером состояния регресса при АДП. При ДП отсутствие тета-ритма и присутствие регулярного альфа-ритма в приступе является благоприятным прогностическим признаком. В качестве дополнительного маркера этого заболевания может выступать выраженный сенсомоторный ритм, который появляется в период ремиссии, когда кататонические расстройства замещаются нажитым гиперкинетическим синдромом.

Клинические и биологические показатели значительно улучшаются в ходе абилитации при ДП и остаются нарушенными при АДП эндогенном, что лишний раз подтверждает их разную нозологическую принадлежность. Выделенные клинические, психологические и биологические маркеры (иммунологические и нейрофизиологические), сопоставленные с психопатологической картиной расстройства, помогают в ранней диагностике, уточнении прогноза, доказывают нозологическую гетерогенность РАС, подтверждают обоснованность назначения дифференцированной фармакотерапии на определенных этапах болезни и замену ее преимущественно немедикаментозной коррекцией при благоприятном исходе.

В ФГБУ «НЦПЗ» РАМН накоплен большой опыт работы, на основе которого создана мультидисциплинарная модель оказания помощи больным с аутистическими расстройствами и другими нарушениями психического развития.

Чубаровский В.В., Катенко С.В.

**ПРОБЛЕМА МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПРИ
ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРВИЧНОЙ И ВТОРИЧНОЙ ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ
У УЧАЩИХСЯ ДЕТСКОГО И ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА
В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ**

**НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков, НЦ здоровья детей
РАМН, Первый московский государственный медицинский университет им.
И.М. Сеченова (Москва).**

Проблема состояния психического и социального здоровья детей и подростков в современной России приобрела в последние десятилетия исключительное значение. По данным немногочисленных обсервационных исследований отмечается неуклонный рост пограничной психической патологии, аддиктивных нарушений, девиантных форм поведения. По данным наших исследований, клинически очерченные формы пограничных психических нарушений диагностируются примерно у 10% учащихся образовательных учреждений. У 60% подростков определяются так называемые «предболезненные психические расстройства».

Среди причин, обуславливающих крайнюю актуальность проведения исследований, касающихся состояния психического здоровья детей и подростков можно выделить следующие:

1. Резкий рост распространенности пограничных психических расстройств и поведенческих нарушений;
2. Исключительная значимость подросткового возраста в отношении формирования личности индивида;
3. Гиподиагностика психической патологии;
4. Исключительная социальная значимость проблем психической дизадаптации формирующейся личности.

Состояние психосоциальной дизадаптации развивающейся личности является проблемой междисциплинарной. Однако проблема форм и методов взаимодействия медиков, педагогов, возрастных психологов, социальных работников, правоохранительных органов в отношении первичной и вторичной психопрофилактики личности в кризисные периоды онтогенеза на практике до настоящего времени не разрешена. Между тем, по данным немногочисленных исторических, клинико-эпидемиологических исследований, в последние годы значительно возросла роль макросоциальных факторов риска в отношении психосоциальной дизадаптации личности. Особое медицинское и психолого-педагогическое значение имеет затяжной социальный и духовный кризис современного общества, а именно отсутствие общепризнанных, доминирующих нравственно-этических норм поведения, систем ценностей и мировоззренческих позиций. Рассматривая подростковый возраст как период формирования высших духовных структур - зрелого «Я», развития самосознания, формирования ценностной системы, направленности личности, мировоззрения и проч. посредством «интериоризации» норм социума, очевидным является перенос кризисных социальных проблем в формирующуюся психическую сферу подростка. Больное общество не может формировать здоровое поколение. Данные закрытого анкетирования отдельных групп учащихся подрост-

кового возраста свидетельствуют о доминировании эгоцентрических тенденций и установок материального благополучия, карьеры, внешности, семьи. Общественные ценности: служение обществу, выполнение гражданского долга, социальной значимости профессиональной деятельности занимают более чем скромные места. У значительной части молодёжи формируется фундаментальное противоречие между эгоцентрическими установками и общественными интересами, что крайне затрудняет социализацию формирующейся личности и, по всей видимости, лежит в основе роста различных форм психической дизадаптации.

Многолетние исследования проблем психогигиены и психопрофилактики у детей и подростков, проводимые в нашем институте, позволили сформулировать следующие принципы их организации:

1. Многоуровневость: макросоциальный, микросоциальный, индивидуальный (персоноцентристский);

2. Мультидисциплинарность;

3. Координирующая и руководящая роль органов здравоохранения;

4. Преимущество с учетом возрастной специфики.

Координирующую и руководящую роль, по нашему мнению, могут взять на себя органы здравоохранения и осуществлять её через школьного врача.

В связи с вышеизложенными ближайшими задачами межведомственного взаимодействия при организации первичной и вторичной психопрофилактики являются:

- Определение единой организационной структуры на федеральном, региональном и местном уровнях, руководящей и координирующей психопрофилактическую работу в организованных коллективах;

- Разработка алгоритмов взаимодействия педагогов, психологов и психиатров в рамках проводимых профилактических осмотров;

- Определение источников финансирования и формирования материально-технической базы созданной структуры;

- Решение правовых вопросов по организации психопрофилактической помощи детям и подросткам;

- Включение в программы последипломного образования врачей общей практики, педагогов, психологов, социальных работников вопросов, касающихся детской и подростковой психиатрии, наркологии и психопрофилактики.

Эйдемиллер Э.Г.

ИНТЕГРАЦИОННЫЕ ПРОЦЕССЫ В СОВРЕМЕННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Северо-Западный медицинский университет имени И.И.Мечникова
(Санкт-Петербург).

Я полностью согласен с мнением нарративных семейных психотерапевтов, что вся жизнь человека содержится в его языке, в конструкциях его описаний. Основываясь на своей практике психотерапевта, я пришел к выводу: все, что претендует на реальность, нуждается в адекватной и точной формулировке словами. Психотерапия как синтез науки и искусства – естественно-научной и гуманитарной парадигм – нуждается в создании глоссария, который поможет обосновать и систематизировать терминологию психотерапии. Можно образно сказать: «Чтобы научиться понимать других, следует научиться понимать самих себя и пользо-

ваться языком, который, с одной стороны, индивидуален, а с другой – опирается на традицию».

Важнейшими характеристиками профессиональной идентичности психотерапевта является умение слушать и слышать, чувствовать и вчувствоваться и вследствие этого понимать людей, обратившихся за помощью. Здесь следует остановиться на том, что такое «объяснение» и «понимание». В повседневной жизни мы, вступая во взаимодействие друг с другом, делимся формальными описаниями происходящего. Смысл «понимания» лучше всего раскрыл известный детский психиатр С.С. Мнухин: «понимание возникает тогда, когда мысли прочувствованы, а чувства осмыслены».

Следует упомянуть, что нарративный подход в семейной психотерапии вырос из философии социального конструктивизма. Суть данной философии заключается в перемещении акцента с «поиска истинности» на «обретение полезности». Многие истины были сменены другими, например: Земля из плоской превратилась в шар, а, в свою очередь, Земля стала вращаться вокруг Солнца, а не Солнце вокруг Земли. Что такое абсолютность истины? Можно проиллюстрировать это на примере «абсолютного нуля» Кельвина, используемого в термодинамике. Температура равняется $-273,15$ Цельсия. Но это взгляд на данное явление с Земли. Когда Космос станет средой обитания и появится возможность оценить процессы термодинамики изнутри его, то цифровые показатели могут измениться. Многого зависит от позиции наблюдателя и его опыта интерпретации.

Для того, чтобы обозначить нарративы терминов, используемых в психотерапии, я и мой соавтор монографии «Психология и психотерапия семьи» [5] Викторас Юстицкис сосредоточились на следующих из них:

- **Метод.**
- **Направление.**
- **Школа.**
- **Модель.**
- **Техника.**

Существуют также термины «модальность» и «полимодальность». Далее я позволю наполнить эти термины содержанием.

Метод - это определяемые границы единства и взаимодействия теории и практики. Метод психотерапии – это конкретное технологическое воплощение конкретной теории. К примеру, патогенетическая психотерапия невротиков В.Н. Мясищева – это технологическое воплощение концепции «психологии отношений». Можно сказать, что психоанализ являет собой две ипостаси - мировоззрение и метод психотерапии.

Направление - это группа методов в психиатрии и психотерапии, имеющих больше сходства, чем различий в теории; имеющих сходство и различие в практическом, т. е. технологическом воплощении этих теорий.

В качестве примера сошлемся на «Американское руководство по психиатрии» [7]. Авторы использовали основные положения психоанализа для объяснения психосоциогенеза психических расстройств. Сильвано Ариети [7] описал в нем шизофрению и маниакально-депрессивный психоз в качестве функциональных. Он считал, что в ответ на определенные нарушения во внутриличностном и межличностном пространствах человека формируются эти функциональные психозы. В настоящее время многие теоретические положения этого направления в психиатрии подвергнуты ревизии, но близкое к нему направление – динамическая психиатрия – успешно развивается [1].

Школа - это персонификация направления или метода психотерапии (есть основоположник теории, есть ее методология, концепция и программы обучения, система верификации результатов, исследования эффективности и т. д.). К примеру, психоанализ З. Фрейда, аналитическая психодрама Д.Л. Морено, гештальт-терапия Ф. Перлса, патогенетическая психотерапия невротиков В.Н. Мясищева, динамическая психиатрия Г. Аммона и др.

Модель – одно из значений этого слова по «Толковому словарю русского языка» С.И. Ожегова и Н.Ю. Шведовой [3] – образец. Мною и моим коллегой Александровой Н.В. разработаны **модели краткосрочной аналитической психодрамы (КАП)** и **аналитико-системной семейной психотерапии (АССП)**. Нами не были созданы какие-то новые концепции, а заимствованы уже существующие - психоанализ, психология отношений, системный и нарративный подходы. Зато интеграция их, основанная на сходстве корректирующих механизмов, и технологическое воплощение этих идей были оригинальными.

Техника - это конкретные технологические действия в рамках психотерапевтического процесса, определяемого параметрами направления или метода. Следует сказать, что техники часто не имеют специфических признаков, позволяющих относить их к тем или иным методам психотерапии. К примеру, работа со стульями в равной степени относится как к аналитической психодраме, так и к гештальт-терапии.

Теперь перейдем к уточнению понятий, обозначающих процесс **соединения**, с помощью «Толкового словаря русского языка» С.И. Ожегова, Н.Ю. Шведовой [3] и «Большого словаря иностранных слов» [2].

- **Комбинация** - сочетание, взаимное расположение чего-нибудь, система приемов для достижения чего-нибудь.
- **Интеграция, интегрировать** - объединить в одно целое.
- **Синтез** – единство, неразрывная целостность частей.
- **Поли-...** (к примеру, полифония, поливитамины и др.) (от гр. poly «много») – часть сложных слов, сообщаящее значение множественности, всесторонности и разнообразия.
- **Модальность** - (термин, которым пользуются В.В. Макаров и его сотрудники) означает в Толковом словаре русского языка [3] следующее:
 1. Характеристика логического суждения по уровню достоверности.
 2. Категория слов, выражающих отношение говорящего к объекту высказывания.

В свете этого мне трудно пользоваться терминами «модальность» и «полиmodalность», о чем я сообщил и В.В. Макарову.

Эклектика (эклектизм) - неорганическое, чисто внешнее соединение внутренне несоединимых взглядов, точек зрения и методов.

Основная тенденция в развитии современной психотерапии – это создание интегративных методов и моделей.

Доказательство данного факта носит чисто логический характер, а именно: если существует множество психологических теорий личности, микро- и макро- групп, то и методов психотерапии существует множество [4]. Казалось бы, этот факт обуславливает существование множества методов психотерапии – психоанализа, аналитической психодрамы, транзакционного анализа, гештальт-терапии и др. Но все эти теории, а вслед за этим психотехнологическое воплощение их обнаруживает стремление к синтезу или интеграции (о чем речь пойдет далее).

Анализ психологических теорий и методов семейной психотерапии показывает, что существуют две тенденции в развитии семей, а именно, конкуренция и кооперация между ее членами. В данном контексте конкуренция – это стремление найти и применить лучшее решение проблем. Именно эти качества, эти тенденции присущи функционированию живых открытых систем, к которым относятся личности/организмы, микро- и макрогруппы. Эти системы управляются двумя реципрокно связанными законами – поддержания гомеостаза (обеспечение стабильности и экономичности взаимоотношений) и отклонения от гомеостаза (закон дифференциации) [5]. Развитие живых открытых систем в онтогенезе обусловлено борьбой и интеграцией (кооперацией) в действии этих законов. Все отношения внутри и вне личности носят характер конкуренции и кооперации.

Выдающийся американский семейный психотерапевт Сальвадор Минухин [8] писал, что подсистема детей в семье позволяет им учиться конкуренции и кооперации. Эти две тенденции присущи всему живому в процессе развития, изменчивости и поиска стабильности, когда изменения сменяются стабильностью и наоборот. Это еще одно доказательство того, что в психотерапии могут существовать монометоды, конкурирующие между собой, и интегративные. В свою очередь, интеграция не отменяет конкуренцию.

В спор о том, возможна ли интеграция психологических теорий и психотехнологий, существенный вклад делает терминологическая неразбериха. В «Психотерапевтической энциклопедии» [4] встречаются термины «метод», «модель», «методика», «приемы и техники». Важно дифференцировать эти понятия, наполнить их непротиворечивым смыслом, а затем переходить к поиску аргументов «за» и «против» существования только монометодов психотерапии, или только интегративных. Об интеграции можно говорить с полным основанием в том случае, если создаются методы и модели психотерапии, которые основываются на схожих теориях, терапевтических механизмах и факторах.

В проводимой мною индивидуальной, групповой и семейной психотерапии выделены вслед за Ирвином Яломом и Молином Лесцем [6] следующие терапевтические механизмы и факторы, на которых я позволю себе подробно не останавливаться:

1. Терапевтические механизмы психотерапии

1.1. Конфронтация.

1.2. Корректирующий эмоциональный опыт.

1.3. Научение.

2. Терапевтические факторы, которые участвуют в групповой и семейной психотерапии [5,6]

2.1. Вселение надежды.

2.2. Универсальность проблем, сменяющая их трактовку в терминах уникальности.

2.3. Предоставление информации.

2.4. Дидактическое инструктирование.

2.5. Альтруизм. Я пришел к выводу, что пациенты/клиенты с эгоцентрической направленностью личности на протяжении психотерапии способны трансформировать ее в альтруизм.

2.6. Корректирующая рекапитуляция первичной семейной группы. Рано или поздно в индивидуальной, групповой и семейной психотерапии пациенты/клиенты начинают осознавать, какие паттерны поведения связаны с первичной семейной группой, как они взаимодействуют с новыми паттернами, актуализирующимися в ситуации «здесь и сейчас».

2.7. Развитие навыков социализации.

2.8. Имитационное поведение.

2.9. Сплоченность группы. Эмпатическое восприятие участниками психотерапии себя и друг друга приводит к созданию атмосферы безопасности. Уместно вспомнить знаменитое высказывание просветителя эпохи Ренессанса Яна Амоса Коменского: «В начале полюби, потом научи». Эти слова можно перефразировать следующим образом: создание атмосферы безопасности на протяжении всей психотерапии обеспечивается аккомодирующими вмешательствами, которые сопровождаются дозированными реконструктивными вмешательствами, соответствующими уровню зрелости индивидов, групп и семей.

2.10. Катамнестика. Наблюдение участниками психотерапевтического процесса за поведением друг друга, переживаниями и страданиями приводят к тому, что происходит осознание, а в аналитической психодраме - к «очищению», отреагированию и последующей когнитивной сборке.

2.11. Фактор экзистенции. Обсуждение и моделирование различных аспектов переживаний и поведения участников психотерапии, конфронтация с ранее неосознаваемыми переживаниями, подчас сопровождающееся болью, приводят к принятию собственного «Я» и выбору собственного предназначения. Раньше я думал, что экзистенциальный фактор существует только в психотерапии взрослых, поскольку они являются сложившимися личностями. Однако, дети и подростки также находили способ определить границы своего «Я» и своего предназначения.

За время работы психотерапевтом я разработал совместно с коллегами-психотерапевтами три модели психотерапии:

- Интегративная интеракционно-ролевая с гештальт-экспериментами групповая психотерапия (соавтор Федоров А.П.).
- Краткосрочная аналитическая психодрама (соавтор Александрова Н.В.)
- Аналитико-системная семейная психотерапия (соавтор Александрова Н.В.)

Позволю себе не останавливаться на этом, т.к. в опубликованных статьях есть подробное изложение сказанного.

В заключение хочу сказать, что противопоставление методов монопсихотерапии методам, основанным на интеграции, является неконструктивным.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аммон Г. Динамическая психиатрия. – Л.: Изд-во Психоневрологического института им.В.М. Бехтерева, 1995. – 200 с.
2. Большой словарь иностранных слов (сост. А.Ю. Москвин).- М.: ЗАО Центр-полиграф, 2008. – 685 с.
- 3, Ожегов С.И., Шведова Н.Ю. Толковый словарь русского языка. – М.: Азбуковник. 2002. – 944 с.
4. Психотерапевтическая энциклопедия под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Питер Ком, 1998. – 752 с.
5. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. 4-е изд. – СПб.: Питер, 2008. – 672 с.
6. Ялом И., Лесц М. Групповая психотерапия. Теория и практика. 5-е изд. – СПб.: Питер, 2009. – 688 с.
7. American handbook off psychiatry. Vol. one/Ed. Silvano Arieti – Basic books Inc., Publishers, New York, 1965. – 999 p.
8. Haley J. Problem-solving therapy. N.Y.: San Francisco, L., Harper Colophon Books, 1978, - 261 p.

ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПОДРОСТКОВ С РАЗНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ В СЕТИ ИНТЕРНЕТ

Московский государственный медико-стоматологический университет
им. А.И. Евдокимова(Москва).

Используемые методики:

- анкета участника исследования, разработанная с целью объективного подтверждения интернет-зависимости и выявления предпочитаемых интернет-ресурсов;
- методика «Шкала интернет-зависимости Чена» (Шкала CIAS в адаптации Малыгина В.Л, Феклисова К.А.);
- факторный личностный опросник Кеттелла (подростковый вариант 14 HSPQ);
- «Модифицированный опросник для идентификации типов акцентуаций характера у подростков» (МПДО, Подмазин С.И.).

Результаты и обсуждение.

Было изучено 120 подростков с интернет-зависимым поведением, из них – 33 чел (27,5%) составляют подростки, предпочитающие массовые многопользовательские ролевые онлайн-игры (группа 1), 87 чел. (72,5%) составляют подростки, предпочитающие сервисы онлайн-общения (группа 2). В группу сравнения вошло 60 подростков со здоровым использованием сети Интернет.

По факторному личностному опроснику Кеттелла выявлено, что указанные группы достоверно имеют различия по следующим факторам: В, D, G.

У подростков, с интернет-зависимым поведением, предпочитающих массовые многопользовательские ролевые онлайн-игры в большей степени, по сравнению с подростками, предпочитающими сервисы онлайн-общения, отмечаются более высокие показатели фактора В (Высокий интеллект-Низкий интеллект), что может свидетельствовать о сравнительно более высокой оперативности мышления и усвоения нового материала подростками данной группы. Современные игры требуют определенных интеллектуальных усилий. Для успешной игры необходимо знать и удерживать в памяти определенное количество информации, в отличие от социальных сетей, в которых этот навык не так важен. То есть можно предположить что подросток предпочитающий массовые многопользовательские ролевые онлайн-игры, быстрее воспринимает и ассимилирует информацию.

Высокие баллы по шкале D (Возбудимость-Флегматичность) характерны для человека, который проявляет повышенную импульсивность или сверхреактивность на слабые провоцирующие стимулы. Подростки эмоционально более выражено реагируют на то, что происходит на экране компьютера, и воспринимают это как неотъемлемую часть собственной жизни. Если в игре подростка постигает неудача, он воспринимает это, как неудачу в реальной жизни. Таким образом, подростки, склонные к интернет-зависимому поведению, предпочитающие массовые многопользовательские ролевые онлайн-игры, в большей степени потворствуют своим желаниям, игнорируют обязанности, противопоставляют себя обществу, более неорганизованны, чем подростки, склонные к интернет-зависимому поведению, предпочитающие сервисы онлайн-общения(D,G).

При сравнении результатов методики МПДО было выявлено, что в группе, предпочитающей игры, по сравнению с группой подростков, предпочитающих сервисы онлайн-общения, в большей степени выражены демонстративные черты характера. Это может означать, что подростки, играющие в игры, более самоуве-

ренны, в большей степени ориентированы на собственное я, чем подростки, предпочитающие сервисы онлайн-общения. Такие подростки предпочитают игры, где можно реализовать свои демонстративные тенденции с помощью тех или иных характеристик игрового персонажа, для чего часто используются гипертрофированные черты, подчеркивающие значимые для игрока свойства личности и характера. Также отмечаются более высокие показатели игроков по астеноневротической шкале. Это означает, что подростки, склонные к интернет-зависимому поведению, предпочитающие онлайн-игры, по сравнению с подростками, предпочитающими сервисы онлайн-общения, в большей степени подвержены повышенной утомляемости и раздражительности. У них часто могут наблюдаться внезапные аффективные вспышки, эмоциональный взрыв в случае осознания невыполнимости намеченных планов.

Таким образом, подростки с ИЗП демонстрируют также более заметную изменчивость настроения, при этом частые его смены сочетаются со значительной глубиной их переживания. Также они очень остро и болезненно переживают отвержение со стороны эмоционально значимых лиц, возможно, отчасти поэтому общение, опосредованное через интернет, представляется для них более привлекательным с точки зрения безопасности и более низких рисков отвержения. Высокие баллы по шкале астеноневротического типа свидетельствуют о наличии у них психической и физической утомляемости, раздражительности. Достаточно высокие баллы по сенситивной шкале говорят о большой впечатлительности и чувстве собственной неполноценности, такие подростки замкнуты, робки, застенчивы. С незнакомыми людьми бывают трудны даже самые поверхностные контакты. Тенденции характеристики неустойчивого типа: подростки с Интернет-зависимым поведением демонстрируют сниженную способность к волевой регуляции поведения, которая становится специфически важной при планировании эффективной деятельности в интернете и необходимости сопротивляться гиперстимулирующей интернет-среде.

Ветюгов В.В.

**АДДИКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ СОЦИАЛЬНО НЕПРИЕМЛЕМЫХ
РЕКРЕАЦИОННЫХ РИСКОВ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)
Наркологическая больница (Н. Новгород).**

Одной из качественных характеристик подросткового возраста по разным причинам является выраженная склонность к рискованному поведению. Данное поведение отличает наличие одновременно высокой субъективной желательности и высокого потенциала повреждения. Его рост в подростковом периоде связывают усилением активации дофамина обмена в подкорковых центрах награды, которое стимулирует привлекательность необычных и немедленно захватывающих событий. Нарушение функции катехоламинавой системы, в частности дофаминовой регуляции, сейчас рассматривают в качестве основного звена в механизме развития всех наркологических заболеваний, включая и поведенческие аддикции. За последние 3-4 года мы стали свидетелями рождения новых, чрезвычайно опасных подростковых развлечений, таких как катание на подножках, поручнях и крышах электропоездов («зацепинг») и прогулки по крышам высоток («руфинг»). Острота ощущений от совершения указанных социально неприемлемых действий складывается из физических, социальных и психологических рисков, что делает

данные рекреационные риски максимально привлекательными для подростка и, следовательно, опасными в плане развития зависимости от них.

Нам удалось обследовать двух 17-летних молодых людей, регулярно занимающихся «зацепингом». Оба мальчика с раннего детства воспитывались только матерями. О своих отцах практически ничего не знают. Братьев или сестер нет. Стиль воспитания ближе потворствующей гиперопеке. Роды и раннее развитие без патологии. У одного из мальчиков, со слов матери, в детстве наблюдалось отставание в психическом развитии, в связи с чем он посещал невропатолога. Претензий к их поведению и обучению в школе со стороны матерей и учителей не было. До занятий «зацепингом» практически ничем не увлекались. Начало курения с 14-15 лет. Пробы алкоголя с этого же возраста, однако опьянение не понравилось, и в настоящий момент его употребляют крайне редко.

Знакомство с «зацепингом» состоялось благодаря интернету. Первый опыт обрели под руководством более опытного товарища. Испытали сильный страх, напряженность и возбуждение. Наблюдались вегетативные проявления в виде потливости, сердцебиения, ощущения нехватки воздуха. После совершения поездки - резкая расслабленность и удовлетворенность. При повторных пробах страх и напряженность уменьшались и более отчетливо проявлялись подъем настроения, оживленность, легкость в теле, ощущение своей исключительности. В течение первых месяцев поездки были эпизодическими и непродолжительными. Затем частота поездок и их длительность стали возрастать. Начали пропускать занятия в техникуме, иногда не ночевали дома, появились конфликты с матерями. В свободное от совершения «зацепов» время планировали поездки, занимались поиском контактов с другими «зацеперами». Отмечают, что появилось ощущение собственной значимости, «крутости», принадлежности к некоему сообществу людей, отличных от всех остальных. С не разделяющими их увлечение сверстниками общаться практически перестали. Неоднократно срывались с вагонов, получали травмы, задерживались работниками железной дороги и полицией, однако это не останавливало. Через полгода занятия «зацепингом» стали приобретать характер цикличности. Появилось предпочтение длительных поездок, которые занимали до 2-3 дней. За это время проезжали 2-3 области. После окончания некоторое время чувствовали себя удовлетворенно и спокойно. Затем нарастали неотвязные мысли и представления о возможности совершить длительный «зацеп». Перед поездкой поднималось настроение. Если по каким-либо причинам она была не возможна, предпринимали короткие, на несколько остановок «зацепы». Отмечают, что острые ощущения, которые они испытывали в начале от реализации своего увлечения, к этому времени исчезли. Для их оживления усложняли осуществление «зацепов», стремились поставить свои рекорды или превзойти чужие, нарушали «технику безопасности», «цепляли» автобусы, троллейбусы, метропоезда, пытались освоить «руфинг». Оба подростка при беседе сообщают, что осознают свое выраженное влечение к «зацепингу», но избавиться от него не хотят. Планирование свободного от учебы времени зависит от расписания электропоездов. Договориться об интервью или обследовании крайне сложно. Встречи, как правило, срывались по причине осуществления своего увлечения.

Подросткам было проведено экспериментально-психологическое обследование с помощью опросников Леонгарда, Плутчика-Келлермана-Конте и SCL-90-R. Наиболее общими значениями оказались преобладание гипертимных и демонстративных черт характера, выраженность в защитном поведении таких механизмов психологической защиты, как реактивное образование и подавление, некоторая выраженность паранойяльности и враждебности.

Таким образом, собранные сведения позволяют говорить о наличии у подростков симптомов, отвечающих критериям зависимого поведения, что указывает на выраженные аддиктивные свойства подобных видов деятельности. Вызывают также интерес некоторые общие особенности анамнеза и личности подростков, что, конечно, ввиду единичности наблюдений нельзя назвать признаками изучаемого рискованного поведения.

Войсунский А.Е.

НАДЕЖНОСТЬ МЕТОДОВ ИЗМЕРЕНИЯ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИНТЕРНЕТА: ПИЛОТАЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

МГУ имени М.В. Ломоносова (Москва).

Одной из ключевых проблем, связанных с интернет-зависимостью, являются методы ее измерения. Как правило, для измерения используются опросные методы. Несмотря на широкую область применения таких методов, разработанных в течение последних 15 лет, они нередко встречают критику, в частности, в силу отставания (действительного или кажущегося) от наиболее современных реалий применения интернета и отдельных его сервисов все увеличивающимися когортами пользователей. Подобная критика отчасти обесценивает даже высокотехнологичные исследования (с применением методов ФМРТ, ПЭТ и др.), в которых сравниваются показатели зависимых от интернета пользователей и представителей контрольной группы.

Опросные методы измерения зависимости от интернета в настоящее время увеличиваются количественно, переводятся и адаптируются для все новых языковых общностей; делаются попытки обобщения их с целью разработки общепринятого измерительного метода. В нашей работе [1] были кратко охарактеризованы наиболее известные зарубежные методы. Отечественными специалистами чаще всего применяется, насколько можно судить, IAT – разработка К. Янг в адаптации В.А. Лоскутовой [4]. Ряд опросных измерительных методов, применяемых значительно реже, чем вышеуказанный, приведен в книге А.Ю. Егорова [2]. Русскоязычный метод измерения зависимости от интернета разработан украинскими специалистами и, очевидно, не применялся в России. Наконец, недавно отечественными специалистами под руководством В.Л. Малыгина переведена и адаптирована разработанная в Тайване измерительная шкала И. Чен [3], которая считается одной из наиболее современных и «продвинутых». Имеются и другие относительно редко применяемые отечественные разработки для измерения интернет-зависимости.

Тем самым неминуемо встает вопрос о соответствии имеющихся измерительных методов той реальности (надо признать, очерченной не более чем пунктирно), для оценки которой они созданы. Встает вопрос и о соотношении между собой разных измерительных методов: насколько они надежны и насколько коррелируют между собой. Второй из указанных вопросов стал предметом пилотажного эмпирического исследования (в нем участвовали студенты А. Гусейнова и Н. Кабальнов).

В исследовании сравнивались результаты опроса одной и той же выборки респондентов по 3 русскоязычным методам: В.А. Лоскутовой (исходно – К. Янг), И. Чен и Т.Ю. Больбот [5]. Процедура состояла в следующем: 1) при первой встрече респонденты давали ответы на опросник Лоскутовой, 2) через 7- 10 дней они заполняли шкалу Чен, 3) при третьей встрече (также через 7-10 дней) они за-

полняли опросник Больбот. Указанные временные промежутки были выдержаны для того, чтобы ответы на различающиеся, однако похожие опросники не влияли друг на друга. Респонденты – пользователи интернета – опрашивались в режиме оффлайн. Их возраст варьировал от 17 до 55 лет (средний возраст 24,8 лет). В пилотажном исследовании приняли участие 50 испытуемых, поровну женского пола и мужского пола.

Анализ ответов показал, что для всех рассмотренных опросных методов распределение нормальное; измерение показателя надежности (альфа Кронбаха) дает значение 0,862 (опросник Янг в адаптации Лоскутовой), 0,938 (шкала Чен) и 0,864 (опросник Больбот). Отдельные пункты (вопросы) ни в шкале Чен, ни в опроснике Больбот не превышают значение альфа Кронбаха; для опросника Янг (адаптация Лоскутовой) показано, что удаление двух пунктов позволяет увеличить показатель надежность с 0,862 до 0,866 – подобная модернизация может быть признана мало-существенной. Тем самым в рамках проведенного пилотажного исследования все три примененные методы измерения зависимости от интернета могут быть признаны достаточно надежными.

Далее были посчитаны корреляции между результатами респондентов, отвечавшими на 3 опросника (см. табл. 1).

Таблица 1. Корреляции Пирсона между методами измерения зависимости от Интернета (пилотажное исследование)

	Опросник Лоскутовой	Шкала Чен	Опросник Больбот
Опросник Лоскутовой		*, 0,832*	0,765**
Шкала Чен	0,832**		0,872**
Опросник Больбот	0,765**	*, 0,872*	

** корреляция значима, $p < 0.01$.

Результаты показывают, что корреляции между опросниками достаточно высоки. В силу этого может быть принята гипотеза о наличии связи между опросниками, измеряющими интернет-зависимость: все опросники практически в равной степени выявляют интернет-зависимость. Потому каждый исследованный опросник может применяться, согласно полученным пилотажным данным, для измерения зависимости от Интернета.

ЛИТЕРАТУРА

1. Войскунский А.Е. Методологические аспекты зависимости от Интернета: зарубежные исследования // Интернет-зависимость: психологическая зависимость и динамика развития / Ред.-сост. А.Е. Войскунский. – М.: Акрополь, 2009. – С. 101–111.
2. Егоров А.Ю. Нехимические зависимости. – СПб: Речь, 2007.
3. Интернет-зависимое поведение у подростков: Клиника, диагностика, профилактика / Под ред. В.Л. Малыгина. – М.: Арсенал образования, 2010.
4. Короленко Ц.П., Лоскутова В.А. Интернет-зависимость в русскоязычном секторе Интернета // Бюллетень СО РАМН. 2004. № 3 (113). – С. 45-51.
5. Юрьева Л.Н., Больбот Т.Ю. Компьютерная зависимость: формирование и диагностика, коррекция и профилактика. – Днепропетровск: Пороги, 2006.

**САМОАНАЛИЗ РАЗВИТИЯ ЮНОШЕЙ,
ЗАВИСИМЫХ ОТ СЕТЕВЫХ КОМПЬЮТЕРНЫХ ИГР
Брестский государственный университет им. А.С. Пушкина (Беларусь).**

Проблема зависимости от сетевых компьютерных игр в последние несколько лет обострилась: появляется все большее количество игроков и все чаще их родственники обращаются за психологической консультацией. Однако данный вид зависимости недостаточно изучен для оказания качественной помощи. В реальной практике в первую очередь возникают вопросы о том, что именно получают игроки в игровой реальности, чего нет в их обыденной жизни, почему они не могут волевым усилием отказаться от объекта зависимости и когда происходит активное формирование зависимости. В наше время термин «компьютерная зависимость» все еще не признан многими специалистами, занимающимися проблемами психических расстройств, однако сам феномен формирования патологической связи между человеком и компьютером стал очевиден и приобретает все больший размах. Детальнее рассмотрим сетевые компьютерные игры, так как именно по поводу зависимости от них чаще всего и обращаются за психологической помощью. Сетевые компьютерные игры – это многопользовательские игры, тип компьютерных игр, при котором одновременно играют несколько человек. Наиболее популярны среди них Counter Strike и World of Tanks.

Особенности или черты сетевой зависимости таковы:

- возможность анонимных социальных интеракций (здесь особое значение имеет чувство безопасности при осуществлении интеракций, включая использование электронной почты, чатов, ICQ и т. п.);
- возможность для реализации представлений, фантазий с обратной связью (в том числе возможность создавать новые образы «Я»; вербализация представлений и/или фантазий, не возможных для воплощения в обычном мире, например, киберсекс, ролевые игры в чатах и т. д.);
- чрезвычайно широкая возможность поиска нового собеседника, удовлетворяющего практически любым критериям (здесь важно отметить, что нет необходимости удерживать внимание одного собеседника, поскольку в любой момент можно найти нового);
- неограниченный доступ к информации (занимает последнее место в списке, т. к. в основном опасность стать зависимым от Всемирной Паутины подстерегает тех, для кого компьютерные сети оказываются едва ли не единственным средством общения).

В эмпирическом исследовании, направленном на изучение представлений юношей о собственном развитии, участвовали 160 игроков в возрасте от 16 до 22 лет, стаж игры которых составляет от 4 до 11 лет. В процессе опроса собирался анамнез о трудностях становления на предыдущих периодах онтогенеза, а именно в младшем школьном и подростковом возрастах.

Проблемы в младшем школьном возрасте в волевой сфере отмечают 72% опрошенных, указывая на неусидчивость, необходимость контроля со стороны взрослых, родителей и учителей. В подростковом возрасте появляются проблемы поведенческого характера у 67% испытуемых. Субъективно явной зависимость становится в период позднего подросткового и юношеского возраста – это отмечают 90% респондентов.

В подростковом возрасте появляется новая задача развития – самовоспитание, а вместе с тем выработка стратегий решения проблем и способов справляться

со стрессом. Когда таким способом становится игра, то ведущим механизмом выступает отказ от решения проблемы. Это приводит к формированию компенсаторных защитных механизмов, которые в результате их постоянного включения усугубляют ситуацию и приводят к закреплению жестких привычных форм защиты, опять же уводящих в игру. Таким образом происходит уход от объективной реальности в игровую, где легализовано выражение тех чувств, которые бывает невозможно выразить в реальной жизни.

Через игру у геймеров появляется возможность выражать свои эмоции и чувства – это отмечают 96% испытуемых. Например, агрессия проявляется уже на стадии выбора игры и выражается в играх-стратегиях, где есть насилие. В ситуации дефицита глубокого межличностного общения игроки выбирают сетевые игры, где есть чат, и зачастую в нем идет не только контекстуальное общение, но и обсуждаются проблемы игроков, причем игроки не обходят такие личные темы, а, наоборот, активно включаются в их решение.

Гедонистический образ жизни формируется обществом через СМИ и, в частности, через интернет, через сетевые интернет-игры. Человек, находящийся в сложной ситуации, ищет выход и чаще всего выход самый простой, который быстрее принесет радость. Игра может стать своеобразным заменителем радости от решения проблемы, так как быстро приносит позитивные эмоции. Но удовольствие приносит не решение проблемы, а игра: для кого-то это выигрыш, для кого-то сам процесс игры, а для кого-то общение с людьми, оказавшимися в подобной ситуации.

Проведенный анализ показывает, что для профилактики игровой зависимости целесообразно: во-первых, помогать младшим школьникам и подросткам осваивать адекватные способы самовыражения чувств и эмоций, во-вторых, способствовать развитию волевой сферы личности.

Егоров А.Ю.^{1,2,3}, Цабо А.^{4,5}

НОВАЯ КОНЦЕПТУАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ АДДИКЦИИ УПРАЖНЕНИЙ

¹Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, ²Институт эволюционной физиологии и биохимии им. И.М. Сеченова РАН, ³Санкт-Петербургский государственный университет (Санкт-Петербург), ⁴Институт развития здоровья и спортивных наук, ⁵Институт психологии, Группа по исследованию аддикций, Университет Эотвоса Лоранда (Будапешт, Венгрия).

Аддикция упражнений относится к социально приемлемым формам поведенческих зависимостей и сегодня является одной из активно исследуемых форм зависимого поведения. Это уникальная форма зависимости, потому что, в отличие от других аддиктивных расстройств, ее развитие осуществляется посредством физических усилий, часто приводящих к травмам. Большинство опубликованных исследований свидетельствует, что риск возникновения аддикции упражнений чаще измеряется с помощью различных опросников, а не основывается на клинических случаях. Огромный разброс в литературных данных о распространенности аддикции упражнений (от 0,3% до 77% лиц, занимающихся спортом) связан с отсутствием адекватной концептуальной модели для данного расстройства. Имеющиеся современные теории аддикции упражнений главным образом базируются на ее эволюционном генезисе или прогрессирующем характере ее развития - от здоро-

вого к нездоровому объему упражнений, что, с нашей точки зрения, ведет исследования в неправильном направлении.

В качестве альтернативы предлагается новая концептуальная модель аддикции упражнений, которая позволяет понять причины возникновения, поддержания и трансформации спортивных упражнений в аддикцию. Модель включает в себя "черный ящик", в котором субъективно невыносимые продолжающиеся или внезапно возникающие условия стресса понуждают человека к бегству от окружающей действительности. Возможный выбор упражнений в качестве пути ухода от реальности зависит от личных и ситуативных факторов, а также прошлых ориентаций на спортивные упражнения. Мы твердо считаем, что в настоящее время данная модель может объяснить тот факт, что зависимость от физических упражнений возникает не эволюционным, а скорее «революционным» путем, причем это встречается относительно редко: на основе наиболее точных оценок аддикция упражнений наблюдается только у 3% населения, занимающегося спортом.

Модель формирования аддикции упражнений



Леус Э.В

ПРОБЛЕМА ГЕМБЛИНГ-ЗАВИСИМОСТИ В СОВРЕМЕННОЙ ПСИХОЛОГИИ

Северный (Арктический) федеральный университет им. М.В. Ломоносова (Архангельск).

Развитие информационных технологий ведет к увеличению количества людей - фанатов компьютерных игр, «геймеров», которых привлекает виртуальный мир как способ уйти от реальных проблем. Психология зависимости занимает важное место среди актуальных проблем психологии. Так как зависимость от компьютерных игр входит в понятие аддиктивного поведения, то и причины ее

развития аналогичны, а в качестве факторов, способствующих развитию аддиктивного поведения, выделяют:

- биологические - своеобразный для каждого способ реагирования на различные воздействия, а также генетическая предрасположенность к различным формам аддикций, передающаяся по наследству,
- социальные - дезинтеграция общества и нарастание изменений с невозможностью к ним своевременно адаптироваться,
- психологические, личностные особенности (повышенная обидчивость, ранимость, тревожность, склонность к депрессии, низкая самооценка, плохая стрессоустойчивость, неспособность разрешать конфликты, уход от проблем), психологические травмы детского возраста и насилие над детьми, отсутствие заботы с предоставлением детей самим себе.

Провоцирующими факторами аддиктивного поведения несовершеннолетних считаются также нервно-психическая неустойчивость, акцентуации характера (гипертимный, неустойчивый, конформный, истероидный, эпилептоидный типы); особенности, обусловленные характерными для этого периода реакциями: эмансипации, группирования, увлечения и формирующимися сексуальными влечениями; рассогласование психологической устойчивости в случаях обиденных отношений и кризисов. Возможно наличие личной предрасположенности в виде снижения мотивации, вплоть до отказа считать себя субъектом деятельности, отсутствия навыков рефлексии, низкого уровня развития сознания и самоуважения. Выделяют и мировоззренческие предпосылки - отношение к жизни, нарушение эмоционального контакта между матерью и ребенком, конфликтные отношения с окружающими. Основным мотивом поведения является бегство от невыносимой реальности. Чаще встречаются внутренние причины - переживание стойких неудач в школе и конфликты с родителями, учителями, преподавателями, сверстниками, чувство одиночества, утрата смысла жизни, полная не востребуемость в будущем и личная несостоятельность во всех видах деятельности и многое другое. Игровая зависимость формируется гораздо быстрее, чем зависимость от алкоголя, табакокурения.

Для подростка игра является упрощенной версией материальной действительности. На первое место встают социально-психологические факторы: мода, влияние групп сверстников, примеры старших – все это определяет систему ценностей подростка, чья психика еще не стала устойчивой к «внешним раздражителям». Игра как способ показать свои лучшие, зачастую придуманные, качества становится удобным образом поведения, мышления. Семья становится скорее раздражителем, чем помощником. Отрицание общепринятых ценностей выливается в форму зависимого поведения. На формирование зависимости от компьютерных игр в подростковом возрасте прежде всего оказывают влияние социально-психологические причины - желание самоутвердиться, повысить самооценку, стать независимым. Общей для всех возрастов причиной является нервно-психическая неустойчивость, сложность реализации себя в реальной жизни, тогда как в игре все логично и понятно, действуя пошагово – получишь результат.

Малыгин В.Л., Щербачёв В.В

ХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ УЧАСТНИКОВ СУБКУЛЬТУРЫ РОЛЕВЫХ ИГР

**Московский государственный медико-стоматологический университет
им. А.И. Евдокимова (Москва).**

В начале 90-х годов в различных городах России среди молодёжи появилось новое увлечение – ролевые игры. Возникшие на волне культурных феноменов, пришедших с Запада, они были изначально проникнуты духом творчества и ухода от повседневности. В очень короткие сроки ролевые игры привлекли большое количество заинтересованных, сформировавших вокруг своего увлечения субкультуру. Окружающий мир оказывал определённое давление, диктуя исключительно материальные ценности, вызывая у таких молодых людей стремление к побегу и протесту. Под влиянием этих стремлений ролевые игры и субкультура, принявшая самоназвание «ролевое движение», продолжали своё существование и развитие, пока не стали заметны на общественном уровне. Оценки последовали самые разнообразные: от одобрения нового культурного феномена до открытой враждебности и подозрений в массовом психозе или особом виде сектантства.

В настоящее время субкультура ролевых игр насчитывает несколько десятков тысяч участников по всей России и обрела признание на административном и культурном уровнях. Среди лиц, увлекающихся ролевыми играми, встречаются люди разных возрастов и социальных классов, условно здоровых и с обширными психологическими и социальными проблемами. Именно поэтому сейчас изучение ролевых игр и особенно их участников с психологической точки зрения является чрезвычайно актуальными.

В 2009 г. нами было проведено первое исследование личностных особенностей активных участников ролевых игр с целью выявления характерных закономерностей. В результате к настоящему моменту были сформулированы следующие *гипотезы*:

- 1) ролевые игры привлекают людей с особым сочетанием личностных и психологических черт;
- 2) участие в ролевых играх является проявлением психологической инфантилизации личности.

Для проверки данных гипотез были сформированы две *группы* испытуемых. Экспериментальная группа состоит из 24 человек в возрасте 19-25 лет, более двух лет участвующих в ролевых играх. Контрольная группа состоит из 22 лиц того же возраста, никогда не участвовавших в ролевых играх. Обе группы были исследованы следующими методиками: "Опросник Шмишека" (SF, Н. Schmieschek, адаптация В.М. Блейхера, Н.Б. Фельдмана), Методика "Диагностика уровня субъективного контроля" (LCS, J.B. Rotter, адаптация Е.Ф. Бажина, С.А. Голынкиной, А.М. Эткинды), Многофакторный личностный опросник Р. Кеттелла (в адаптации Капустиной А.Н.), Методика исследования представлений о "Я" Т. Лири, Тест Гилфорда «Социальный интеллект».

Полученные данные патохарактерологического опросника Шмишека позволяют квалифицировать три ведущих типа акцентуаций у активных участников ролевых игр – Демонстративность, Экзальтированность и Циклотимность.

Исходя из выявленного сочетания акцентуаций, можно отметить, что чрезмерно выраженными у активных участников ролевых игр являются те черты личности, которые связаны с эмоциональной сферой, высокой психологической лабильностью, а так же гипертрофированной потребностью во внимании. Мы видим картину творческой, лабильной личности, акцентуированной в сторону эмоциональной сенситивности и поэтому крайне зависимой от окружающего мира. Ведущей акцентуацией черт характера является экзальтированность как необходимость в пассивном, созерцательном получении эмоций. Можно предположить, что сочетание этих качеств с потребностью во внимании, артистизмом и другими про-

явлениями демонстративности свидетельствует о поиске собственной идентичности через окружение.

Данные теста Кеттелла позволяют сделать вывод о том, что активным участникам ролевых игр свойственна большая, в отличие от контрольной группы, сенситивность, потребность во внимании и склонность к уходу в фантазии (I+), а также пренебрежение правилами, ярче выраженное стремление к независимости (G-). Кроме того, выделяются значительно более выраженная подозрительность, недоверчивое отношение к окружающему социуму (L-) и внутренняя напряжённость, раздражительность, предположительно детерминированная избытком побуждений, не находящих разрядки (Q4+). Данный психологический профиль, учитывая наиболее выраженные типы акцентуаций, позволяет предположить, что активным участникам ролевых игр свойствен психологический инфантилизм, возвращающий их на подростково-юношескую стадию развития. Кроме того, тест на уровень субъективного контроля показал, что активные участники ролевых игр проявляют большую, чем испытуемые контрольной группы, склонность к экстернальному локусу контроля, то есть у них доминирует тенденция приписывать причины происходящего с ними внешним факторам, снимая с себя любую ответственность. Особенно выделяются в этом отношении следующие сферы: общая сфера и сфера достижений и сфера производственных отношений. Это также подтверждает предыдущие выводы о психологической незрелости, свойственной активным участникам ролевых игр, и позволяет предположить развитость такого механизма психологической защиты, как проекция.

Более чётко этот факт проявляется в данных теста Лири. В нём значимые различия данных экспериментальной и контрольной групп выявлены в разделе Я-реальное, в шкалах III и IV – агрессивность и подозрительность, соответственно. Можно проследить взаимосвязь между чертами подозрительности и агрессивности. Неуверенность в себе, детерминированная отсутствием чёткой идентичности, вызывает защитную реакцию в виде направленной вовне агрессии, которая, в свою очередь, с помощью развитого механизма проекции переносится на окружающий мир. Таким образом порождается внутриличностный конфликт, не находящий разрешения и создающий напряжение. Вопрос влияния данного конфликта на адаптацию к социуму требует дальнейшего изучения. Противопоставление себя социуму, очевидно, способствует эскапизму.

Обобщая полученные данные и их интерпретацию, а так же учитывая результаты выявления значимых различий в тесте Гилфорда, можно выдвинуть предположение, что активным участникам ролевых игр свойствен сниженный уровень социального ориентирования, обусловленный большей направленностью внимания на себя, чем на окружающий мир. Сложность в понимании и прогнозировании межличностного взаимодействия является фактором, способствующим социальной дизадаптацией.

Выводы:

1. Для участников ролевых игр типичен характерологический портрет, соответствующий старшему подростковому возрасту.
2. Им присуще тревожное, подозрительное и агрессивное отношение к окружающему социуму, предположительно, детерминированное несформированностью устойчивой идентичности. Неуверенность в себе вызывает тревогу, в свою очередь, порождающую агрессию как защитную реакцию.
3. Зависимость внутреннего состояния от внешнего мира и потребность во внимании фрустрируются тревожно-подозрительным восприятием окружающего

социума, порождая внутриличностный конфликт, вызывающий не разряжающееся напряжение.

4. Можно предположить, что ролевые игры являются для их активных участников эскапистическим способом решения описанного выше внутриличностного конфликта, а так же формой поиска идентичности.

Меркурьева Ю.А., Искандирова А.С.

**НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ОСОБЕННОСТИ
ТЕЛЕСНОСТИ У ПОДРОСТКОВ С ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМЫМ
ПОВЕДЕНИЕМ**

**Московский государственный медико-стоматологический университет
им. А.И. Евдокимова (Москва).**

Целью исследования было изучение нейропсихологических особенностей у подростков с интернет-зависимым поведением. Было обследовано 235 учащихся школ ЦАО г. Москвы, средний возраст 15.5. Далее по результатам методики «Шкала интернет-зависимости Чена» и экспертной оценки данная группа была поделена на две: экспериментальную и контрольную. В экспериментальную группу вошли 98 испытуемых, в контрольную – 100. Нейропсихологические особенности выявлялись путем проведения адаптированного нейропсихологического исследования для подростков (на основе Лурия-90). Данные, полученные по методике «Шкала Чена» и показатели нейропсихологических профилей подростков были подвергнуты корреляционному анализу, который не выявил значимой корреляционной связи показателей ($p \leq 0,05$), однако мы обращаем внимание на следующее: показатели функциональных нарушений правого полушария и межполушарных взаимодействий имеют тенденцию к корреляции.

В ходе анализа различий выборок выявлены следующие значимые различия: у подростков с интернет-зависимым поведением отмечены более высокие показатели нарушений пространственного праксиса, слухомоторных координаций, опосредованного запоминания, контроля и регуляции деятельности, внимания. При объединении показателей по локализации данных функций получены следующие индексы: 1) отражающий трудности передних отделов левого полушария; 2) отражающий трудности, связанные с задними отделами левого полушария; 3) отражающий правополушарные трудности.

Далее был проведен анализ различий групп зависимых и условно здоровых. Итак, подростки с интернет-зависимым поведением значимо отличаются от условно здоровых по показателям функциональных нарушений пространственного праксиса, слухомоторных координаций, внимания, контроля и регуляции деятельности, а также опосредованного запоминания. Соотнося эти данные с локализацией функций, мы отмечаем функциональную слабость межполушарных комиссур и левой передней доли, кроме того, учитывая утомляемость, снижение концентрации внимания, можно говорить о слабости первого блока мозга. Важно отметить, что функциональная недостаточность межполушарных взаимодействий увеличивает нагрузку на первый и третий блоки мозга.

Итак, мы можем провести параллель с особенностями интернет-деятельности: подростки могут использовать интернет как способ поддерживать активность, так как постоянное появление новых стимулов внешне регулирует концентрацию внимания, хотя в то же время это способствует еще большему истощению и утомлению.

Отдельная часть исследования была посвящена изучению сформированности образа тела у испытуемых в контрольной и основной группах. Данные группы были обследованы следующими методиками: тест на интернет-зависимость Чена (адаптация Малыгин В.Л., Феклисов К.А.), методика Телесный образ Я (M. Feldenkreiz, адаптация И.А. Соловьевой), методика Рисунок человека (К. Маховер).

Корреляционный анализ результатов методик Телесный образ Я и показателей выраженности интернет-зависимости показал наличие достоверной положительной корреляции. Качественный сравнительный анализ методик Телесный образ Я и Рисунок человека обнаружил следующие символические особенности образа тела: в методике Телесный образ Я: уменьшение длины стопы – недостаточная устойчивость, потребность в опоре, отсутствие внутренней и/или внешней поддержки; удлинение шеи – блокирование и отделение эмоций от сознания; увеличение ширины и высоты головы – высокая значимость интеллекта в системе ценностей, гиперконтроль над телесными импульсами; уменьшение длины руки – нарушения и проблемы общения, недостаточная коммуникативная компетентность; преуменьшение области от талии до промежности – тревога, относящаяся к сексуальности; в методике Рисунок человека отмечаются сходные символические особенности: проблемы опоры – 80% , отделение чувств и эмоций от сознания – 75% , нарушение коммуникаций – 70%, тревога в сексуальной сфере – 80%, недифференцированность рисунка, наличие только границ - нарушение контакта с телом, отсутствие знаний о нем - 30%.

Основные выводы: 1. Образ тела подростков, проявляющих паттерн интернет-зависимого поведения, искажен значимо больше, чем у группы здоровых подростков (54,7%). 2. Образ тела подростков с интернет-зависимым поведением значимо менее дифференцирован по сравнению со здоровыми подростками. Особенности искажений образа тела у интернет-зависимых подростков говорят о нарушении контакта эмоций, тела и сознания, проблемах в сфере общения, отсутствии опоры и уверенности, нарушении контакта со своими желаниями.

Никифорова Н.А, Терентьева С.В.

**ВЛИЯНИЕ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ
НА ЗДОРОВЬЕ ШКОЛЬНИКА**

**Средняя образовательная школа № 191 с углублённым изучением
немецкого языка (Санкт-Петербург).**

Привязанность к компьютеру проявляется уже с раннего возраста детей, а со временем компьютер полностью вытесняет их любимые игрушки. Поэтому эта тема так актуальна для современного общества, головная боль для родителей и, как следствие, непонимание, агрессия со стороны ребенка и многие другие неприятные моменты. Мнения о пользе и вреде компьютера разделяются на противоположные. С одной стороны, сложно не согласиться, что компьютерные игры способствуют раннему развитию детей, в том числе развивают реакцию и внимание, логическое мышление и сообразительность. Рассмотрим отрицательные факторы влияния компьютера на ребёнка.

1. Компьютерная техника наносит непоправимый вред растущему детскому организму и прежде всего зрению. Дети не замечают усталости, и поэтому родителям следует проследить за тем, чтобы их дети не перегружали глаза.

2. Малоподвижный образ жизни. Любой организм, особенно растущий, для полноценного развития нуждается в движении, а многие современные школьники проводят большую часть времени сидя за столом.[1].

3. Психозэмоциональные перегрузки. Возникают из-за многочасового просиживания перед компьютером и недостатка движения. Ребёнок становится агрессивен, раздражителен, неуправляем, у него появляется нервное перевозбуждение, он с трудом засыпает, плохо спит. И в результате - постепенное развитие зависимости от компьютерных игр.

4. Все виртуальные образы даются в готовом виде, в результате утрачивается творческая составляющая процесса. Ребенок в процессе компьютерной игры не развивается, а скорее учится манипулировать. У таких детей впоследствии могут возникать разного рода проблемы в общении, а главное — они не будут готовы к тому, чтобы самостоятельно решать серьезные жизненные ситуации.

Вот некоторые советы психологов, которые помогут свести к минимуму негативное воздействие компьютера на ребенка:

- ✓ никогда сами не усаживайте ребенка перед компьютером, какой бы увлекательной, на ваш взгляд, ни была бы игра и как бы ни хотелось вам занять ребенка хотя бы на часик, чтобы заняться домашними делами.

- ✓ четко нормируйте время, которое ребенок проводит перед компьютером: 1 кл. - 10 мин. в день, 2-5 кл. — 15 мин., 6-7 кл.- 20 мин., 30 мин. перерыв для отдыха от монитора, телевизора. И категорически запрещаются компьютерные игры перед сном.

- ✓ старайтесь по максимуму заменять общение своего чада с компьютером детским творчеством: лепка, аппликации, рисование, развивающие игры;

- ✓ вовлекайте детей в активные игры, ребят постарше запишите в спортивные секции, кружки. Это будет способствовать гармоничному развитию ребенка - как физическому, так и духовному;

- ✓ родителям необходимо установить и правильно настроить фильтр, который не позволит посещать «плохие» сайты и не позволять ребенку нарушать установленные нормы в домашних условиях.[2]

Эти приемы еще можно применить с дошколятами и младшими школьниками. А вот с подростками... будет гораздо сложнее. Чем раньше вы начнете ограждать ребенка от пагубной привычки погружаться каждый вечер в виртуальную реальность и поклоняться компьютерным игрушкам, тем лучше для здоровья детей.

Маленького ребёнка не стоит подпускать к компьютеру до определённого возраста. Дети по-прежнему радуются самым обычным вещам: куклам, незамысловатым сюжетам и др. У ребёнка должно быть разностороннее детство, множество занятий, которые интереснее, чем сидение в интернете. Тогда у него появится некое желание не быть похожим на всех остальных.

Одна из основных причин компьютерной зависимости – тяжелая обстановка в семье. Родителям стоит задуматься, почему ребенок чувствует себя незащищенным, возможно, пересмотреть привычные отношения в семье. Возможно, что кто-то подавляет его авторитетом, отчего у подростка возникает чувство подчиненного положения, бесполезности попыток самоутвердиться в реальности. Лучший способ оторвать подростка от игр — дать ему почувствовать вкус реальной победы, в которую он вложил реальный труд.

Интернет-ресурсы могут стать инструментом для саморазвития, учебы и самосовершенствования. Запишите ребенка на курсы компьютерной грамотности, где он научится эффективно использовать ресурсы сети, осознать, что компьютер — это не только игры и социальные сети, а огромные возможности. Обратите

внимание на его окружение в социальных контактах. Возможно, у него возникли трудности в понимании какого-нибудь школьного предмета и он боится вам об этом рассказать или у него возникли проблемы со сверстниками. Игрой или общением в интернете он компенсирует свою неудовлетворенность. Находите время на общение и не просто слушайте своего ребёнка и расспрашивайте, что он делал в течение дня, а поинтересуйтесь его чувствами, переживаниями, т. к. он об этом не расскажет. Учитесь спрашивать тактично и ненавязчиво. Поощряйте его стремление к успехам в реальной жизни. Пусть ваша поддержка будет ощутимой, позвольте ребёнку почувствовать, что он сам контролирует свою жизнь, и он действительно станет более ответственным.[3]

ЛИТЕРАТУРА

1. Арямов И.А. Особенности детского возраста. - М., 1953.
2. Фадеева, С.В. Профилактика компьютерной зависимости у подростков // Народное образование. - 2011. - № 8. - С. 276-280.
3. Дмитрук М. Когда стреляют в души // Наука и религия, 2013, № 2. - С. 8-13.

Пережогин Л.О., Вострокнутов Н.В.

ЗАВИСИМОСТЬ ОТ ИНТЕРНЕТА И ПК У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ. ПРЕДПОСЫЛКИ. ФОРМЫ. КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ. ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ

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

В последнее время все чаще встречаются аддикции, не связанные с употреблением ПАВ, более того, лишённые самого химического субстрата зависимости. К таковым относятся и ПК-зависимость и интернет-аддикция, причем фактором, позволяющим говорить именно о зависимости, является то, что у пользователей ПК и интернета были выявлены признаки зависимости, соответствующие критериям DSM-IV и МКБ-10 – бесконтрольность использования, значительное стрессовое воздействие, сопряженность с финансовыми проблемами, социальные и учебные трудности, провокация симптомов, характеризующих гипоманию. Определение аддиктивной зависимости от ПК, компьютерных игр и интернета требует четкого различения ее непатологических и патологических форм. Зависимость определяется как систематическое повторение действий, сосредоточенных на узконаправленной сфере деятельности при игнорировании ведущих социальных потребностей, с уходом от реальности и формированием личности зависимого типа. По нашим данным, геймерство – самая распространенная среди подростков форма интернет-зависимости. Преобладание этой формы обусловлено отсутствием необходимости в каких-либо навыках работы с ПК, увлекательностью многих игр и предоставляемой играми возможностью аутоидентификации с самыми различными героями. Между компьютерной игрой и ПК-зависимостью, интернет-аддикцией, с одной стороны, и личностью подростка, с другой, мы наблюдаем устойчивые параллели: сенсорности ПК соответствует образность восприятия, свойственная личности несовершеннолетнего группы риска, действенности игры – незрелость эмоциональных реакций, коммуникативность становится особенно привлекательной на фоне импульсивности и слабости «Я», сверхценность ПК-игр и интернета становится следствием общей личностной незрелости, инфантилизма исследуемой группы подростков.

К базовым клинико-психопатологическим признакам, характеризующим формирование игровой ПК-зависимости, мы отнесли следующие особенности психического состояния подростков: (1) доминантное или сверхценное отношение к ПК-играм и поглощенность общением on-line с друзьями по сети; (2) избирательные изменения эмоциональности в форме восторга / восхищения / радости или недовольства / раздражения / досады / беспокойства в игровом пространстве и утрата чувств удовольствия / радости / любознательности вне игровой ситуации; (3) избирательные изменения когнитивности в виде выраженного беспокойства / волнения / интереса, связанного с работой на компьютере в процессе игры и общения, при общем снижении когнитивной мотивации в ситуациях, не связанных с игрой; признаки формирующейся алекситимии как нарушения саморефлексии с бедностью эмоционально-когнитивной оценки и описания своего состояния, связанного с охваченностью игрой; (4) избирательные расстройства научения (проблемы дислексии, пространственной ориентировки, в том числе проблемы, связанные с леворукостью); (5) инфантилизм как личностная незрелость при наличии соматоэндокринных дисфункций, включая диспластичность кризового периода; (6) признаки нейроциркуляторной дистонии и астеновегетативных нарушений, включая такие соматические осложнения, как миалгии в отдельных мышцах, расстройства ритма «сон-бодрствование».

В дополнение к вышеперечисленному можно указать и основные признаки интернет-зависимости: (1) чрезмерное, немотивированное злоупотребление временем работы в сети, не обусловленное профессиональной, научной или иной созидательной деятельностью, (2) использование средств интернета как преобладающего средства коммуникации, (3) создание и эксплуатация виртуальных образов, крайне далеких от реальных характеристик, (4) влечение к интернет-играм и созданию вредоносных программ (без какой-либо цели), (5) субъективно воспринимаемая невозможность обходиться без работы в сети.

Перечисленные клинико-психопатологические признаки, характеризующие ПК-зависимость, сочетались со следующими стабильными патологическими расстройствами, как правило, определяющими устойчивость аддикции: (1) аномальными аффективно-личностными реакциями; (2) формирующимися и стойкими аномальными расстройствами личности (наиболее часто наблюдались радикалы эмоциональной неустойчивости, шизоидности и нарциссичности); (3) униполярным, биполярным аффективным расстройством; (4) шизотипическим расстройством; (5) органическим расстройством личности.

Разработанная в ходе лечения 72 подростков в возрасте от 11,5 до 15 лет, родители которых совместно с детьми обращались за консультативной и коррекционной помощью в ГНЦ ССП им. В.П. Сербского программа коррекционной работы включала в себя три основных этапа. Первый этап – консультативно-диагностический (2-4 встречи). Он включал индивидуальное консультирование ребенка и семейное консультирование, заключение т. н. «семейного договора». Второй этап – коррекционно-терапевтический (5-7 занятий). Осваивался комплекс навыков релаксации. Формировалась диссоциация в структуре аддиктивной личности двух «Я»: одно «Я» слабое, зависимое от игры, не знающее альтернативных форм работы с компьютером; другое «Я» сильное, знающее цену своему слову, принявшее на себя ответственность. Третий этап – коррекционно-поддерживающий (5-7 занятий). Он включал выработку навыка ведения дневника примирения и содружества «Я сильного» и «Я зависимого» с выработкой и закреплением альтернативных форм работы с ПК. Длительность курсового лечения с включением первого и второго этапов составляла 2-2,5 месяца.

КОМПЬЮТЕРНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ У ШКОЛЬНИКОВ

Брестский государственный университет имени А.С. Пушкина (Беларусь).

Стремительное развитие и распространение информационных технологий в настоящее время приводит к тому, что постоянно увеличивается число детей, которые используют компьютер в школе, на уроках информатики и для подготовки домашних заданий, а также проводят за ним часть своего свободного времени. На чрезмерное увлечение компьютером родители, как правило, не обращают внимания до тех пор, пока в поведении ребенка не появляются ярко выраженные отклонения, такие как воровство денег, прогулы школьных уроков и др. На самом деле компьютерная зависимость рассматривается психологами и психиатрами как одна из форм аддиктивного (зависимого) поведения. Воздействие новых факторов среды на еще только формирующийся организм способно стать причиной различных функциональных расстройств и, возможно, запустить патологические процессы [1]. Участие в виртуальном мире позволяет подросткам абстрагироваться от психологических проблем реального мира. Но это происходит лишь на время пребывания в виртуальном пространстве. Для такого ребенка реальный мир неинтересен и полон опасностей. Вследствие этого подросток пытается жить в другом мире – виртуальном, где все возможно, все дозволено, где он сам устанавливает правила игры.

В настоящее время выделяют 5 типов компьютерной зависимости: навязчивый серфинг (путешествие в сети, поиск информации по базам данных и поисковым сайтам); страсть к онлайн-биржевым торгам и азартным играм; виртуальные знакомства в социальных сетях; киберсекс (увлечение порносайтами); компьютерные игры [2]. Одной из разновидностей компьютерной зависимости является зависимость от компьютерных игр. Цель данного исследования заключалась в выявлении динамики данного вида зависимости в школьном возрасте. Применялся тест для определения компьютерной зависимости и анкета идентификации компьютерной игровой зависимости. Так, в возрасте 9–10 лет у 20% учащихся имеются проблемы, связанные с чрезмерным увлечением интернетом; у 5% использование интернета вызывает значительные проблемы; у 31% учащихся можно отметить высокий уровень игровой зависимости. В 11–12 лет уже у 46% учащихся имеются проблемы, связанные с чрезмерным увлечением интернетом; у 19% использование интернета вызывает значительные проблемы; у 44% учащихся можно отметить высокий уровень игровой зависимости. В 16–17 лет у 65% учащихся имеются проблемы, связанные с чрезмерным увлечением интернетом; у 5% использование интернета вызывает значительные проблемы; высокого уровня игровой зависимости не отмечено.

Проведённое исследование показало, что в младшем школьном возрасте говорить об интернет-зависимости не актуально. Опасения вызывает игровая компьютерная зависимость с той позиции, что младшие школьники познают окружающий мир не только в учебной деятельности, но и благодаря игровой деятельности, которая осуществляется в контексте виртуального пространства. Переломным моментом является подростковый возраст, где подростки уже интенсивно входят в интернет-пространство; они им живо интересуются и в силу возраста не умеют контролировать количество времени, проведенного в сети. Длительное преобладание игровой деятельности в жизни, безусловно, обедняет эмоционально-волевую сферу. В старших классах уровень игровой зависимости значительно

снижается, что, по нашему мнению, связано, с одной стороны, с доминирующей в данном возрасте системой отношений – отношений со сверстниками, с другой стороны, с необходимостью определения временных перспектив. Именно благодаря интернету учащиеся налаживают контакты с окружающими. Однако, подобный тип общения прежде всего обедняет эмоционально-волевую сферу ребенка.

Мы убеждены в необходимости коррекционно-профилактической работы по предотвращению развития интернет-зависимости именно на этапе её зарождения (среднее звено), когда актуальна потребность в присутствии значимого человека (понимающего и принимающего), однако любое взаимодействие с привычными взрослыми (родители и педагоги) чаще всего вызывает протестные реакции. И если раньше школьники в свой период полных противоречий значимого человека находили среди тренеров, руководителей кружков и секций, то современный ребёнок, к сожалению, ищет понимания в интернет-пространстве. Психолог может сыграть на данном этапе роль значимого и понимающего другого, который через систему целенаправленных, но ненавязчивых и поучающих занятий поможет ребёнку понимать себя и принимать окружающих.

ЛИТЕРАТУРА

1 Станкевич Ю.С. Компьютер: друг и помощник? Профилактика компьютерной зависимости: сборник информационных материалов. - Витебск: УО «ГЦВР», 2009.

2 Юрьева Л.Н. Компьютерная зависимость: формирование, диагностика, коррекция, профилактика: монография. - Днепрпетровск: Пороги, 2006.

Семенова С.В.

ИНТЕРНЕТ В ЖИЗНИ ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

**Научно-исследовательский психоневрологический институт им.
В.М. Бехтерева (Санкт-Петербург).**

Результаты исследований о влиянии интернета и компьютерных технологий на подростков неоднозначны. Имеются данные о том, что зависимые подростки часто уходят в «виртуальную жизнь», компенсируя проблемы в реальной, одной из типичных проблем является нарушение детско-родительских отношений. У подростков с игровой зависимостью были выявлены более низкие показатели избирательности и переключаемости внимания. В то же время появляются данные о позитивном влиянии интернета на процессы памяти и зрительного восприятия, у активных интернет-пользователей повышается возможность переработки больших объемов информации, развивается креативность. Исследования роли интернета в психическом развитии и социализации детей и подростков, его позитивного и негативного влияния носят фрагментарный и несистематизированный характер. Практически не изученной остается тема отношения к интернету психически больных подростков и влияние увлечения компьютерными технологиями на протекание психических расстройств.

В связи с вышесказанным в отделении лечения психических расстройств у лиц молодого возраста НИПНИ им. В.М. Бехтерева в 2013 г. проводится исследование роли интернета в жизни пациентов. С помощью авторской анкеты были опрошены 44 человека, 22 девушки и 22 юноши. Возраст респондентов от 12 до 18 лет, средний возраст составил 15 лет. В анкетировании приняли участия пациенты стационара, страдающие различными психическими расстройствами (шизофрения, нервная анорексия, нарушения поведения, депрессия и др.). Критерием вклю-

чения в выборку было отсутствие грубой дезорганизации психики на момент заполнения анкеты, при этом психотическая симптоматика часто присутствовала. Вопросы анкеты касались количества времени, проводимого обычно в интернете, целей и характера деятельности, поиска информации о психических заболеваниях и лекарственных препаратах, активности в социальных сетях и участия в онлайн-играх. Пациентам сообщалось о научной цели исследования и конфиденциальности полученных результатов, тем не менее, часть опрошенных уточняла – узнают ли эту информацию их родители. Это можно рассматривать косвенным признаком того, что количество времени, проводимое за компьютером, может являться основанием конфликтов подростков с родителями.

У всех опрошенных дома есть выход в интернет, и они пользуются компьютером. На вопрос, «Как часто вы обычно пользуетесь интернетом?» наиболее популярный ответ - каждый день, его дали 75% опрошенных, 11% пользуются Интернетом три раза в неделю, столько же - один раз в неделю и всего 2% выходят в интернет раз в месяц. То есть, не смотря на заболевание, наблюдается высокая частота использования интернета.

Продолжительность времени нахождения в интернете в течение дня только у 9% составляет не более часа, 1-2 часа проводят в интернете 34 %, 3-6 часов 23% опрошенных, а остальные 34% могут сидеть за компьютером весь день. Результаты примерно соответствуют данным других исследователей, полученным на здоровых сверстниках.

Интересно, что 45% опрошенных подростков имеют определенную цель при обращении к интернету и только 7% сообщили, что не имеют четкой цели, заходя в интернет. Однако, около 40% юношей и девушек тратят много времени на просмотр ненужной им информации либо вовсе забывают о своем первоначальном намерении. 34% участников исследования отмечают, что проводят в интернете больше времени, чем планировали. Такое нарушение целеполагания может быть как следствием заболевания, так и иметь другие причины, например, неустойчивость познавательных интересов, потребность в общении или развлечении, являться особенностью подросткового возраста.

Наиболее популярные занятия в интернете - это поиск информации (70%), общение с друзьями (68%), скачивание (музыки, фильмы и т. п.) - 61%, прослушивание музыки и просмотр фильмов - 59% и 48%, игры - 32%. Обучающие возможности интернета используют только 25% подростков.

Длительное пребывание подростков в интернете может быть связано с их потребностью в коррекции эмоционального состояния: 30% пациентов отметили улучшение настроения при выходе в Интернет. Еще 36% отмечают, что настроение меняется иногда в лучшую, а иногда в худшую сторону, и только 7% сообщили, что настроение ухудшается. Вероятно, для части подростков интернет - это один из наиболее распространенных и популярных способов избавиться от плохого настроения, освободиться от проблем.

Таким образом, результаты исследования свидетельствуют, что подростки, страдающие психическими заболеваниями так же, как и их здоровые сверстники, позитивно относятся к интернету и являются активными пользователями, но не используют в полной мере всех возможностей интернета и компьютерных технологий, что требует особого внимания ученых и практиков.

Сирота Н.А.*, Власов Н.А.**

**ОСОБЕННОСТИ КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ И КОПИНГ-РЕСУРСОВ У
ПОДРОСТКОВ С РИСКОМ РАЗВИТИЯ КОМПЬЮТЕРНОЙ
ЗАВИСИМОСТИ**

***Московский государственный медико-стоматологический университет
им. А.И. Евдокимова, **Российский национальный исследовательский меди-
цинский университет им. Н.И. Пирогова (Москва).**

В последнее десятилетие отчетливо обозначились контуры нового вида зависимости — компьютерной. До сих пор в научном сообществе не утихают споры о том, можно ли считать данную аддикцию самостоятельным заболеванием. Проблема сепарации данного отклонения от прописанного в МКБ «Расстройства привычек и влечений» (F63) [6], равно как и близкой по характеру интернет-зависимости [4], все еще остается актуальной. Есть мнение, что компьютерная и интернет-зависимости скрывают другие аддикции и психические отклонения [2]. Отсутствие отдельно прописанной нозологии «компьютерная зависимость» не означает отсутствие проблемы зависимого поведения, связанного с компьютером. Ряд авторов [7] указывает на значительное количество людей, зависимых от компьютера, что подтверждается нашей практикой в отделении медико-социальной помощи детям. Наиболее полная классификация факторов риска возникновения и развития зависимого поведения, разработанная Н.А. Сиротой [5], указывает на неумение справляться со стрессом как на одну из причин развития аддикций, что подтверждается и другими авторами [1]. Н.А. Сирота и В.М. Ялтонский разработали модель копинг-поведения, которая базируется на интегративной теории стресса и копинга Р. Лазаруса и выделили основные копинг-ресурсы: социальную поддержку, Я-концепцию, эмпатию, локус контроля и другие психологические конструкты. Истощение копинг-ресурсов является одной из причин развития аддикции, поэтому **целью** нашего исследования было изучить особенности копинг-стратегий и копинг-ресурсов у подростков, имеющих риск развития компьютерной зависимости.

Задачи исследования: 1. Исследовать копинг-стратегии и копинг-ресурсы подростков. 2. Исследовать сформированность компьютерной зависимости у подростков, выявить группу риска. 3. Сопоставить данные о копинг-стратегиях, копинг-ресурсах и риске развития компьютерной зависимости.

Генерализованная выборка составила 27 человек - подростки, учащиеся одного из московских техникумов в возрасте 15-16 лет. Для получения полноценных и достоверных результатов использовались следующие **методы**: тестирование, количественный и качественный анализ полученных данных, методы математической статистики. Использованные **методики**: 1. Диагностика компьютерной зависимости: тест «Компьютерная зависимость» Л.Н. Юрьевой и Т.Ю. Больбот. 2. Диагностика копинг-ресурсов: опросник «Уровень субъективного контроля» (УСК) Е.Ф. Бажина, Е.А. Голынкиной и Л.М. Эткинда; «Опросник самоотношения» В.В. Столина; Методика диагностики личности на мотивацию успеха/избегание неудач Т. Элерса; «Шкала социальной поддержки» Д. Зимета, адаптирована Н.А. Сиротой и В.М. Ялтонским. 3. Диагностика копинг-стратегий: «Копинг-тест» Р. Лазаруса и С. Фолкмана, адаптирован Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтык и М.С. Замышляевой.

Результаты исследования. После обработки результатов теста на компьютерную зависимость нами было выделено две группы подростков: группа риска развития компьютерной зависимости (9 человек) и группа нормы (18 человек).

По результатам теста «УСК» было выявлено, что в обеих группах уровень интернальности выше, чем уровень экстернальности. Известно, что обратная ситуация наблюдается при наличии компьютерной зависимости [3]. Исходя из данных, полученных в ходе обработки «Опросника самооотношения» ведущим потребностным уровнем в обеих группах является самопонимание. По всем шкалам опросника различий между группами риска и нормы не выявлено. Данные, полученные по результатам тестирования методикой «Шкала социальной поддержки», указывают на уровень социальной поддержки выше среднего в обеих группах. По результатам теста «Диагностика личности на мотивацию успеха/избегания неудач» Т. Элерса было выявлено, что в группе нормы мотивация достижения выше, чем в группе риска развития компьютерной зависимости. Исходя из данных, полученных в ходе обработки «Копинг-теста» Р. Лазаруса, можно утверждать, что уровень напряженности копинга в обеих группах средний. Вместе с тем, анализ данных субшкал указывает более высокие показатели неконструктивных копингов «дистанцирование» и «бегство-избегание» у группы риска в сравнении с группой нормы.

После получения и обработки данных нами был проведен корреляционный анализ, в ходе которого было установлено следующее: 1. Чем ниже мотивация на успех, тем выше уровень риска развития компьютерной зависимости. 2. Чем выше уровень копинга «дистанцирование», тем выше уровень риска развития компьютерной зависимости. 3. Чем выше уровень копинга «бегство-избегание», тем выше уровень риска развития компьютерной зависимости.

Выводы. 1. Копинг-ресурсы в контрольной группе и в группе риска не имеют значимых различий. 2. Такие копинг-стратегии, как «дистанцированность» и «бегство-избегание», а также невысокая мотивация на успех имеют взаимосвязь с риском развития компьютерной зависимости. 3. В группе риска уровень развития неконструктивных копинг-стратегий выше, чем в контрольной группе.

Полученные данные позволяют лучше понять особенности стрессово-сладающего поведения и мотивационной сферы подростков с риском развития компьютерной зависимости, что, в свою очередь, позволит создать более действенные программы профилактики этого вида аддикции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Березин С.В. с соавт. Предупреждение подростковой и юношеской наркомании. — М., 2005. — С. 68.
2. Гоголева А.В. Аддиктивное поведение и его профилактика. — М., 2002. — С. 96.
3. Максимов А.А. Личностные особенности людей с компьютерно-игровой зависимостью: автореф. дис. ... канд. психол. наук. — М., 2009.
4. Малыгин В.Л. с соавт. Интернет-зависимое поведение у подростков. Клиника, диагностика, профилактика. — М., 2010. — С. 7.
5. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Профилактика наркомании и алкоголизма. — М., 2009.
6. Чуркин А.А., Мартюшов А.Н. Краткое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии. — М., 2000. — С. 98.
7. Юрьева Л.Н., Больбот Т.Ю. Компьютерная зависимость: формирование, диагностика, коррекция и профилактика. — Днепропетровск, 2006. — С. 48.

Сирота Н.А., Ялтонский В.М., Московченко Д.В.
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИГРОКОВ
В МНОГОПОЛЬЗОВАТЕЛЬСКИЕ ОНЛАЙН-РОЛЕВЫЕ ИГРЫ
Московский государственный медико-стоматологический университет
им. А.И. Евдокимова (Москва).

Последние два десятилетия актуальным становится изучение лиц играющих в многопользовательские онлайн-ролевые проекты. Отдельный класс компьютерных игр, набирающих в настоящее время популярность, – MMORPG (Massive Multiplayer Online Role-Playing Game). Появление такого рода игр привело к тому, что число подростков и молодых людей, проводящих 10 и более часов за игрой в компьютер, стало возрастать.

Были обследованы 60 человек мужского и женского пола. Участники исследования — игроки в MMORPG World of Warcraft. Средний возраст испытуемых $24,6 \pm 2,8$. Общее количество опрошенных мужчин составило 39 человек, женщин — 21 человек. Результаты анкетирования показали, что игроки в MMORPG различаются по степени вовлеченности в игровой процесс, стилю игры и отношению к ней, на основе чего было выделено три группы:

В первую группу вошли пользователи, стаж игровой деятельности у которых более 3-4 лет, которые регулярно посещают игру (5-7 дней в неделю) и тратят за один сеанс в среднем 4,5 часа. ($n=19$).

Во вторую группу вошли пользователи, стаж игровой деятельности у которых не превышает 2-3 лет, предпочитают играть в среднем 2,5 часа за сеанс, а регулярность посещения не превышает 3-4 дней в неделю. ($n=21$).

В третью группу вошли пользователи, которые предпочитают играть от случая к случаю, стаж игры у которых не превышает 1 года, время, проводимое за один сеанс не превышает 1-2 часа в день ($n=20$).

Для всех выделенных групп характерны различия по степени выраженности когнитивных схем, когнитивных стратегий регуляции эмоций и психологическому благополучию.

Первая группа игроков, характеризуется максимальной вовлеченностью в игровой процесс, низким уровнем психологического благополучия, выраженными неадаптивными когнитивными схемами. Для них типичным является избегание трудностей, низкий уровень компетентности в области межличностных отношений, стремление отгородиться от окружающих. Эти особенности сказываются и на выборе игрового стиля, т. е. игроки выбирают преимущественно одиночное освоение игрового контента, а избегание сложностей является основной причиной попыток бросить игру.

Пользователи, включенные во вторую группу, основным игровым мотивом считают расширение игровых контактов, связей, освоение игрового контента. Важность виртуального общения у игроков ассоциирована с возможностью управления средой, возможностью чувствовать свою компетентность в решении повседневных задач.

Игроки, минимально вовлеченные в игровой процесс (третья группа), характеризуется более высоким уровнем психологического благополучия, отсутствием связи между параметрами психологического благополучия и когнитивными схемами.

Смирнова Е.А., Малыгин В.Л.

**ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙНОГО ВОСПИТАНИЯ
ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМЫХ ПОДРОСТКОВ**

**Московский государственный медико-стоматологический университет
имени А.И. Евдокимова (Москва).**

В последние годы задача изучения интернет-зависимости ставится перед исследователями все чаще. В последней редакции DSM-V, опубликованной в мае 2013 года, «Расстройство, связанное с чрезмерным увлечением интернет играми» (Internet Gaming Disorder) было включено в третью секцию как расстройство, рекомендованное ученым для более пристального исследования. В нашем исследовании мы поставили своей задачей изучение связи чрезмерного увлечения интернетом у подростков с другой неотъемлемой частью их жизни – семьей. Постановка задачи изучения психологических особенностей взаимодействия в семьях интернет-зависимых подростков позволяет перейти от исследований результатов сформированной зависимости к разработке программ профилактики и терапии.

В проведенном нами исследовании приняли участие 247 человек: 176 школьников в возрасте от 13 до 17 лет и их матери - 71 человек. На основании результатов теста Янг в адаптации Буровой и Шкалы интернет-зависимости Чена в адаптации Феклисова испытуемые были разделены на три группы:

- испытуемые, набравшие более 80 баллов по тесту Янг и более 65 баллов по тесту Чена, определялись в первую экспериментальную группу («группа зависимых»),

- испытуемые, набравшие более 50 и менее 80 баллов по тесту Янг и более 43 и менее 64 баллов по тесту Чена, определялись во вторую экспериментальную группу («группа риска»);

- испытуемые, набравшие менее 50 баллов по тесту Янг и менее 42 по тесту Чена, определялись в контрольную группу.

Родители автоматически относились к той же группе, что их дети.

В рамках данной статьи, нам бы хотелось рассмотреть результаты, полученные с помощью проективной методики «Семейная социограмма». Применение данной методики позволило получить представления об образах семьи, сформированных у подростков и их родителей, а также сравнить их между собой.

Оказалось, что в экспериментальной группе № 1 процент испытуемых, указывающих на нормальную иерархию в микросистеме «дети+родители», равен нулю. То есть ни один ребенок не попал в эту категорию. В группе риска и контрольной группе процент испытуемых в этой категории оказывается близок. Примеры горизонтальной иерархии, а также полного отсутствия иерархии встречаются в группе зависимых гораздо чаще по сравнению с представителями обеих других групп. Кроме того, проявления иных форм дисгармонии иерархии встречаются в группе зависимых также значительно чаще. Также велик процент детоцентрированных социограмм в группе зависимых по сравнению с другими группами.

Таким образом, мы можем говорить, что не только факт наличия или отсутствия иерархии, но и характер семейной иерархии играет роль при формировании интернет-зависимого поведения.

Однако наиболее интересные результаты можно получить, сравнив оценку ребенком близости между родителями, им и сиблингами и оценкой тех же параметров глазами родителей. Было выявлено, что представления детей совпадают с представлениями родителей примерно в 23%-24% случаев в каждой из групп. Однако характер различий в представлениях родителя и ребенка в каждой группе

оказывается особенным. Так, в экспериментальной группе оказывается, что родители чаще считают другого сиблинга ближе, чем испытуемого ребенка, или ребенок оценивал себя ближе к родителю, в то время как тот указывает детей на одном расстоянии; однако на близость к отцу, не подтвержденную родителем, дети зависимой группы не претендуют. В контрольной группе с большей частотой встречаются ситуации, когда родитель оценивает ребенка ближе к себе, чем он сам себя оценивал. В группе риска испытуемые демонстрируют промежуточные показатели между результатами группы зависимых и контрольной группы.

Таким образом, мы можем утверждать, что сам по себе факт наличия различий в восприятии уровня близости между членами семьи родителем и ребенком подросткового возраста является нормальным. Однако характер этих различий отличается в контрольной и в экспериментальной группах. В контрольной группе мать готова давать ребенку больше внимания, близости и поддержки, чем ему требуется, в то время как в экспериментальной группе подросток нуждается в большей близости с матерью, чем она готова ему предоставить. Ситуация, складывающаяся в контрольной группе, сочетается с возрастными нормами для подросткового возраста – ребенок достаточно созревает, чтобы предпринимать первые попытки отделения от семьи. При этом он все еще нуждается в материнской поддержке и участии. Ситуация, складывающаяся в экспериментальной группе, говорит об инфантильности подростков – они нуждаются в большей близости с матерью, чем матери готовы им дать, такие подростки не готовы пройти процесс сепарации от родительской семьи и всячески стремятся к поддержанию инфантильной связи с матерью. Фрустрация потребности в близости приводит к потребности подростка находить замещающий объект привязанности, в случае наших испытуемых – интернет.

Проведенное исследование позволило нам выявить ряд особенностей образа семьи и стиля воспитания в семьях интернет-зависимых подростков, а также сравнить данные показатели с представлениями их матерей. Полученные данные наглядно говорят о том, что семьи интернет-зависимых подростков обладают особенностями, коррекция которых должна быть одной из первых мишеней терапии зависимого подростка в рамках семейной системной терапии.

Солдаткин В.А.

КРИМИНОГЕННОСТЬ, ВИКТИМНОСТЬ И СУИЦИДОГЕННОСТЬ ИГРОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Ростовский государственный медицинский университет» (Ростов-на-Дону).

Введение. Анализ обращаемости за психиатрической помощью не оставляет сомнений в том, что за последние несколько лет в нашей стране заметно возросло число лиц, страдающих игровой зависимостью (ИЗ). Актуальность исследования обусловлена высокой значимостью ассоциированных с этим расстройством медицинских, социальных и юридических проблем.

Материал исследования. За период 2007-2012 гг. обследованы 150 пациентов с установленным по МКБ-10 диагнозом «патологическое влечение к азартным играм» (F63.0). Из 150 пациентов 107 (71,3%) оказались зависимыми от игры в автоматы, 23 (15,3%) – от азартной игры в казино, у 20 пациентов (13,3%) выявлены признаки зависимости от нескольких азартных игр (букмекерские конторы, автоматы, казино, карточные турниры, тотализатор). Преобладали пациенты с игро-

вым стажем 3-5 лет (75; 50,0%). Все пациенты миновали первую фазу игрового цикла (фазу выигрышей). Возраст пациентов был в диапазоне от 8 до 42 лет (средний возраст - $24,3 \pm 4,5$ года). Распределение по полу показало, что на 135 мужчин (90,0%) пришлось 15 женщин (10,0%), т. е. соотношение мужчин к женщинам оказалось 9:1. По уровню образования пациенты распределились следующим образом: неоконченное среднее - 10 пациентов (6,7%), среднее - 28 (18,7%), среднее специальное - 36 (24,0%), неоконченное высшее - 25 (16,7%), высшее - 45 (30,0%), ученая степень - 6 (4,0%). В браке (официальном и гражданском) состояли 46 (30,7%) больных, при этом свои отношения с супругой (супругом) оценивали как «крепкие, надежные» 30 человек (20,0%), а в 16 случаях (10,7%) брак был на грани распада. Одинокими оказалось большинство включенных в исследование пациентов - 104 человека (69,3%). Не учились и не работали, находясь на иждивении близких, 27 из обследованных пациентов (18,0%). Учились 39 пациентов (26,0%). Работали 90 человек (60,0%).

Методы исследования: клинический, математический.

Результаты и их обсуждение. Существенной частью феномена болезни при ИЗ является компульсивное (т. е. по силе сопоставимое с витальными) влечение, мощное, малоподвластное воле, практически без борьбы мотивов. Это влечение направлено на удовлетворение потребности в азартной игре, для обеспечения которой нужны денежные средства. Стремление добыть их (в сочетании с личностными изменениями) подталкивает к совершению преступных деяний: краже, мошенничеству, растрате, угону автомобиля, незаконному получению кредита и уклонению от погашения задолженности. Однако этим механизмом весь спектр криминогенности при ИЗ не определяется. Ряд преступлений против личности (умышленное причинение вреда здоровью, убийство) совершен страдающими ИЗ пациентами в ситуациях, когда в силу разных причин окружающие пытались воспрепятствовать реализации патологического влечения, или после проигрыша. В этих случаях у пациентов развивалось выраженное дисфорическое состояние с высокой опасностью агрессивных действий.

Виктимность при ИЗ во многом связана с громадной задолженностью пациентов (ими проигрывались суммы, в десятки и сотни раз больше дохода за тот же период). Невозможность (а зачастую и нежелание) отдавать долги приводили к возрастанию активности кредиторов, которые после безуспешных попыток вернуть деньги могли обращаться в полукриминальные организации, специализирующиеся на решении подобных проблем.

ИЗ характеризуется высокой суицидальной опасностью. Большинство суицидальных попыток имеет демонстративно-шантажный характер и служит способом получить очередную финансовую помощь родных или снять выраженное напряжение, возникшее в отношениях. Истинные суицидальные действия обусловлены накопившимися проблемами, тяжелой социальной, семейной, профессиональной дизадаптацией, которые являются мощным депрессогенным фактором.

Выводы. 1. Игровая зависимость характеризуется высокой криминогенностью (с риском совершения преступлений как против собственности, так и против личности), виктимностью и суицидальной опасностью. 2. Криминогенность и виктимность игровой зависимости обусловлены продуктивными (синдром зависимости) и негативными (личностными) изменениями, возникающими и нарастающими в процессе развития расстройства. 3. Большая часть правонарушений, совершенных больными игровой зависимостью, остается в сфере латентной преступности, ведущей причиной чего является протекторат семьи. 4. Криминогенность, виктимность и суицидогенность игровой зависимости, являясь значительной юри-

дической, социальной и медицинской проблемой, требует особого внимания. Ее решение возможно только в русле создания эффективной индивидуальной, комплексной помощи пациентам, страдающим игровой зависимостью.

Урсу А.В., Курченков Ю.А.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОТНОШЕНИЙ В СЕМЬЕ В СЛУЧАЕ НАЛИЧИЯ У РЕБЕНКА КОМПЬЮТЕРНОЙ ИГРОВОЙ АДДИКЦИИ

Ивановская государственная медицинская академия (Иваново).

С целью определения отношения родителей к увлечению их ребенка компьютерными играми и вероятной возможности развития у него аддиктивного поведения мы провели уличный опрос случайных прохожих (100 человек – 52% мужчин и 48% женщин), имевших детей возрасте до 20 лет (средний возраст – 11 лет). Почти все респонденты (95%) сообщили, что их дети играют в компьютерные игры в среднем 2 часа в день. Треть опрошенных (35%) считает, что их дети «много играют на компьютере», остальные (65%) думают, что «немного» или «очень мало». В понятие «немного» родители вкладывают 1–1,5 часа в день, под понятием «много» подразумевают 3 часа, а понятие «очень много» – это более 6 часов в день. 15% родителей четко ограничивают время, отведенное на игры, 43% контролируют время «не очень строго», а 42% совсем не контролируют.

В каждой второй семье (50%) из-за чрезмерной игровой деятельности ребенка возникают конфликты, которые носят в 74% случаев эпизодический и в 26% постоянный характер. При этом 45% родителей плохо (19%) или практически совсем не представляют (26%), в какие игры играют их дети. Многим родителям (46%) приходится напоминать ребенку об окончании лимита времени, отведенного на игру, при этом 35% из них вынуждены делать это постоянно, а 65% – иногда. Некоторые родители (14%) перестали напоминать о лимите времени по той причине, что ребенок игнорирует их замечания. В этих случаях дети проводят за компьютерными играми в среднем по 7 часов в день.

Практически половина опрошенных (46%) считает, что увлечение компьютерными играми может привести к зависимости, однако только 27% родителей выразили готовность при необходимости обратиться за помощью к специалисту. Показательно, что в тех семьях, где ребенок играет по 4 и более часов в день, лишь 5 % обратились бы за консультацией.

Была выявлена прямая корреляционная связь средней силы между длительностью игры и отсутствием родительского контроля ($r=0,42$), а также отсутствием представления у родителей, за какими играми проводит время их ребенок ($r = 0,35$).

Таким образом, именно отсутствие четких временных рамок и недостаточное внимание родителей к интересам и проблемам ребенка приводит к чрезмерному увлечению детей компьютерными играми.

АГРЕССИВНОСТЬ И ВРАЖДЕБНОСТЬ ПОДРОСТКОВ С ПРИЗНАКАМИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ МНОГОПОЛЬЗОВАТЕЛЬСКИХ ОНЛАЙН ИГР

Московский государственный медико-стоматологический университет
им. А.И. Евдокимова (Москва).

В настоящее время ведутся дискуссии о неразрывности причинно-следственной связи между агрессией, созданной в игре, и агрессии реальной. Однако, в психологии проблема влияния многопользовательских онлайн-игр на формирование агрессивности как свойства личности изучено недостаточно, что и определяет актуальность данного исследования. В теоретических подходах можно выделить две противоречивых точки зрения. Теория социального научения утверждает, что игры, содержащие модели агрессивного поведения, влияют на враждебность ребенка, что подобные модели будут воспроизводиться им в реальности. Согласно же психоаналитическим теориям, наоборот, компьютерные игры дают возможность отреагировать вытесняемые ребенком агрессивные импульсы, выразить чувства гнева, злости, проявление которых не одобряется окружающими. В этом случае игра может иметь эффект катарсиса, быть средством «самотерапии» для ребенка.

Цель исследования - изучение агрессивности и враждебности подростков с признаками зависимости от многопользовательских онлайн-игр и серверов онлайн-общения.

Материалы и методы исследования. Выборку составили 74 подростка в возрасте от 15 до 17 лет, из которых были сформированы три однородные группы по полу, возрасту и уровню образования. Все испытуемые из общей популяции г. Москвы, обучающиеся в лицее № 1581 при МГТУ им. Баумана. Разделение по группам происходило по результатам методики «Шкала интернет-зависимости Чена» и анкеты участника исследования.

В группу № 1 вошли 30 подростков с признаками зависимости от многопользовательских онлайн-игр. В группу № 2 вошли 37 подростков с признаками зависимости от серверов онлайн-общения. В контрольную группу вошли 37 условно здоровых подростков.

Методы исследования: 1) Шкала интернет зависимости Чена (Chen S.-H., в адаптации В.Л. Малыгина, К.А. Феклисова); 2) Диагностика агрессии и враждебности. Опросник А. Басса и М. Пери (Buss A. H. & Perry M, адаптация С.Н. Ениколопова, Н.П. Цибульского); 3) Опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R, L.R. Derogatis, адаптация Н.В. Тарабриной); 4) Методика Вагнера «Тест руки»; 5) Оценка агрессивности (опросник Спилбергера, адаптированный С.Л. Соловьевой).

Результаты исследования. У подростков, предпочитающих сервисы онлайн-общения (группа № 2), по сравнению с подростками контрольной группы выявлен достоверно более высокий уровень враждебности ($p < 0,037$). Достоверных различий агрессивности и враждебности в группе подростков, предпочитающих многопользовательские сетевые игры, и контрольной группе не выявлено. У подростков, предпочитающих сервисы онлайн-общения, по сравнению с подростками предпочитающими многопользовательские ролевые онлайн-игры, выявлен достоверно более высокий показатель по шкале «враждебность» ($p < 0,031$). Сравнительно более высокий уровень враждебности в группе подростков, предпочитающих сервисы онлайн-общения, возможно, связан с характером деятельности в сети -

высоким уровнем конфликтности в сервисах онлайн-общения. Характерно, что враждебность подростков с признаками зависимости от серверов онлайн-общения носит соревновательный характер, им важно быть сильнее своего соперника для того, чтобы завоевать авторитет. В тоже время агрессия условно здоровых подростков носит конкурентный характер, т. е. она является инструментом для достижения своих намеченных целей. Сравнительно более низкий уровень агрессии подростков с признаками зависимости от многопользовательских ролевых онлайн-игр по сравнению с условно здоровыми подростками, возможно, связан с тем, что игра помогает разрядить агрессию, не прибегая к физическим действиям. Выявлено, что у подростков, предпочитающих сервисы онлайн-общения, отмечаются достоверно более высокие по сравнению с условно-здоровыми подростками показатели по следующим шкалам опросника SCL 90R: обсессивность-компульсивность ($1,54 \pm 0,70$; $p < 0,032$); депрессивность ($1,15 \pm 0,69$; $p < 0,013$) и фобическая тревога ($0,51 \pm 0,61$; $p < 0,039$). Также у них по сравнению с подростками, предпочитающими многопользовательские ролевые онлайн-игры, статистически достоверно выше показатели по шкалам «тревожность» ($1,00 \pm 0,60$; $p < 0,040$), «общий индекс тяжести симптомов» ($1,01 \pm 0,54$; $p < 0,05$). Вероятно, именно повышенный уровень тревожности и депрессивности у подростков, предпочитающих сервисы онлайн, обуславливает снижение адаптации в социуме и способствует бегству в виртуальную среду.

Чернавская Е.А., Аршинова В.В.

ВЛИЯНИЕ ИНТЕРНЕТА НА СОЦИАЛЬНЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ ПОДРОСТКА ЧЕРЕЗ ВОСПИТАНИЕ В СЕМЬЕ

МГУ им. М.В. Ломоносова (Москва).

На сегодняшний день общество не обладает достаточными навыками противодействия негативному влиянию использования технических средств и информационных технологий, здесь нет норм, правил, навыков работы. Прежнее нормирование поведения с учетом культурных, социальных и психологических особенностей не обеспечивает безопасности подростка в отношении информационной зависимости, этим обусловлена актуальность нашего исследования. При избыточном взаимодействии подростка с техническими средствами (компьютеры, планшеты, мобильные телефоны и т. д.) и информационными технологиями (websites, блоги, онлайн-игры, социальные сети и т. д.) резко возрастает риск возникновения у него интернет-зависимости [1]. Отсутствие у преподавателей и родителей достаточной компетентности, знаний о факторах, способствующих вовлечению детей в информационную зависимость, в том числе интернет-зависимость, создает серьезную проблему и способствует появлению паттернов зависимости. Эта проблема требует решения, в первую очередь, в подростковой среде, т. к. это возраст, который жадно впитывает все новшества времени [2, 3, 5, 6, 7, 11].

Гипотеза исследования состояла в том, что каждый из типов воспитания подростка в родительской семье по-своему влияет на вероятность появления ранних факторов вовлечения подростка в интернет-зависимость.

Результаты теоретического и экспериментального исследования привели к тому, что выдвинутая гипотеза была опровергнута. Прделанная работа, позволила нам сделать основные выводы:

- Типы воспитания, применяемые в семье - авторитетный, авторитарный, либеральный, попустительствующий - не отражают вероятность появления ранних факторов возникновения интернет-зависимости.

- У подростков 10-13 лет математическое образование способствует противостоянию зависимого поведения при интернет- и табачной аддикциях.

- Сравнительный анализ математических и нематематических школ выявил тенденцию увеличения числа учащихся подростков с минимальной степенью предрасположенности к интернет- и табачной зависимостям.

- Подростки с математическим образованием при общем показателе выше среднего уделяют большее внимание развитию способностей видеть и предсказывать результат поведения других в отличие от слабо выраженной способности взаимодействия с другими.

Педагогам общеобразовательных школ необходимо все больше уделять внимание проблемам, связанным с ростом факторов риска вовлечения в интернет-зависимость. Особое место в работе с семьей (родителями) занимает разъяснительная работа о причинах возникновения зависимости и ее последствиях. Полноценное функционирование семьи снижает риск возникновения интернет-зависимости у подростков, которым необходимы эмоциональная близость, поддержка, доверие со стороны родителей и значимых взрослых. В противном случае, подросток будет искать способы удовлетворения этих базовых потребностей в другом месте, нередко им оказывается интернет, там он сможет уйти в некий виртуальный мир, в котором нет трудностей и проблем, существующих в реальности.

В качестве профилактики развития интернет-зависимости можно рекомендовать повышение осведомленности подростков о различных видах зависимостей и их опасностях, расширение возможностей для подростков в проведении культурного, спортивного досуга, участия в общественной жизни, осуществляемых в формате межличностного эффективного общения.

Для успешного освоения предмета на уроках математики требуется комплексно подходить к развитию социального интеллекта подростка. Это можно сделать за счет подключения коллективной игры, развивающей качества взаимодействия в команде, лидерские способности, устойчивые коммуникации, психологической взаимной поддержки. Например, на уроках математики можно применить игры способствующие развитию коллективного взаимодействия по решению сложных задач в мини-группах, действующих в соревновании друг с другом.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В., Шпикс Т.А. Психическое здоровье XXI века. Психические отклонения в постмодернистском обществе. - Germany. - 2011.
- [2] Райс Ф. Психология подросткового и юношеского возраста. - СПб. - 2010.
- [3] Кулагина И.Ю. Возрастная психология (развитие ребенка от рождения до 17 лет). - М. - 2009.
- [4] Абульханова-Славская К.А. Социальное мышление личности: проблемы и стратегии исследования // Психологический журнал. - № 4. 2011.
- [5] Водопьянова Н.Е. Я-концепция учащихся. - СПб. - 2011.
- [6] Божович Л.И. Личность и ее формирование в детском возрасте. - М. - 2009.
- [7] Эльконин Д.В. Драгунова Т.В. Некоторые психологические особенности личности подростка // Советская педагогика. № 12. 2010.
- [8] Гилфорд Дж. Три стороны интеллекта. Лекция. 13.04.1959 г. Стенфордский университет. - М. - 2005.

[9] Элкин Д. Эрик Эриксон и восемь стадий человеческой жизни. - М. - 2000.

[10] Люсин Д.В., Ушаков Д.В. Социальный интеллект: Теория, измерение, исследования. - М. 2004.

[11] Выготский Л.С. Педология подростка. - М. 2004.

Шилыева И.Ф.

ИНТЕРНЕТ-ОБЩЕНИЕ - ЛИЧНОСТЬ: ПРОБЛЕМЫ И ПРОТИВОРЕЧИЯ

**Башкирский государственный педагогический университет
им. М. Акмуллы (Уфа).**

Революционный технический скачок в области компьютеризации привел к тому, что появилось «компьютерное общение» – принципиально новая форма связи людей без личного присутствия, в режиме диалога. Высокая познавательная мотивация, постоянная потребность в информации и общении и в то же время недостаток времени формирует из молодого поколения основную массу посетителей «всемирной паутины». Действительно, интернет с его особыми возможностями обратной связи с воспринимающей стороной в корне изменил процессы общения. Открытость, массовость, интерактивность, интимность – понятия, характеризующие новое качество общения личности. Мы полагаем, что в данном случае в ситуации компьютерного общения возникает иллюзия подлинного диалога. Общение с компьютером способствует развитию ощущения взаимодействия с другими. Но на самом деле это, скорее всего, псевдиалог.

Отсутствие границ, цензуры и ограничений, анонимность в ситуации компьютерного общения только создают ощущение подлинного диалога, поскольку здесь возможно проявление таких негативных последствий, как: 1) отсутствие реальной картины личности, эффект сокрытия или презентация ложных сведений; 2) снижение уровня ответственности; 3) «удвоение мира»; 4) рассмотрение компьютера как образца для подражания; 5) «информационное заражение личности машинным видением мира»; 6) стирание индивидуальных различий людей; 7) повышение социальной отчужденности и одиночества. Легкое использование возможностей Интернета, простота и необременительность общения, доступность информации, большой выбор развлечений и, следовательно, частота посещения сети становятся основными причинами возникновения интернет-зависимости у современной молодежи.

В связи с этим одной из задач нашего исследования было выявление особенностей самосознания Интернет-зависимых старшеклассников. В качестве гипотезы исследования выдвинуто предположение о том, что низкий уровень самосознания (неадекватная самооценка, закрытость, низкий уровень отраженного самоотношения, самоценности и самопринятия, высокий уровень внутренней конфликтности и самообвинения) обуславливают формирование интернет-зависимости.

В качестве испытуемых выступили 40 старшеклассников. Нами использовались: 1) методика исследования самоотношения С.Р. Пантелеева (МИС); 2) Методика на исследование самооценки Дембо-Рубинштейн, 3) шкала интернет-зависимости А.Е. Жичкиной, 4) методика исследования интернет-зависимости К. Янг, 5) авторская анкета.

Анализ данных по методикам К. Янг и А. Жичкиной показал, что среди большинства испытуемых виртуальная зависимость отсутствует (65%). Но тем не менее, интернет-зависимость наблюдается у 5% старшеклассников, а у 30% уже

проявляется склонность к виртуальной зависимости. По результатам анкетирования мы определили, что все испытуемые использует интернет как средство общения: общаются в социальных сетях (75%), пользуются ICQ (67,5%), используют интернет для учебы (поиск материала, вычисления) (87,5%), играют в ролевые игры онлайн (32,5%). Выяснилось, что интернет-зависимые старшеклассники «зависают» в социальных сетях, играют в ролевые игры и используют его для учебы. Склонные к зависимости предпочитают виртуальное общение. Их привлекают такие социальные сети, как «ВКонтакте», «Одноклассники» и «Мой мир». Независимые от интернета юноши и девушки также общаются посредством интернета, пользуются им для учебы.

По методике «Шкала самооценки» Дембо-Рубинштейн, у большинства испытуемых адекватная самооценка (52%). В данной выборке преобладают независимые от виртуальной реальности люди. Но также наблюдается определенный процент юношей и девушек с неадекватной самооценкой (48%).

По методике исследования самоотношения С.Р. Пантелеева, у 17% испытуемых наблюдается высокий уровень *закрытости*, что как раз присуще интернет-зависимым испытуемым. В большей части выборки преобладает высокий уровень по шкале «*отраженное самоотношение*» (45%), а низкие баллы (13%) имеют в основном интернет-зависимые испытуемые. По шкале «*самоценность*» 13% испытуемых с низким уровнем самоценности - это тоже интернет-зависимые учащиеся. У 13% - низкий уровень *самопринятия*, присущий в основном интернет-зависимым и склонным к данной зависимости испытуемым. По шкале «*внутренняя конфликтность*» высокие показатели имеют 17% испытуемых, большинство из которых характеризуются интернет-зависимостью. По шкале «*самообвинение*» большинство респондентов имеет низкие показатели (45%). По большей части это независимые от интернета люди. 14% - высокие показатели по шкале «самообвинение». К данной группе относятся зависимые от виртуальной реальности личности.

По результатам корреляционного анализа наша гипотеза подтвердилась: обнаружилась связь между: замкнутостью и интернет-зависимостью ($r_s=0,862$); самооценкой и интернет-зависимостью ($r_s=-0,848$); внутренней конфликтностью и интернет-зависимостью ($r_s=0,712$); отраженным самоотношением и интернет-зависимостью ($r_s=-0,71$); самопринятием и интернет-зависимостью ($r_s=-0,71$); самообвинением и интернет-зависимостью ($r_s=0,682$); самоценностью и интернет-зависимостью ($r_s=-0,644$).

Принимая во внимание сведения о том, что интернет быстрым темпом распространяется в России и число молодежи, пользующейся Сетью, растет, а именно в этом возрасте формируется самосознание, можно сделать вывод о том, что изучение влияния интернета на самосознание современной молодежи и профилактика интернет-зависимости являются актуальной проблемой.

А.Р. Вазиева
О НЕКОТОРЫХ АСПЕКТАХ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ
СОТРУДНИКОВ ДЕТСКОГО ДОМА
Институт экономики управления и права (Набережные Челны).

Синдром профессионального «выгорания» – сложный психофизиологический феномен, который определяется продолжительной эмоциональной нагрузки, выражается в депрессивном состоянии, чувстве усталости и опустошенности, недо-

статке энергии и энтузиазма, утрате способностей видеть положительные результаты своего труда, отрицательной установке в отношении работы и жизни вообще. Главной причиной синдрома эмоционального выгорания считается психологическое, душевное переутомление. Когда требования (внутренние и внешние) длительное время преобладают над ресурсами (внутренними и внешними), у человека нарушается состояние равновесия, которое неизбежно приводит к синдрому эмоционального выгорания.

Установлена связь выявленных изменений с характером профессиональной деятельности, сопряженной с ответственностью за судьбу, здоровье, жизнь людей. Эти изменения расценены как результат воздействия продолжительного профессионального стресса. Среди профессиональных стрессоров, способствующих развитию синдрома эмоционального выгорания, отмечаются обязательность работы в строго установленном режиме дня, большая эмоциональная насыщенность актов взаимодействия.

Существуют различные мнения относительно факторов возникновения выгорания и самих симптомов эмоционального «выгорания». Исследователи сходятся во мнении о том, что главный источник выгорания – это взаимодействие с людьми. Нарушения могут затрагивать разные грани трудового процесса – профессиональную деятельность, личность профессионала, профессиональное общение. В связи с этим профилактике эмоционального выгорания работников необходимо уделять особое внимание и способствовать созданию системы психологической помощи. Работник детского дома должен обладать эмоциональной устойчивостью, быть готовым к психическим перегрузкам.

Объектом нашего исследования стали сотрудники детского дома «Мэрх-эмт» г. Набережные Челны в количестве 30 человек. **Предмет исследования:** эмоциональное выгорание сотрудников. **Цель исследования:** выявить степень выраженности профессионального (эмоционального) выгорания у сотрудников детского дома.

Для решения поставленных задач использовались общенаучные методы теоретического исследования: анализ, синтез, обобщения, абстрагирования, сравнения; изучение научной литературы; специальные психологические методы сбора информации: тестовые опросы (методика диагностики эмоционального выгорания (В.В. Бойко); экспресс-диагностика личностной склонности к сниженному настроению (В.В. Бойко); определение уровня депрессии (Т.И. Балашова); метод расчета коэффициента корреляции по формуле А. Пирсона.

Эмпирическое исследование эмоционального выгорания сотрудников детского дома «показало, что по трем фазам развития стресса: «напряжение», «резистенция», «истощение» у испытуемых отмечаются средние значения, свидетельствующие о том, что в фазе «напряжение» отчетливо прослеживается сложившийся синдром эмоционального выгорания; в фазе «резистенция» – складывающийся симптом эмоционального выгорания; в фазе «истощение» средний показатель находится на границе между складывающимся и сложившимся симптомом эмоционального выгорания.

Результаты экспресс-диагностики личностной склонности работников к сниженному настроению показали, что 73,3% опрошенных имеют средний уровень склонности к сниженному настроению; 16,7% отметили у себя высокий уровень склонности к сниженному настроению и лишь 10% опрошенных не обнаружили у себя тенденций к сниженному настроению.

Корреляционный анализ полученных результатов показал, что эмоциональному выгоранию в большей степени подвержены работники детского дома, которые имеют склонность к сниженному настроению.

Согласно результатам диагностики депрессивных состояний работников детского дома по методике Т.И. Балашовой, истинное депрессивное состояние имеют 13,3% опрошенных, субдепрессивное состояние выявлено у 33,3% испытуемых, легкая депрессия характерна для 36,7% работников детского дома, а у 16,7% опрошенных депрессивные состояния не выявлены.

Корреляционный анализ полученных результатов подтвердил, что эмоциональному выгоранию в большей степени подвержены работники детского дома, которые имеют более высокий уровень депрессии.

Сотруднику детского дома, по роду своей деятельности вовлеченному в длительное напряженное общение, свойствен, как и другим специалистам системы «человек–человек», так называемый «синдром эмоционального выгорания» или феномен «эмоционального выгорания», который проявляется как состояние физического и психического истощения, вызванного интенсивными межличностными взаимодействиями при работе с детьми. Это связано также с тем, что в своей деятельности работник детского дома, помимо профессиональных знаний, умений и навыков, в значительной мере использует свою личность, являясь своего рода «эмоциональным донором».

Работа сотрудника детского дома предъявляет жесткие требования к психофизиологическим особенностям специалиста-профессионала и требует научно обоснованные методы отбора, адаптации и профилактики синдрома эмоционального выгорания.

Гаврилович А.А.

К ПРОБЛЕМЕ «ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ» У ЖЕНЩИН-ПЕДАГОГОВ

Брестский государственный университет им. А.С. Пушкина (Беларусь).

Наиболее ценный кадр для любого образовательного учреждения – педагог, находящийся на стадиях профессионализации или профессионального мастерства, так как за 15-20 лет работы он научился решать самые сложные задачи, выделяется специальными качествами, умениями или универсализмом, широкой ориентацией в своей области. Вместе с тем, в профессиональной жизни каждого человека периодически возникают критические моменты, кризисы развития. После нескольких лет одной и той же деятельности (на стадиях профессионализации и особенно профессионального мастерства) специалист начинает «не совпадать» с профессией, перерастает нормативно одобряемые способы выполнения профессиональных функций, вследствие чего теряет интерес к профессии. Если педагог не находит новые перспективы роста, то наступает профессиональная стагнация, застой, когда профессиональное смирение снижает активность личности: при достаточно высоком уровне компетентности профессиональная деятельность реализуется одними и теми же способами, стереотипно и стабильно. Наиболее часто стагнации способствует синдром «эмоционального выгорания», понимаемый как специфический вид профессионального заболевания лиц, работающих с людьми – врачей, педагогов, психологов, воспитателей. Выяснилось, что представители данных профессий подвержены симптомам постепенного эмоционального утомления и опустошения – синдрому «эмоционального выгорания».

Необходимо особенно отметить и то факт, что большинство современных педагогов – женщины, которые сочетают различные социальные роли, в том числе роль матери, хозяйки дома и активной участницы трудовой и общественной жизни. Современной женщине-педагогу подчас приходится выбирать между семьёй и карьерой. Всё это обуславливает актуальность обозначенной темы.

Наша работа была направлена на изучение факторов (стаж педагогической деятельности, место работы, коммуникабельность педагогов), обуславливающих эмоциональное выгорание женщин-педагогов. В организованном нами исследовании, которое осуществлялось на базе государственных образовательных учреждений г. Бреста: я/с № 54, я/с № 28, я/с № 10, СШ № 22, СШ № 31, применялись индивидуальная беседа, опросник «Диагностика уровня эмоционального выгорания» В.В. Бойко, с целью изучения коммуникативной компетентности педагогов – тест «Оценка уровня общительности» В.Ф. Ряховского. Выборку составили педагоги дошкольных образовательных учреждений (n = 60) и средних школ (n = 60) со стажем педагогической деятельности от 1 года до 35 лет.

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что место работы влияет на развитие синдрома «эмоционального выгорания». У учителей он более выражен, чем у воспитателей ДОУ:

- 47% (n = 28) воспитателей не имеют в данный момент симптомов синдрома «эмоционального выгорания» (сформированных либо на стадии формирования), в то время как у учителей данный процент равен 17 (n = 10);

- у 23% учителей сформирована фаза напряжения, у 28% – фаза резистенции, у 15% – фаза истощения. Среди педагогов дошкольных образовательных учреждений только у 5% сформирована фаза резистенции, фазы напряжения и истощения не сформированы.

Стаж педагогической деятельности также влияет на формирование синдрома «эмоционального выгорания». По мере увеличения стажа педагогической деятельности увеличивается количество сформированных фаз синдрома «эмоционального выгорания». Так, первая фаза выгорания наиболее выражена в период от 6 до 10 лет нахождения в профессии (у 37% учителей находится в стадии формирования и у 14% из них является сформированной). Фаза «резистенции» наиболее представлена у категории учителей с небольшим педагогическим стажем работы (0-5 лет работы) – 52 % отметили признаки формирования данной стадии и у 29% из них она является сформированной. «Истощение» эмоциональных ресурсов, проявляемое на эмоциональном и физиологическом уровнях, наиболее выражено у категории учителей с непродолжительным педагогическим стажем, особенно в период от 6 до 10 лет работы (у 32% – формируется, у 13% – уже сформировалось). Описанная закономерность более выражена у учителей, чем у воспитателей.

Влияние коммуникабельности педагогов на развитие синдрома «эмоционального выгорания», как выявлено в ходе исследования, характеризуется следующей закономерностью: коммуникабельные педагоги менее подвержены синдрому «эмоционального выгорания», чем замкнутые.

Таким образом, на формирование синдрома «эмоционального выгорания» педагогов влияют как внешние, так и внутренние факторы, которые выражаются в особенностях личности и профессиональной деятельности педагогов. Результаты исследования помогли выявить группу риска педагогов, способствуют осознанию фактов эмоционального выгорания, стимулированию активности педагогов в поиске решений данной проблемы. Также материалы, полученные в ходе исследования, могут быть использованы для проведения профилактической, консультатив-

но-просветительской, терапевтической работы с педагогами образовательных учреждений.

Игумнов С.А.

**ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ РАССТРОЙСТВ
ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ, ПОДВЕРГШИХСЯ АНТЕНАТАЛЬНОМУ
РАДИАЦИОННОМУ ВОЗДЕЙСТВИЮ ВСЛЕДСТВИЕ ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ
КАТАСТРОФЫ**

Белорусский государственный медицинский университет (Беларусь).

Цель исследования – изучение распространенности основных форм психических и поведенческих расстройств среди лиц, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС.

Материал и методы. Для проведения исследования были сформированы две группы лиц: основная и контрольная. В состав основной группы включены 250 человек, рожденных в период с мая 1986 г. по февраль 1987 г., матери которых в период беременности проживали в населенных пунктах с плотностью выпадений ^{137}Cs от 555 до 18500 кБк·м⁻². На первом этапе формирования обследуемой когорты проведен компьютеризированный поиск детей группы риска по антенатальному воздействию радионуклидов в базах данных Белорусского Центра медицинских технологий ("Государственный регистр лиц, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС") и Республиканского диспансера радиационной медицины, отобраны 2465 детей, рожденных в период с 26.04.1986 г. по февраль 1987 г. На втором этапе методом случайного отбора каждого десятого ребенка из базы данных сформирована группа антенатально облученных детей (основная группа).

Контрольная группа была сформирована методом случайной выборки и состояла из 250 детей, рожденных в период с мая 1986 г. по февраль 1987 г., матери которых в момент аварии на Чернобыльской АЭС и по настоящее время проживают в "чистых" или слабо загрязненных районах Беларуси (плотность выпадений ^{137}Cs от 2 до 200 кБк·м⁻²). Контрольные районы, как и районы проживания детей основной группы, относятся к зоне зобной эндемии и близки по доаварийным экологическим и социально-демографическим показателям. Следует отметить, что родители детей контрольной группы не имели также профессионального контакта с источниками ионизирующих излучений.

Нами не было выявлено статистически достоверных различий в гендерном составе основной и контрольной групп, в образовательном уровне и социальном статусе родителей детей основной и контрольной групп.

Методы исследования. При углубленном клинико-психологическом исследовании детей основной и контрольной групп использовались следующие методы:

1. Клинико-anamnestический метод.
2. Полуструктурированное клиническое психиатрическое интервью, основанное на исследовательских диагностических критериях V раздела (Психические и поведенческие расстройства) Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10).
3. Исследование динамики интеллектуального развития с использованием адаптированного варианта Шкалы Векслера для измерения интеллекта детей и подростков (WISC-III)[Wechsler,1992].

4. Психологический анализ особенностей микросоциального окружения; изучение образовательного уровня родителей и социально-экономического статуса семьи; анализ семейных взаимоотношений.

5. Статистический анализ материала проведен с использованием пакета прикладных программ Statistica 6.0 for Windows.

Результаты исследования. В детском возрасте (от 6-7 до 10-12 лет) основными формами проявлений психических и поведенческих расстройств в обеих группах были: эмоциональные расстройства, специфические для детского возраста (рубрика МКБ-10 F93)(18% и 7,6%; $\chi^2=12,11$; $p<0,001$), специфические расстройства формирования школьных навыков (F81) (7,2% и 5,2%; $\chi^2=0,86$; $p=0,35$), синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) (F90) (4,8% и 4,4%; $\chi^2=0,05$; $p=0,83$), расстройства социального функционирования (F94)(4,8% и 3,6%; $\chi^2=0,45$; $p=0,50$), тикозные расстройства (P95)(6,4% и 4,8% $\chi^2=0,61$; $p=0,44$), и умственная отсталость (F70)(2,0% и 2,0%; $\chi^2=0$; $p=1,0$).

Эволютивная динамика СДВГ характеризовалась его трансформацией в подростковом возрасте в расстройства поведения (F91). Расстройства этой группы характеризовались повторяющимися и стойкими моделями диссоциального, агрессивного или вызывающего поведения. Расстройство поведения часто было связано с неблагоприятным психосоциальным окружением, включавшим неудовлетворительные семейные отношения и трудности в учебе (у 9 из 11 подростков в основной и 8 из 11 в контрольной группе). Оно чаще встречалось у мальчиков (10 из 11 лиц с расстройством поведения в основной и 9 из 11 в контрольной группе; в целом по обоим когортам 19 из 22 лиц с расстройством поведения – 86% составляли лица мужского пола).

Расстройства поведения в подростковом возрасте (15–16 лет) тесно коррелировали с наличием СДВГ (коэффициент корреляции $r=0,72$; $p<0,01$), расстройств формирования школьных навыков (коэффициент корреляции $r=0,67$; $p<0,01$) и "пограничным уровнем интеллектуального функционирования" (общий интеллектуальный показатель по Шкале Векслера в диапазоне 70-79) (коэффициент корреляции $r=0,56$; $p<0,05$) у тех же лиц в возрасте 10–12 лет.

Заключение. СДВГ, расстройства формирования школьных навыков и "пограничный уровень интеллектуального функционирования" в младшем школьном возрасте можно рассматривать как прогностически значимые предикторы стойких расстройств поведения в подростковом возрасте и, далее, в периоде ранней взрослости.

Лихошерстова Н.А., Лукьянченко Н.В.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ РЕСУРС ОПТИМИЗАЦИИ РАБОТЫ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОМИССИИ

Красноярский краевой центр психолого-медико-социального сопровождения (Красноярск).

В России законодательно определено, что получать образование должен каждый ребёнок. Но при этом с неизбежностью возникает вопрос о средствах достижения образовательных целей в отношении детей, развитие которых не совпадает с нормативным. Поиск этих средств предполагает опору на максимально точное понимание особенностей детей и динамики их развития. Глубина и точность понимания связываются с работой разного профиля специалистов по развитию. Ин-

ституализированной формой такой работы является психолого-медико-педагогическая комиссия (ПМПК).

Долгое время проблема обучения детей с ограниченными возможностями здоровья решалась посредством дифференциации образовательных учреждений на нормативные и коррекционные. Поэтому роль ПМПК первоначально сводилась к узко селективной функции. Необходимо было определить степень дефицитарности потенциала развития ребёнка и соответствующий ему тип обучения. В настоящее время идеология получения образования детьми с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) кардинальным образом изменилась. Расширился диапазон образовательных услуг, широко развернулись инклюзивные процессы. Образовательный маршрут понимается как индивидуальная траектория прохождения ребёнком образовательных программ, выбираемая и конструируемая родителями ребёнка в сотрудничестве со специалистами образовательных учреждений. Предназначением ПМПК стало своевременное выявление особенностей развития ребёнка с целью реализации консультативно-рекомендательной работы, оптимизирующей выбор образовательного маршрута и организации дополнительных видов помощи ребёнку, а также отслеживание динамики его развития.

Однако и на сегодняшний день образ ПМПК, отягощённый наследием селективного прошлого, в сознании многих людей имеет характер «карательно-регулирующей инстанции», которая принимает судьбоносное решение для ребёнка. Очень часто родители детей с ОВЗ не воспринимают комиссию как работающую во благо ребёнка, они её боятся. У родителей возникают вопросы: на основании чего выносятся те или иные заключения ПМПК, какие ещё есть ресурсы в образовательном пространстве для того, что бы помочь ребёнку. И надо признать, что родительское сообщество имеет основания для постановки этих вопросов. В своём экспертном мнении, данном общественно-политическому изданию «Русский репортер» И.А. Коробейников говорит о высоком риске ошибок в заключениях ПМПК, связанных с особенностями организации их работы: однократностью и кратковременностью обследования.

Разрешение проблем как негативного отношения родителей, так и риска диагностических ошибок возможно в русле организационной перестройки работы ПМПК. Реальным ресурсом при этом является то, что образовательная инфраструктура, функционал которой имеет диагностико-коррекционную направленность, представлена не только ПМПК, но и образовательными учреждениями для детей, нуждающихся в специальной помощи. В Красноярском краевом центре психолого-медико-социального сопровождения, куда ПМПК входит как структурная составляющая, выработан опыт расширения её функциональных возможностей. Здесь созданы условия для прохождения ребёнком предварительных диагностических процедур. Родитель, сопровождая ребёнка, имеет при этом возможность получить консультативную помощь по организации оптимальной для ребёнка среды в домашних условиях, информацию об особенностях и возможностях ребёнка от специалистов не только психолого-педагогического профиля (педагога-психолога, учителя-дефектолога, учителя-логопеда), но и от детского невролога и педиатра. Наблюдение показывает, что в процессе совместного со специалистами понимания ситуации развития ребёнка у родителя исходная мотивация меняется с внешней (меня направили: педагоги, воспитатели и др.) на внутреннюю (мне именно это важно знать для того, что бы помочь ребёнку). Часто родители сами записываются на прием к психологу для того, чтобы понять внутрисемейную ситуацию, в которую включён ребёнок с ОВЗ, и найти способы её оптимизации.

И только после предварительной диагностико-консультативной работы ребёнка, вместе с его законным представителем приглашается на заседание ПМПК. Работа комиссии в данном случае может быть представлена как аналитико-консультативная модель по разработке возможных вариантов включения ребёнка в образовательное пространство.

Процедурно данная модель выглядит следующим образом. Заседание ПМПК начинается с уточнения запроса законных представителей ребенка к комиссии. Далее приглашается ребенок. Председатель комиссии знакомится с ним и представляет специалиста, который будет проводить экспресс-диагностику методом срезовых изучений сформированных базовых навыков. В данной работе специалист ПМПК обязательно фиксирует ресурсные возможности ребенка. При необходимости к его деятельности могут подключаться и другие специалисты комиссии. Главная задача по отношению к ребенку удержать рамку беседы, а не экзаменационного испытания. Затем специалисты комиссии (уже не в присутствии ребенка) высказываются об актуальном уровне развития ребенка (опираясь, в том числе, и на данные предварительных диагностических процедур), соотнося результаты обследований с возможностью реализации запроса, обозначенного родителем. Это обсуждение осуществляется в присутствии родителя.

После разработки рекомендаций и соблюдения всех процессуальных норм, родителю предлагается заполнить анкету обратной связи. За 2011-2012 учебный год через работающую по данной модели Краевую центральную ПМПК и её филиалы прошли 1724 ребёнка. Результаты анкетирования родителей этих детей показали, что при такой организации работы ПМПК рекомендации комиссии родителями рассматриваются как обоснованные и понятные в реализации. Качество взаимодействия специалистов комиссии с ребенком и родителями оценивается как высокое. Значительно снизилось число родительских жалоб. Немаловажно также, что педагоги и директора образовательных учреждений, в которые поступают обследованные дети, фиксируют изменения в родительских стратегиях взаимодействия, отмечая их большую осознанность, субъектность и конструктивность.

Макашёва В.А.

МОНИТОРИНГ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В РЕГИОНЕ

**Новосибирский областной детский клинический психоневрологический
диспансер (Новосибирск).**

Для улучшения системы оказания психиатрической помощи детям необходимо решить две основные задачи – увеличить объем и, главное, спектр психиатрических услуг. И второе – децентрализовать помощь, сформировав качественную работу специалистов на уровне районов, по месту проживания детей. В этих условиях мониторинг качества оказания психиатрической помощи в областных, городских районах приобретает приоритетное значение, тем более что, например, по Новосибирской области на долю несовершеннолетних приходится до 73% в возрастной структуре больных с впервые установленным диагнозом психического расстройства.

С целью организации контроля качества создана региональная нормативная база, которая регламентирует порядки оказания помощи, маршрутизацию больных. Сформирована трехуровневая система, включающая, кроме традиционных структур, 7 кабинетов социально-психологической (антикризисной) помощи в

районах области, межрайонные детские психиатрические кабинеты, разветвленную сеть консультативной областной службы. Система оказания медицинской помощи детям с проблемами психического здоровья централизована на работе района. Выявление детей с нарушениями психического развития, поведения и эмоций организуется в первичной педиатрической сети, включая центры здоровья. Межведомственная, полипрофессиональная работа начинается уже на первом этапе с использованием кадрового потенциала и ресурсов смежных служб (образования, социальной защиты и т. д.).

Задачи второго, уже собственно участкового психиатрического этапа – своевременная синдромальная и нозологическая квалификация психического и психосоматического расстройства, организация мультимодальной системы помощи, медицинская реабилитация. Третий этап консультативной помощи предоставляется в районе силами ведущих областных специалистов, мобильными бригадами областного детского психоневрологического диспансера.

Таким образом, функциями района в системе охраны психического здоровья детей являются соответствующая целенаправленная организация работы специалистов первичной сети здравоохранения, предоставление участковой психиатрической и медико-социальной помощи. Организация и контроль работы районного психиатра, других специалистов формируются на основании ряда критериев.

В разрезе каждого района территории проведен анализ потребности в психиатрической помощи, имеющихся ресурсов, определены плановые значения объемов посещений (по населению, обслуживаемым учреждениям здравоохранения, образования, социального развития) и показателей качества.

Основные задачи системы мониторинга качества оказания психиатрической помощи как в районах, так и на всей территории, – выявление детей на ранних стадиях заболевания, эффективное лечение и медико-социальная реабилитация в соответствии со стандартами, которые были сформированы и внедрены в работу службы.

Среди основных качественных показателей для решения поставленных задач мы выбрали показатель первичной заболеваемости детей психическими расстройствами. Его индикаторное значение не менее 48,0 на 10 000 детского населения в год, а в группе до 7 лет – 15,0 и выше. Эффективность проведенных лечебных мероприятий оценивается по числу выздоровевших детей (не менее 5% от всех, обратившихся к участковому психиатру).

Другой блок показателей также связан с качеством лечебных и реабилитационных мероприятий – показатель первичного выхода на инвалидность (не выше 1,2 на 10 000). Показатель качества исполнения медицинского этапа индивидуальной программы реабилитации детей-инвалидов оценивается как соотношение количества детей, которым в течение года инвалидность не была продлена в связи с отсутствием соответствующих признаков, к общему количеству детей, имеющих инвалидность (индикаторное значение не менее 0,5%). Отдельный блок показателей связан с кризисными состояниями детей – распространенностью суицидов и суицидных попыток.

Мониторинг указанных показателей проводится по районам ежеквартально. В целом по территории за прошедший год были получены следующие показатели: первичная заболеваемость детей психическими расстройствами значительно выше индикаторного (25,0) – 70,0 (на 100 000), в возрастной группе до 7 лет – 23,0. Удельный вес детей с выздоровлением 11,7%. Первичная инвалидность – 2,8, индикаторный показатель 3,2. Наиболее сложным для исполнения оказался показа-

тель качества реабилитации детей-инвалидов, так как «снятие» инвалидности противоречит рентной, «киждивенческой» позиции ряда родителей.

Таким образом, благодаря своевременному выявлению и проведению лечения в среднем за последние три года каждый десятый ребенок, наблюдающийся у психиатров, выздоравливает.

Все предлагаемые показатели взаимосвязаны и характеризуют системные процессы: активное выявление психических расстройств среди детского населения ведет к росту показателей первичной и общей заболеваемости. В то же время, своевременное и эффективное лечение, выздоровление детей формируют снижение показателей общей заболеваемости и инвалидности. Наиболее гибкими и динамичными, отражающими качество оказания психиатрической помощи детям на территории поселения (района), являются показатели первичной заболеваемости, выздоровления, первичной инвалидности.

На эффективность оказания специализированной помощи влияет внедрение полипрофессиональных технологий как в разделе ранних вмешательств (диагностических и лечебной психолого-педагогической помощи), так и в разделе реабилитации детей с хроническими заболеваниями.

Модернизация, реорганизация службы с увеличением числа и видов услуг, а также децентрализация и приближение психиатрической помощи к месту проживания пациентов может проводиться только в условиях регулярно контролируемых показателей качества.

Малинина Е.В., Пилявская О.И.

**ПОСЛЕДИПЛОМНАЯ ПОДГОТОВКА ПО ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ
Южноуральский государственный медицинский университет (Челябинск).**

На современном этапе развития высшей медицинской школы происходят широкие и значительные изменения, связанные с реформированием системы образования, реорганизацией учебных заведений, стандартизацией образовательных программ, изменением структур и направлений работ кафедр. Такое реформирование системы образования затронуло и последипломную подготовку врачей, а также отразилось на преподавании в отдельных специальностях. Так, психиатрия, включающая четыре субспециальности (психотерапия, наркология, сексология, судебная психиатрия), практически исключила из системы детскую психиатрию. Это внесло определенную противоречивость и сложность в таком важном и необходимом направлении, как детская психиатрия. Вместе с тем, основными показателями эффективности модернизации в части охраны психического здоровья детей в субъектах РФ являются повышение качества оказания психиатрической помощи детскому населению, обеспеченность детскими и подростковыми психиатрами в системе здравоохранения и подготовка молодых кадров. Последипломное обучение детских психиатров в России затрагивает проблемы как вузовские, так и организационные. Минимальное количество кафедр детской психиатрии, отсутствие преподавателей по данному направлению на кафедрах ФУВов, отсутствие клинических баз по детскому профилю на кафедрах ФУВов, разнообразные подходы к проведению циклов последипломной подготовки (традиционные циклы ОУ, ТУ; модульная подготовка, очно-заочная и т. д.) в связи с разными «школами», направлениями в квалификационных, диагностических, терапевтических подходах в детской психиатрии затрудняют последипломную подготовку врачей.

Вместе с тем, кафедра психиатрии ФПДПО ЮУГМУ имеет тридцатилетний опыт преподавания детской психиатрии в системе послевузовской подготовки специалистов. За это время наработаны и отлажены навыки преподавания, работы в клинике, проведения научных исследований. Продолжают осваиваться и внедряться новые техники и методы обучения. Так, при проведении лекционных и практических курсов по вопросам общей и частной психопатологии используются слайды, фотоматериал, видеозаписи. Широко применяются разнообразные аудио-визуальные вспомогательные средства в преподавании, помимо демонстрации больных, особенно важно это при изучении редко встречающихся симптомов, при закреплении и оценке знаний и навыков, что дает возможность поделиться собственными наблюдениями и опытом со слушателями.

В рамках непрерывной последипломной подготовки для детских психиатров уже в течение 6 лет проводится образовательный проект «Школа эпилепсии», в рамках которого проходят лекции ведущих специалистов по данной проблеме, клинические демонстрации сложных случаев, клинические разборы.

Для психологов, дефектологов, логопедов, педагогов организован и успешно проходит образовательный проект «Школа психического здоровья». Освещение вопросов детской психиатрии для всех смежных специалистов, занимающихся проблемами психического (психологического) развития в детском возрасте, имеет чрезвычайно важное значение, так как позволяет совершенствовать совместную работу по диагностике, лечению и профилактике психических нарушений.

Перспективы и предложения по оптимизации образования в области детской психиатрии можно рассмотреть по следующим направлениям:

- Создание централизованного совета на федеральном уровне по координации образовательной деятельности в области детской и подростковой психиатрии;
- Урегулирование проблемы «отсутствия специальности детская психиатрия и последипломной подготовки детских психиатров»;
- Аккредитация кафедр, занимающихся подготовкой по детской психиатрии: - наличие преподавателей по данному направлению; - наличие клинических баз с детскими отделениями; - наличие учебно-методического комплекса
 - Стандартизация унифицированных программ;
 - Обязательное прохождение цикла (ОУ, ТУ) для детского психиатра 1 раз в 5 лет по детской психиатрии;
- Создание базы данных по научным направлениям образовательных кафедр, отделов научно-исследовательских институтов, центров;
- Включение в образовательные программы по детской психиатрии современных и перспективных направлений: правовые и социальные вопросы, психофармакотерапия, вопросы психопрофилактики, а также подготовка по смежным специальностям (педиатрия, неврология, мед. психология, нейрофизиология, нейрорадиология);
- Создание единой базы учебной, методической, рекомендательной литературы для детских психиатров. Формирование компьютерных учебников, пособий и методических рекомендаций, курсов лекций;
- Новые формы проведения циклов усовершенствования: - совместные циклы с привлечением ведущих специалистов в разных направлениях; - прерывистые циклы; - очно-заочные циклы; - циклы дистанционного обучения;

- Единые формы оценки профессиональной деятельности (теоретических, практических навыков) – зачеты, экзамены, тестирование, клинические истории болезни

- Сертификация участников съездов, конференций, семинаров

Таким образом, последипломное образование по детской психиатрии является сложным, важным и необходимым делом, тщательное планирование и внимательное отношение к методам и формам преподавания помогут гарантировать повышение качества подготовки специалистов, привлечь молодые кадры в данную область и совершенствовать оказание помощи детям, с психической патологией.

Мелик-Пашаян А.Э.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В АРМЕНИИ

**Ереванский государственный медицинский университет им. М. Гераци
(Армения).**

До 1990 г. детская психиатрия в Армении была частью общей психиатрии. Больные дети и подростки состояли на учете в республиканском психоневрологическом диспансере для взрослых. Там же имелось для детей стационарное отделение на 20 коек. В 1990 г. был организован республиканский детский психоневрологический диспансер и открыты кабинеты детских психиатров в поликлиниках г. Еревана. Однако в 1995 г. диспансер был ликвидирован. Детская психиатрическая служба перестала существовать как самостоятельная и была включена в состав детской неврологической службы.

Получены данные о заболеваемости и инвалидности детей и подростков за период с 1987 по 1997 г.г. в информационно-аналитическом центре Минздрава Армении. На основе указанных материалов сформирована популяция больных из 799 чел. Возраст больных-0-18 лет. Обработка статистических данных проведена по методу Стьюдента.

В ведении министерства здравоохранения республики Армения имеются 8 кабинетов детских психиатров в детских поликлиниках и 6 коек в отделении детской неврологической больницы города Еревана, в указанных учреждениях работают 10 детских психиатров. В районах и других городах республики нет детских психиатров.

Большинство обследованных больных (458чел - 57.3%) страдает умственной отсталостью; второе место занимают непсихотические психические расстройства (269чел - 33.7%); третье место - психозы (72чел. - 9%).

Все психические расстройства распределены нами в 3 группы: психозы, непсихотические психические расстройства и умственная отсталость.

Наименьший процент детей с умственной отсталостью в дошкольном возрасте свидетельствует о том, что эти расстройства не выявляются педиатрами, которые наблюдают детей этого возраста. Увеличение же выявляемости умственной отсталости в старших возрастных группах связано с поступлением в школу и обязательным обследованием при призыве в армию.

Число инвалидов в городской местности равно 233, в сельской местности-85. Наибольшее число больных с инвалидностью как в городской, так и сельской местности составляют больные с умственной отсталостью: 122 чел. (38.4%) городские жители, 46 чел. (14.5%)-жители села. Далее следуют больные с непсихотическими психическими расстройствами - 90 чел. (28.3%) в городской местности

и 32 чел. (10%) в сельской. И 28 чел. (8.8%) получили инвалидность при наличии психотических расстройств: 21 чел. (6.6%) из города и 7 чел. (2.2%) из села.

Надо отметить, что число инвалидов в годы социально-экономических потрясений увеличивается. Число больных, у которых установлена инвалидность, доходит до максимальных показателей в 1992-1996 гг. (859, 1174, 969, 881, 824). В 1997 г. это число резко уменьшается, дойдя до 117 чел. (в 1987 г. у 546 чел.), т. е. намного меньше, чем даже в 1987г.

За период времени с 1987 г. по 1997 г. показатели заболеваемости психическими расстройствами последовательно снижаются до минимума в 1990-91гг. С 1992 г. по 1994 г. отмечается волна повышения уровня заболеваемости, а затем с 1995 г. показатели заболеваемости устанавливаются на уровне (220 чел. в 1997г.), почти 3 раза уступающем 1987 г. (693чел.), т. е. после землетрясения 1988 г. число детей и подростков, впервые обратившихся за психиатрической помощью, резко уменьшается.

Оптимальный период, соответствующий 1992-1994 гг., совпадает со временем деятельности детского психоневрологического диспансера. С 1992 по 1994 гг. отмечается некоторое повышение показателей, не доходя однако в эти тяжелые годы до уровня 1987 г. С 1995 г. показатели заболеваемости вновь снижаются.

Анализ диагнозов психических расстройств у детей и подростков позволил установить 3 типа: нозологические диагнозы (759 чел. - 94,9%), синдромологические характеристики психических расстройств (7 чел. - 0,9%), симптоматические характеристики психических расстройств (33 чел. - 4,2%). Олигофрения занимает первое место (462 чел. - 60.9%). На втором месте стоит органическое поражение ЦНС (138 чел. -18.2%), далее эпилепсия, неврозы, психопатии и, наконец, 8 случаев шизофрении.

Хотя диагностирование синдромов не является особенно затруднительным, однако среди них совсем не отмечаются такие, как депрессивный синдром, синдромы анорексии, уходов и бродяжничества, суицидальное поведение, влечение к наркотикам, поведенческие расстройства, сведения о которых в литературе довольно многочисленны Эти состояния в Армении нуждаются в выявлении и изучении.

Среди моносимптомов наибольший процент приходится на энурез (16чел.), у 6 чел. отмечает мастурбация, у 11 чел.- невротические страхи, заикание, тики, нарушения речи

Заключение. Установлена закономерная связь между состоянием детско-подростковой психиатрической помощи и показателями заболеваемости и инвалидности на протяжении 10 лет (1987-1997 г.г.) в условиях социально-экономических перемен переходного периода в Армении. Эти показатели снижены почти в 3 раза. Выявлена группа риска, включающая возраст от 7 до 16 лет, и обоснована необходимость организационных мероприятий по установлению тесного взаимодействия между детскими психиатрами поликлиник и участковыми педиатрами. Это будет способствовать ранней выявляемости проявлений психических расстройств у детей. Проанализирована структура психических расстройств и установлено 3 типа диагнозов: нозологические, синдромологические, симптоматические. Отмечено отсутствие диагностики наркоманий, расстройств поведенческого, эмоционального уровней, ряда невротических синдромов. Выявлена наибольшая распространенность психических расстройств на фоне резидуальной органической патологии.

Очевидно, что детско-подростковая психиатрическая помощь в Армении находится в крайне неблагоприятном состоянии, а служба как самостоятельное

единое целое не существует. Необходимость ее фундаментальной реорганизации, а точнее организации, несомненна. Предложено создание на первом этапе Центра психического здоровья детей и подростков со стационаром, дневным стационаром и диспансерным отделением.

Морозова Е.И., Венгер А.Л.

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ СРЕДЫ ДЛЯ КРИЗИСНЫХ СЕМЕЙ

Российская медицинская академия последиplomного образования
(Москва), Международный университет «Дубна» (Московская обл.).

Согласно культурно-исторической теории, созданной Л.С. Выготским и его учениками, источником психического развития ребенка служит *социальная ситуация развития*, т. е. его положение в обществе, система его отношений с окружающими. Переход от одного возрастного периода к другому связан с изменением этих отношений. Так, у дошкольника они определяются тем, что это «играющий ребенок». Школьник – это «обучающийся ребенок», находящийся в совсем иной системе отношений. Конкретная *межличностная ситуация развития*, т. е. отношения с ближайшим окружением (родителями, сверстниками, учителями), может соответствовать нормативной социальной ситуации, а может отклоняться от нее. В последнем случае искажается ход психического развития, возникают эмоциональные и поведенческие нарушения. Психотерапевтический подход основан на создании *замещающих ситуаций*, ориентированных на нормативную для данного возраста социальную ситуацию развития.

Проиллюстрируем это на примере реабилитационного проекта поддержки кризисных семей, реализуемого в Москве более 10 лет¹. Он направлен на многолетнее психологическое сопровождение семей с приемными детьми и детьми-инвалидами. В большинстве семей нет отцов. Наиболее частые проблемы – нарушения детско-родительского взаимодействия, сужение социальных контактов семьи, школьная дизадаптация и отклоняющееся поведение у детей.

Проект – это *модель расширенной семьи*, где есть свои традиции и семейный уклад, где объединены несколько поколений: есть родители, тети, бабушки, младшие и старшие дети. Он воспроизводит также *социум в миниатюре* с доброжелательными отношениями, принятыми правилами поведения и общения. Он, как и общество в целом, объединяет очень разных людей. Это семьи с детьми разного возраста (от 3 до 18 лет), с родными и приемными детьми, с нормально развивающимися и детьми с отклонениями (эмоциональными и поведенческими нарушениями, задержкой психического развития, психическими заболеваниями, детским церебральным параличом и т. п.), представители разных национальностей и рас (европеоидной, монголоидной, негроидной).

Основные формы работы – это:

(1) *Общие встречи* 2 раза в месяц по 3-4 часа. На встрече проводятся:

- Детско-родительская группа продолжительностью 30-40 мин., направленная на активизацию общения внутри семей и между семьями, поддержку детско-родительского сотрудничества. В занятиях используются преимущественно простые двигательные задания, доступные даже маленьким детям.

¹ Сейчас в Проекте участвуют 50 семей. За все время его существования помощь оказана 160 семьям. Проект осуществляется при поддержке Американского фонда "United Way".

- Арт-терапия с детьми, иногда совместно с родителями. Занятия направлены в основном на нормализацию эмоционального состояния и повышение самооценки участников. В совместной деятельности дети и родители могут опробовать разные функции: инициатора деятельности, координатора и организатора, исполнителя.

- Беседы с родителями по проблемам воспитания детей. Беседа организуется как групповое обсуждение. Ведущий старается не сам отвечать на поставленные вопросы, а побудить к поиску ответов родительскую группу.

- Коллективные чаепития, праздники, дни рождения. Это дает участникам Проекта ощущение семейной теплоты и уюта, заботы и взаимной ответственности. Чаепития раньше устраивались руководителями Проекта, теперь мы передали их организацию родителям. Они сами собирают деньги, закупают сладости и т. п.

(2) *Индивидуальная помощь* специалистов (психологов, психиатра, дефектолога), коррекционные занятия, психологическое консультирование, психотерапия.

(3) *Коллективные выходы* в театры, музеи; выезды на природу и в другие города. Благодаря этому участники Проекта включаются в пространство культуры и пространство природы.

У большинства родителей в начальный период участия в Проекте была рентабельная позиция. Они чувствовали себя скорее опекаемыми детьми, чем ответственными самостоятельными людьми. Постепенно они приобрели уверенность в себе, стали более эффективными родителями. Образовалось неформальное сообщество, участники Проекта поддерживают друг друга (навещают в больнице, помогают в уходе за детьми, организуют коллективный досуг и т. п.). Многие семьи, ранее нуждавшиеся в постоянной поддержке, теперь справляются с проблемами самостоятельно, лишь изредка получая консультации специалистов. Некоторые родители из получателей помощи превратились в волонтеров, оказывающих помощь другим. Несколько детей–выпускников Проекта успешно учатся в университетах и колледжах. Некоторые из них теперь участвуют в Проекте в качестве волонтеров.

Одним из важнейших достижений мы считаем то, что ни в одной из более чем 120 приемных семей, получивших психологическую поддержку за время существования Проекта, не было случаев отказа от ребенка. Между тем, сейчас в России около 25% усыновителей впоследствии отказываются от детей и возвращают их в детские дома.

Прохоров В.Н.

ЭКСТРЕННАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Уральская государственная медицинская академия (Екатеринбург).

Состояние беременных, находящихся под наблюдением акушера-гинеколога женской консультации, определяется не только соматическими показателями, но и процессами в их психической сфере. Известно, что у беременных имеет место определенная лабильность психики, наблюдается частая смена настроения от благодушно-эйфорического до негативно-тревожного и даже панического. Нередко как значимая, так и совершенно малозначимая информация может вызвать у беременной эмоциональный всплеск негативного характера с погружением в состояние страха и паники. Развившийся в результате этого патологический стресс

приводит к изменению личности на биологическом, психологическом и поведенческом уровнях. При этом психическое состояние женщины может негативно влиять на физиологические механизмы развития беременности или на процессы выздоровления. В этих случаях беременной требуется неотложная психологическая помощь. По длительности проведения психотерапевтических мероприятий выделяется краткосрочная помощь в виде осуществления нескольких консультаций, нацеленную на решение конкретной проблемы, и долгосрочная помощь, ориентированная на позитивные личностные изменения пациента. Существует и экстренная психологическая помощь, которая оказывается в неотложных ситуациях при кризисных состояниях психики пациентки. Вопросы кризисных состояний психики при беременности, их причины, виды, клинические проявления, методы оказания неотложной психотерапевтической помощи, дальнейшего психологического сопровождения и реабилитации пациенток изучены недостаточно, хотя потребность в оказании данного вида помощи чрезвычайно большая.

Для беременной женщины остро травмирующим фактором не обязательно должно быть событие чрезвычайного характера, но и события, не имеющие особого социального или бытового значения и тем более не предполагающие значимых негативных последствий. Наиболее частыми причинами стресса являются: 1) сообщение о том, что она не может вынашивать беременность, и предложение прервать ее; 2) информация о неблагоприятном состоянии здоровья самой беременной, что может отразиться на состоянии ребенка; 3) данные о резком ухудшении состояния плода или наличии у него порока развития; 4) необходимость досрочного прерывания беременности; 5) изменение плана родоразрешения: вместо естественного – оперативные роды или, наоборот, когда женщине, которая готовилась к кесареву сечению, сообщают, что она может рожать самостоятельно.

Экстренная психологическая помощь (ЭПП) должна быть оказана немедленно после получения информации об остром стрессе у беременной. Местом оказания помощи может быть любое помещение. Категорически нежелательно присутствие при этом кого-либо, кроме специалиста-психолога.

Первый контакт психолога с пациенткой очень важен, практически всегда он является определяющим. Перинатальный психолог должен предстать перед беременной: 1) доброжелательным и неформально заинтересованным в успехе человеком; 2) уверенным профессионалом, хорошо владеющим конкретной клинической информацией и навыками помощи в данной ситуации; 3) специалистом, который обязательно доводит дело до положительно результата.

Следует учитывать особенности общения с беременной: 1) спокойный, абсолютно уверенный и доброжелательно-деловой тон, не должно быть проявлений выраженного сочувствия (это вызывает усиление жалости к себе); 2) говорить необходимо, практически не прерываясь, постепенно втягивая женщину в беседу, задавая простые вопросы по существу имеющейся ситуации; 3) желательно использовать изменения тембра голоса, умеренную позитивную эмоциональность, внутреннюю оптимистичность тона.

В начале беседы задаются общие вопросы о самочувствии, далее - об образовании, работе, семье, течении беременности с постепенным переходом к разговору о стрессовой ситуации. В процессе беседы происходит обсуждение всех обстоятельств ситуации и получение беременной ответов на наиболее волнующие ее вопросы: 1) каковы клинические и лабораторные данные, отражающие состояние здоровья самой женщины и ребенка; 2) являются ли имеющиеся отклонения в течении беременности, состоянии здоровья обоих значимыми и что можно сделать для их оптимизации; 3) что можно сделать для успешного завершения беременно-

сти и рождения здорового ребенка; 4) что ей предстоит в дальнейшем (обследование, подготовка к родам, вид родоразрешения); 5) как ей правильно относиться к данной ситуации.

В дальнейшем необходимо объяснить беременной, какова ее собственная роль в подготовке к родам и родоразрешении, а также после выписки из стационара. Следует также рассказать о подобных случаях из прошлой практики, постараться привести положительные примеры и дать рекомендации по общению с мужем, родителями, другими родственниками, знакомыми и сослуживцами. В конце беседы постараться создать у женщины позитивный настрой и полную уверенность в возможности обрести в будущем ребенка. Последующие встречи с беременной должны осуществляться ежедневно вплоть до выписки из стационара, а в дальнейшем – в режиме реабилитации. Для создания психологически спокойной атмосферы необходимо обеспечить максимально корректное отношение со стороны медицинского персонала и решить вопросы о встрече с мужем и родителями.

При оказании экстренной психологической помощи наиболее эффективными являются психотехники: 1) рациональная психотерапия с элементами суггестии; 2) эриксоновский гипноз и 3) психосоматическая релаксация. В дальнейшем используются аутогенная тренировка; телесно-ориентированная психотерапия; музыкотерапия; библиотерапия; ландшафтная терапия.

Путинцева Н.В., Канцелярчик Л.А., Гайнцев А.Р.
РАЙОННАЯ СЛУЖБА ПРИМИРЕНИЯ КАК ЭФФЕКТИВНАЯ
МОДЕЛЬ СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
РЕБЕНКУ И СЕМЬЕ

Районная служба примирения Центра диагностики и консультирования «Коньково» (Москва).

1. Для разрешения конфликтных ситуаций усилиями специалистов ГБОУ ЦДиК «Коньково», комиссией по делам несовершеннолетних и защите их прав района Коньково в сотрудничестве с общественным центром «Судебно-правовая реформа», который уже 16 лет занимается распространением в России идей и практики восстановительного правосудия, была создана районная служба примирения (РСП). В основе деятельности РСП лежит восстановительный подход в разрешении конфликтов и криминальных ситуаций с помощью медиаторов (посредников), когда у сторон появляется возможность освободиться от негативных состояний и обрести ресурс для совместного поиска выхода из ситуации. И это помогает реализовать важные для общества ценности: заглаживание вреда силами обидчиков, участие в этом процессе ближайшего социального окружения, исцеление жертв преступлений.

На сегодня в нашем арсенале три восстановительные программы: медиация, круги сообществ и семейная конференция.

Восстановительная медиация (стандарты которой разработаны и утверждены Всероссийской ассоциацией восстановительной медиации) – это процесс, в котором медиатор создает условия для восстановления способности людей понимать друг друга и договариваться о приемлемых для них вариантах решения проблем (при необходимости – о заглаживании причиненного вреда), возникших в результате конфликтных или криминальных ситуаций. Восстановительная медиация включает предварительные встречи медиатора с каждой из сторон по отдельности и общую встречу сторон с участием медиатора.

Восстановительная программа Круг направлена на разрешение конфликтов, в которые втянуты от четырех и более человек. Важнейшей особенностью Кругов является привлечение к обсуждению проблемы всех заинтересованных людей, что обеспечивает их активное участие в принятии решения и разделении ответственности за его выполнение.

Семейная конференция созывается для решения вопроса о правонарушении ребенка или когда ребенок оказался в трудной жизненной ситуации и имеет своей целью:

1) рассмотреть в отношении ребенка, по поводу которого созвана конференция, вопросы (какие конференции сочтет нужными), касающиеся заботы о ребенке или его защиты;

2) в случае, если на конференции принято решение, что ребенку необходима забота или защита, принять такие решения или рекомендации и сформулировать планы в отношении ребенка, которые участники конференции сочтут необходимыми или желательными.

Важной составляющей семейной конференции является активизация потенциала семьи и ближайшего социального окружения для выработки самостоятельного решения по поводу кризисной ситуации в семье.

Ведущие во всех этих программах лишь создают условия для того, чтобы люди слышали друг друга, осознали долю своей ответственности в произошедшем (загладили вред) и смогли договориться (восстановить разрушенные связи) о том, чтобы подобное в будущем не повторилось.

2. Специалисты районной службы примирения также инициируют создание школьных служб примирения.² Нами разработан алгоритм создания службы примирения в образовательном учреждении. Н. Путинцева является победителем конкурса «Грант Москвы в сфере образования в 2012 году», на который была представлена программа тренинга для учащихся по обучению навыкам проведения восстановительных программ в рамках создания школьной службы примирения.

Школьная служба примирения – это команда взрослых и подростков, которая стремится:

- разрешить конфликтную ситуацию конструктивным способом;
- дать возможность существующим в школе сообществам понять друг друга и увидеть в каждом человека, исходя из личностных, а не ролевых отношений;
- снизить уровень агрессивности в школьном сообществе.

Рязанова Т.В.

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ С РЕБЕНКОМ И СЕМЬЕЙ НА ТЕРРИТОРИИ МИКРОРАЙОНА (ИЗ ОПЫТА РАБОТЫ УЧРЕЖДЕНИЯ МКУ «ЦЕНТР «КАЛЕЙДОСКОП»)

Центр по работе с детьми, молодежью и семьей «Калейдоскоп» (Киров).

В 2012 г. Муниципальное казенное учреждение «Центр по работе с детьми, молодежью и семьей «Калейдоскоп» отметило тридцатилетие. За эти годы учреждение прошло путь от маленькой трехкомнатной квартиры в микрорайоне Домостроитель до муниципального учреждения с наработанным позитивным социаль-

² Идея и технология школьных служб примирения разработана специалистами центра «Судебно-правовая реформа» Р. Максудовым и А. Коноваловым.

но-педагогическим опытом, с межведомственными связями с учреждениями и организациями, а самое главное, сохранившим огонек творчества, инициативы, чуткого отношения к детям, подросткам, молодежи, семьям. В чем же успех учреждения? Традиции – основа для развития. В 1982 г. начали работать первые кружки, пришли молодые педагоги. Позднее из этих сотрудников сложились современные семейные династии. Сегодня посещает центр уже третье поколение наших стажистов. Это значит, что Центр стал вторым домом, а дома хочешь сделать все красивым, уютным, гостеприимным. Не зря наши маленькие воспитанники не хотят уходить домой.

Доброй традицией остался и стиль работы Калейдоскопа – Дом для каждого, Дом для всех. Принципиальная позиция коллектива в том, что работать нужно не только с ребенком, но и с его окружением. Девиз коллектива Центра: «Все начинается с семьи», т. к. именно в семье закладываются нравственные ценности, устои и традиции, на которых потом будут строиться жизненные ориентиры при построении семьи наших воспитанников. Поэтому на базе Центра сегодня работают, кроме объединений по интересам, и общественные структуры, помогающие решить проблемы разного уровня: исполком общественной организации ДИМСИ для добровольцев любого возраста; Совет ветеранов микрорайона ДСК; инициативный совет жителей микрорайона, в который входят старшие по домам, депутат, администрация учреждений социальной сферы микрорайона. Решить многие проблемы семьи могут и через общественную приемную главы администрации г. Кирова. Любой человек, который пришел к нам со своим вопросом или проблемой, обязательно получит помощь, будет это информация или запрос в соответствующие структуры.

Сегодня в учреждении каждый специалист по работе с молодежью работает по своему проекту, что позволяет точнее оценить результаты работы за год. В конце года подводятся количественные и качественные результаты, с учетом которых ведется дальнейшая работа над проектом.

Проект **«РОДник»** - молодые семьи. Цель проекта: создание условий для формирования правильной (гуманистической, позитивной) модели поведения детей и родителей. В рамках проекта работает семейная гостиная по направлениям «Играем вместе с родителями», «Развиваемся, играя». В течение года более тысячи детей в возрасте до 3 лет приходили с молодыми родителями к нам. На протяжении 5 лет в рамках проекта заполняются Дневники Добрых дел семей, которые принимают участие в многочисленных мероприятиях нашего учреждения, причем отмечается разный уровень участия: зритель, участник, организатор. Итоги подводятся, и отмечаются семьи подарками.

Проект **«Слобода Семейная»** - дети, подростки, молодежь, молодые семьи. Цель проекта: выявление, поддержка и стимулирование социальных инициатив детей, подростков, молодежи, молодых семей и создание условий для реализации ими социально значимых проектов и мероприятий. В рамках проекта в течение года проходит сюжетно-ролевая игра, в ней ребята и взрослые зарабатывают Золотники, которые обменивают на ярмарках на необходимые для них канцтовары, сувениры и подарки. Золотники можно заработать, участвуя в мероприятиях и конкурсах Центра.

Проект **«Наше наследие»** - разные поколения семьи. Цель проекта: формирование положительного образа семьи, гармонизация отношений в семье на основе православной культуры и православных традиций. В рамках проекта работают православная библиотека, семейный кинозал. Воспитанники детских садов № 195

и № 166 г. Кирова посещают занятия по краеведению, где в игровой форме узнают, как жили и чем занимались наши предки.

Проект **«Калейдоскоп инициатив»**. Цель: выявление, поддержка и стимулирование социальных инициатив граждан для включения их в социально-значимую деятельность в микрорайоне ДСК и на территории МО «Город Киров». В рамках проекта идет работа с общественными объединениями, организуются различные социальные благотворительные акции.

Материальная база, опыт работы учреждения, а также сотрудничество с учреждениями и организациями социальной сферы микрорайона: Детскими садами № 166 и № 195, средней школой № 9, библиотекой № 12, детской поликлиникой № 5, управляющей компанией АКВА-ДСК, ИП Стуковой А.А., кафе «Орион» и финансовая и организационная поддержка Управления по делам молодежи, физической культуре и спорту администрации г. Кирова и ТУ администрации г. Кирова по Первомайскому району, а также депутатов Кировской городской думы позволяют на территории микрорайона проводить интересные и эффективные мероприятия для разных категорий населения и делать микрорайон ДСК г. Кирова привлекательным для жизни.

Серебренникова С.Ю

**КАЧЕСТВЕННО-КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ АНАЛИЗ ДАННЫХ
КОМПЛЕКСНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА,
ПРОЖИВАЮЩИХ В ИРКУТСКОМ РЕГИОНЕ**

Восточно-Сибирская государственная академия образования (Иркутск).

Ранняя коррекция отклонений в развитии детей во всем мире является одним из приоритетных направлений специальной педагогики и психологии. Для такого региона, как Иркутская область, это особенно актуально. Наш регион – достаточно отдаленный, имеет большую территорию. В большинстве сельских населенных пунктов, особенно в северных районах, нет необходимых специалистов для оказания своевременной комплексной помощи детям с ОВЗ и детям группы риска по нарушениям развития, не говоря уже о ранней помощи.

В городе Иркутске и области отсутствует региональная служба ранней помощи, подобно тому как она функционирует в ряде других регионов России. Оказание помощи детям раннего возраста группы риска и детям с выявленными отклонениями носит достаточно стихийный характер и осуществляется в основном в учреждениях здравоохранения, куда чаще всего и обращаются родители детей раннего возраста при возникновении у малыша каких либо проблем. Частично задачи комплексной помощи детям раннего возраста и консультирования их родителей и педагогов в г. Иркутске решаются силами специалистов, работающих на базе научно-исследовательской учебно-практической лаборатории «Коррекции трудностей развития у детей» Восточно-Сибирской государственной академии образования.

За период 2009-2012 гг. в лаборатории проконсультированы 210 детей в возрасте от 8 мес. до 4 лет; из них 68 девочек (32.3%) и 142 мальчика (67.7%). Основной контингент составили дети третьего и четвертого года жизни – 163 (77.6%). Из общего количества детей 48% были жителями г. Иркутска; 52 % детей - из других городов и поселков области, в том числе и очень отдаленных от Иркутска территорий.

Среди причин, побудивших родителей обратиться за помощью, на первом месте оказались отклонения в речевом развитии – 70.8%. В одних случаях (37%) родители жаловались на полное отсутствие активной речи у детей 3 и 4 лет на момент обращения. В других случаях (49%) родители отмечали у детей достаточный запас слов, наличие фразовой речи, однако при этом отмечалась неразборчивость речевого высказывания. Отмеченные отклонения характеризуют проявления дизартрических расстройств, поскольку у детей также выявлялась в процессе обследования диспраксия мелкой, артикуляторной и мимической мускулатуры. В 14% случаев обращения родителей были по поводу проявления у ребенка заикания и различных вариантов неплавности речи. На втором месте оказались нарушения поведения и эмоционального развития (16%) - повышенная нервность, капризность, сенситивность ребенка, болезненная привязанность к матери, трудности адаптации в ДОУ, склонность к истерическим реакциям, навязчивые привычки. Существенно реже встречались другие причины обращения: необходимость оценки психоречевого развития – 9%; комплексные сочетанные нарушения развития - 5% (ДЦП, проявлении РДА, выраженная задержка психического развития). В ряде случаев родители называли несколько причин обращения к специалистам.

Анализ медицинской документации (амбулаторных карт, выписок из стационара) показал, что у 53.2% детей были указания на патологию перинатального периода и её проявления в первые годы жизни. Диагноз энцефалопатия на момент осмотра был у 11.1% детей, невротические проявления - у 19.4%, задержка моторного развития - в 9% случаев, гиперактивность – у 7.7%, психосоматические расстройства - у 5.1%, судорожный синдром - у 2.9%. У 64% детей имело место сочетание нескольких клинических синдромов неврологического и психосоматического генеза. Анамнестически неврологическая симптоматика сохранялась после года у 31% детей, после 3 лет на первый план выступал синдром часто болеющего ребёнка. Следовательно, факторы биологического риска отмечались у большинства детей данной выборки.

С другой стороны, имели место неблагоприятные факторы социального характера, которые, при наличии определенной «почвы» становятся пусковым моментом возникновения речевых, когнитивных, эмоциональных отклонений. Среди них можно отметить неоптимальное коммуникативное поведение родителей, особенно матери, проявляющееся в ее недостаточной эмоциональности в общении с маленьким ребенком, игнорирование его возрастных и произносительных возможностей. Обращал на себя внимание и факт искажения родительско-детских отношений в обратившихся за консультацией семьях: например, воспитание в культе болезни, гиперопека, непоследовательность и отсутствие единства требований со стороны близких взрослых, несоответствие требований родителей возрасту и возможностям ребенка, нарушение режима дня, эмоциональные и информационные перегрузки ребенка.

При анализа запросов родителей при обращении к специалистам лаборатории мы выделили как самые частые и типичные следующие: 1) выяснение причины трудностей, их оценка и прогноз развития ребенка; 2) запрос на рекомендации для родителей по развитию, воспитанию и преодолению трудностей. 3) запрос на рекомендации для других специалистов (воспитателей, дефектологов, логопедов), которые работают с ребенком по месту жительства; 4) независимая оценка развития ребенка (опровержение или подтверждение диагноза); 5) запрос на коррекционную помощь от специалистов лаборатории.

На основании комплексного изучения ребенка специалистами лаборатории разрабатывались индивидуальные программы сопровождения для каждого ребен-

ка с учетом всего комплекса выявленных ресурсов семьи: материальных возможностей, социального статуса, места проживания, занятости родителей, готовности к осуществлению медицинских и педагогических мероприятий.

Серебровская О.В., Портнова А.А., Шинко, Л.С. Голуб С.В.
КРИЗИСНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ
КОРРЕКЦИЯ СТРЕССОВЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ
ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, научно-
практический центр психического здоровья детей и подростков (Москва).

Актуальность исследования. В связи с ростом числа антропогенных и природных катастроф и, как следствие, выделением нового научно-практического направления – психиатрии чрезвычайных ситуаций – становятся актуальными изучение и коррекция психопатологических реакций пострадавших на массивную психическую травму. Необходимость организации комплексной психолого-психиатрической помощи во время и после ЧС, а также на отдаленных этапах не вызывает сомнений. В настоящее время доказано, что наибольшим патогенным действием обладают психогенные воздействия катастрофического характера, которые приходится на детский и подростковый возраст – период интенсивного психического развития. В остром периоде реакции на пережитый стресс наиболее важным является медико-психологическая работа с пострадавшими, направленная на достижение относительно нормального функционирования. В структуру психологической коррекции включаются и психодиагностические мероприятия, которые организовываются таким образом, чтобы способствовать достижению адаптационного эффекта. Тяжесть последствий психической травматизации во многом определяется своевременностью оказания психолого-психиатрической помощи пострадавшим детям, что обуславливает актуальность разработки методов кризисного вмешательства в остром периоде после чрезвычайной ситуации. Данное исследование является частью научно-исследовательской программы по оказанию психолого-психиатрической помощи детям и подросткам при чрезвычайных ситуациях.

Целью настоящего исследования явилась разработка методов кризисного вмешательства и психологической коррекции стрессовых нарушений в остром периоде после чрезвычайной ситуации.

Материалы и методы исследования. Получены результаты психодиагностической, психокоррекционной и психотерапевтической работы с детьми и подростками, пострадавшими в чрезвычайных ситуациях различного вида: пожар в школе пос. Сыдыбыл (Саха-Якутия), террористический акт в г. Беслане, обрушение здания школы в селе Беляевка Оренбургской обл., наводнение в г. Крымске. Общее количество пострадавших, которым оказана экстренная психологическая помощь, 375. Возраст пострадавших – 5-17 лет.

Обследование и кризисное вмешательство осуществлялись на вторые-седьмые сутки после происшествия. Все подростки обследовались добровольно; у родителей детей, не достигших 15 лет, было получено согласие на обследование ребенка и оказание ему экстренной психолого-психиатрической помощи. Диагноз острой реакции на стресс (ОРС) устанавливался на основании критериев ОРС. Для оценки ОРС использовались адаптированные нами опросники (SASRQ), а также психодиагностические рисуночные тесты.

Результаты. В структуре экстренной психологической работы с детьми, страдающими ОРС, одним из ведущих направлений является арт-терапия. Привлекательность и естественность рисования в детском возрасте обуславливает выбор рисуночных техник в качестве наиболее доступных, удобных и эффективных. Символичность языка рисунка дает ребенку чувство защищенности, помогает созданию безопасной атмосферы, предполагающей возможность отреагирования разнообразных чувств в создаваемых образах. Наиболее эффективным средством кризисного вмешательства при остром стрессе являются графические методы и приемы. В процессе художественного творчества складываются конструктивные способы преодоления трудностей и конфликтов, развиваются сопротивляемость и психологическая устойчивость, приобретает позитивный опыт социального взаимодействия. Использование рисуночных техник особенно актуально при работе с пострадавшими детьми, когда речевое общение затруднено. Трудности установления контакта могут быть обусловлены целым рядом причин, в частности, охваченностью ребенка болезненными переживаниями, особенностями его эмоционального состояния, а также недостаточным владением русским языком. Кроме того, дети (особенно младшего возраста) испытывают трудности, связанные с недостаточным умением осознавать, анализировать, выражать словами свои переживания. Психотерапевтическая работа с детьми в остром периоде с использованием рисования обеспечивает быстрое установление доверительного контакта, в ходе которого становится возможной актуализация и свободное, откровенное обсуждение переживаний ребенка. Созданные в рисунках образы позволяют дистанцироваться от дестабилизирующих переживаний, что способствует развитию устойчивости к фрустрирующему воздействию стрессогенных ситуаций.

Выводы. Массовое острое психогенное расстройство психики у детей требует не только первичного сплошного диагностического обследования пострадавших, но и кризисного вмешательства с привлечением методов рисуночной психокоррекции. Спонтанная и организованная изобразительная деятельность сопровождается целым рядом терапевтических эффектов (эмоциональным, релаксационным, психопрофилактическим, социально-коммуникативным и др.). Участие в этой работе специалистов разных профилей повышает значимость индивидуальной реабилитационной программы, включающей и поддерживающее лечение, и социальные мероприятия, и психокоррекционный блок.

Серебровская О.В., Усачёва Е.Л.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ РАЗВИТИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ДЕТСКОГО ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

**Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков
(Москва).**

Современная система психопрофилактической, специализированной психиатрической, психотерапевтической, медико-психологической помощи находится в процессе реформирования. Назрела необходимость создания такой системы оказания помощи психически больным детям и подросткам, при которой на основе взаимной корректности представителей смежных профессий происходило бы развитие и укрепление междисциплинарных связей и полипрофессиональных подходов. В русле одного из приоритетных направлений реформирования системы, связанного с переходом от преимущественно медицинской модели оказания специализированной помощи к биопсихосоциальной, происходит постепенное смещение

акцентов с психофармакотерапии на психотерапевтические методы. Создание системы стандартизации в здравоохранении обуславливает необходимость определения единых подходов к планированию и нормированию профессиональной деятельности разных специалистов, работающих в области охраны психического здоровья детей и подростков.

Актуальность систематизации видов профессиональной деятельности и разработки нормативов нагрузки клинических психологов в психиатрии детского и подросткового возраста обусловлена наличием целого ряда проблем. Первая из них состоит в том, что формирование профессионального поля психологической службы в психиатрии происходит медленно, несмотря на постоянное повышение требований к профессиональной компетенции психологов, адекватной уровню сложности подлежащих решению задач.

Вторая проблема заключается в том, что необходимость обеспечения преемственности результатов диагностических и коррекционно-восстановительных мероприятий сталкивается с отсутствием стандартизации психологической деятельности, психологического протокола ведения больных, несогласованностью понятийно-терминологического словаря наук.

Третья проблема связана с законодательным и методическим дефицитом в сфере регламентации деятельности клинического (медицинского) психолога. Эти вопросы рассматриваются с 1995 г, однако на сегодняшний день существовавшие ранее приказы, затрагивающие вопросы штатных нормативов, моделей диагностики и лечения психических расстройств, применения методов психологического и психотерапевтического воздействия, утратили свою силу, а разработка порядка оказания помощи по клинической психологии остановилась на стадии проекта.

С целью научно-обоснованного формирования профессионального поля клинического психолога детского психиатрического стационара, определения алгоритмов клинико-психологических исследований, обеспечения преемственности результатов диагностических мероприятий был проведен системный анализ профессиональной деятельности специалистов психологической службы ГКУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков Департамента здравоохранения города Москвы». Использовались следующие методы: изучение исторических документов и архивных материалов; анализ нормативной базы; анализ данных отчетной документации; анкетирование специалистов; аналитическое нормирование и хронометраж.

В результате проведенного исследования были определены основные аспекты деятельности клинического психолога в детском психиатрическом стационаре: аналитико-диагностический, психореабилитационный, профилактический, просветительский, консультативный, экспертный, научно-исследовательский. Методом аналитического нормирования был определен перечень основных и вспомогательных трудовых операций. Например, получение клинического запроса от психиатра и ознакомление с историей болезни и амбулаторной картой были отнесены к основным трудовым операциям, обобщение опыта работы – к вспомогательным.

С целью проектирования системы планирования деятельности клинического психолога, изучения соотношения диагностической и коррекционной работы было проведено измерение отдельных трудовых операций, выполняемых медицинским психологом в их технологической последовательности. Использование индивидуального хронометража дало возможность произвести точные непосредственные замеры временных затрат, что представило работу психолога с максимальной степенью детализации. На основе данных, полученных в ходе анкетиро-

вания, хронометража и наблюдения, нами разработан перечень видов деятельности, выполняемых специалистом.

Для удобства нормативной стандартизации нагрузки психолога в качестве базовой единицы трудозатрат использовался суммарный показатель трудозатрат, необходимых для проведения базового клинико-психологического (психодиагностического) исследования. Соотнесение трудозатрат на проведение базового клинико-психологического исследования с трудозатратами, необходимыми на проведение других видов работы (как диагностической, так и коррекционной), позволило унифицировать систему планирования и учета нагрузки специалистов и рассчитать интегральные трудозатраты на каждый вид деятельности.

Таким образом, сделан первый значительный шаг на пути создания стандартизированных моделей профессиональной деятельности клинического психолога. Перспективы совершенствования стационарной психологической службы предполагают максимальную интеграцию моделей их работы в общий протокол ведения больного на основе согласованности и взаимной корректности специалистов разного профиля. Развитие психологической службы как службы немедицинского сопровождения должно отталкиваться от представления о ней как о структурном звене общей системы специализированной психиатрической помощи детям и подросткам.

Серебровская И.Н.

ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ С РОДИТЕЛЯМИ В КАБИНЕТЕ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ

**Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков
(Москва).**

Актуальность. С учетом необходимости раннего выявления проблем и помощи семьям, воспитывающим детей с трудностями развития, в ГКУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков Департамента здравоохранения города Москвы» открыт Кабинет ранней диагностики, ставший частью системы реабилитационной помощи детям. Ранний возраст является важным сенситивным периодом, поэтому ранняя адекватная помощь ребенку позволяет более эффективно компенсировать нарушения в его психофизическом развитии и предупредить инвалидность. Работа с родителями в Кабинете ранней диагностики характеризуется спецификой, обусловленной важностью стоящих перед специалистом задач с одновременной кратковременностью консультации.

Цель исследования — разработка системы работы с родителями в условиях Кабинета ранней диагностики.

Материалы и методы. Проанализированы результаты работы, проводимой логопедом Кабинета ранней диагностики в течение года. Метод — аналитический, катamnестический.

Результаты и их обсуждение. Большинство родителей (80%), обращающихся за помощью логопеда в Кабинет ранней диагностики, не осознают тяжести нарушений, имеющихся у ребенка, отмечая, как правило, только отсутствие речи или дефектное звукопроизношение. В процессе консультации выявляется ряд типичных родительских ошибок, оказывающих негативное влияние на развитие речи ребенка: задержка на стадии эмоционального общения, при которой потребности и просьбы ребенка удовлетворяются родителями без каких-либо попыток со стороны ребенка выразить их вербально; исключительная ориентация на предмет-

ный мир, когда родители перегружают комнату ребенка игрушками без обыгрывания каждой игрушки в процессе совместной деятельности; формирование речи путем формального называния предмета, приводящее к тому, что ребенок механически повторяет слова за взрослым, но не использует их в спонтанном общении.

Одной из основных задач специалиста Кабинета ранней диагностики является изменение ценностных ориентаций родителя по отношению к больному ребенку таким образом, чтобы под руководством логопеда-консультанта родитель как бы самостоятельно менял подход к обсуждаемой проблеме. Соблюдение принципов недирективности, личностно-ориентированного подхода значительно повышает эффективность работы. Одним из ведущих принципов организации работы с родителями является принцип безоценочного доброжелательного участия: на возможность достижения положительного результата консультации оказывает влияние «тональность» каждой фразы логопеда и использованные специалистом невербальные средства.

Для уточнения представлений родителей о структуре речевого нарушения и его связи с развитием всех высших психических функций логопедом используются разные методы и приемы. Активно применяется метод наблюдения, в ходе которого изучаются и фиксируются форма и характер взаимодействия с ребенком; особенности применения паралингвистических средств общения (мимика, жесты); выбор преимущественной формы контакта с ребенком (вербальный, тактильный, зрительный, опосредствованный). Метод наблюдения позволяет оценить не только эмоционально-личностные особенности ребенка с отклонениями в развитии, но и индивидуально-психологические характеристики родителей.

Другим методом является частично стандартизированная беседа-интервью, отличающаяся относительно гибкой регламентацией порядка проведения, которая применяется не только в диагностических, но и в реабилитационных целях. Особое значение имеют установление доверительных отношений с близкими ребенка, уточнение перечня речевых и неречевых проблем, которые их волнуют. Родителям разъясняется характер и структура речевого нарушения, раскрываются его связь и влияние на развитие других высших психических функций. Отдельно показывается связь между уровнем развития экспрессивной речи и сформированностью подражательной деятельности как таковой, что является важным не только для понимания природы расстройства, но и для его эффективной коррекции на том этапе, пока ребенок не начал получать специализированную помощь. Логопед разъясняет родителям необходимость оречевления собственных действий и действий ребенка, важность стимулирования использования в общении простых фраз, а также необходимость формирования у ребенка способности подражать действиям, жестам взрослых и звукам.

Одним из основных аспектов работы в Кабинете ранней диагностики представляется установление конструктивного контакта с родителями, что возможно лишь в случае снижения степени выраженности фрустрирующего воздействия эмоционального стресса, в котором находятся близкие пациента с момента определения у ребенка нарушений развития. Важным моментом является перевод родительского отношения к проблеме с эмоционального уровня на рациональный за счет смещения акцента с объекта переживаний на деятельность, направленную на преодоление данной проблемы (консультации у смежных специалистов, подбор специализированной помощи).

Выводы. В Кабинете ранней диагностики работа с родителями является одним из основных аспектов деятельности специалиста. Оказание квалифицированной логопедической консультативной помощи должно сочетаться с формиро-

вание у родителей мотивации на активное участие в коррекционно-развивающем процессе на основе партнерских отношений, диалога, взаимного доверия и понимания.

Сиволап Ю.П.

СТРЕССЫ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

**Первый московский государственный медицинский университет им.
И.М. Сеченова (Москва).**

Жестокое обращение в детстве (childhood maltreatment), как и другие психические травмы детского возраста, представляет собой один из наиболее значимых факторов, оказывающих неблагоприятное влияние на формирование личности и психическое здоровье. Младенческий и подростковый возраст характеризуются наиболее высокой уязвимостью к неблагоприятным эмоциональным влияниям, и именно в эти периоды стрессы оказывают наиболее выраженное негативное влияние, способствуя появлению и закреплению страха и тревоги. Отмечается достоверная и прочная связь между неблагоприятными событиями детства (adverse childhood experiences) и повышенным риском последующего возникновения большого депрессивного расстройства, тревоги, суицидальных мыслей и попыток, а также зависимости от алкоголя и других психоактивных веществ (ПАВ). Стрессы детского возраста влекут за собой не только функциональные, но и морфологические изменения головного мозга, в первую очередь префронтальной коры. Способствуя нарушению развития мозга и психики, жестокое обращение ухудшает психическое здоровье не только в детском возрасте, но и на протяжении всей жизни индивида.

Пациенты психиатрической клиники, вне зависимости от диагноза, достоверно чаще здоровых людей дают утвердительный ответ на вопрос о неблагоприятных событиях детского возраста; так, о серьезных психических травмах в раннем детстве сообщают 56% лиц с пограничным расстройством личности, 40% лиц с большим депрессивным расстройством и 18% больных шизофренией. Невзгоды детского возраста не только ухудшают психическое здоровье, но и способствуют нарушению физического развития, повышая риск последующего развития внутренних болезней.

Последствия жестокого обращения с детьми создают серьезную нагрузку на общественное здравоохранение. В США ежегодное финансовое бремя, связанное с оказанием медицинской помощи жертвам насилия и отсутствия родительской заботы в детстве, оценивается в 124 млрд. долларов. Общий (в том числе скрытый) ущерб от жестокого обращения с детьми не поддается точной оценке, т. к. о многих случаях насилия в отношении детей не сообщается, а начальные симптомы расстройств, развивающихся вследствие насилия, обычно объясняются альтернативными заболеваниями или травмами.

Неблагоприятные события детства включают различные формы насилия (физическое, сексуальное, эмоциональное), отсутствие родительской (в первую очередь материнской) любви и детскую безнадзорность, а также сепарацию (отделение) ребенка от матери. Психические нарушения, обусловленные неблагоприятными событиями детства и развивающиеся как непосредственно вслед за травмой, так и в последующие периоды жизни, представлены следующими основными типами: посттравматическое стрессовое расстройство; тревога и ассоциированные с

ней состояния; депрессия; суициды; антисоциальное поведение; когнитивные нарушения; психозы; злоупотребление алкоголем и другими ПАВ.

У лиц, подвергающихся жестокому обращению в детстве, повышается риск появления как отдельных типов перечисленных расстройств, так и их сочетания. Приведенные данные указывают на необходимость обязательной коррекционной и лечебной работы с детьми, подвергающимися неблагоприятному эмоциональному воздействию. Многие эксперты высказывают предположение, что предупреждение жестокого обращения с детьми и других стрессов детского возраста способно в значительной степени уменьшить распространенность пограничных психических нарушений и аддиктивных расстройств и снизить потребление алкоголя и других ПАВ.

Топчий Л.В.

ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ СИНДРОМА «ПСИХИЧЕСКОГО ВЫГОРАНИЯ» СПЕЦИАЛИСТОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКОЙ СЕМЬИ И ДЕТЕЙ

Институт семьи и воспитания РАО (Москва).

Теоретическое переосмысление методов, методик и форм социальной и социально-педагогической работы с различными типами семей, особенно с кризисной, конфликтной и проблемной, переход на инновационные социально-педагогические технологии работы предусматривает рассмотрение актуальных проблем профилактики синдрома «психического выгорания» специалистов социальной работы, в т. ч. социальных педагогов, и выработку определенной методологии этой деятельности.

Синдром «психического выгорания» (профессионально-эмоциональное истощение, эмоциональное сгорание или деформация) – одна из важнейших проблем психологической безопасности социальных работников и социальных педагогов, заслуживающая особого внимания исследователей и практиков, управленцев и разработчиков программ повышения квалификации и профилактики деформации психического здоровья специалистов системы социальной защиты населения, повышения уровня их жизнедеятельности и жизнеспособности к эффективному труду и счастливой личной жизни..

Трудности разработки проблемы прежде всего связаны с особенностями становления и развития профессиональной социальной работы в России, нечеткими границами между профессиональной, полупрофессиональной и непрофессиональной работой социальных работников, плохим состоянием инфраструктуры социальных служб, наличием специфических личностных и организационных факторов, приводящих к стрессу и «психологическому выгоранию» работников социальных служб.

Выделяя профессиональную усталость социальных работников в качестве приоритетного направления исследования, нами выявлена недостаточная ее разработанность. На Европейской конференции ВОЗ (2005 г.) отмечалось, что стресс, связанный с профессиональной работой, характерен примерно для трети работников стран Европейского союза и цена решения проблем психического выгорания составляет в среднем 3-4% валового национального продукта. В России этот процент значительно выше, так как трудящиеся социальной сферы на протяжении последних 20 лет постоянно находятся в системном кризисе и испытывают постоянные повышенные социально-психологические нагрузки. К сожалению, авторы ра-

бот, посвященных инновационным технологиям социальной работы с различными категориями семей, не уделяют должного внимания проблеме психического выгорания социальных работников. Здоровье социальных работников их не интересует.

Методология системного подхода, создающая основу учения об организации деятельности в области профилактики «профессионального выгорания» специалистов социальной работы (см.: Топчий Л.В. Методологические проблемы теории социальной работы. Монография. М.: РГСУ, 2009-2011), позволяет предположить, что программные меры профилактики «психологического выгорания» специалистов по социальной работе можно свести к трем блокам.

Учитывая требования и рекомендации, изложенные в Государственном образовательном стандарте третьего поколения (ГОСТ, 2009) по направлению «Социальная работа», в **первый блок** следует включить системные, многоуровневые меры, направленные на преодоление противоречий и недостатков в подготовке и воспитании профессиональных социальных работников.

Во второй блок целесообразно включить совокупность упорядоченных мер, направленных на перестройку деятельности социальных служб и предприятий, а также органов управления системы социального обслуживания населения. Без организационных изменений в системе управления деятельностью социальных служб невозможно объективно восстановить необходимый статус специалистов и создать благоприятные условия (создание инфраструктуры, соответствующей национальным стандартам) для социально-психологической адаптации

Третий блок мер профилактики «психологического выгорания», по мнению ряда видных специалистов, заключается в оптимизации организации индивидуального и группового (коллективного) труда специалиста социальной работы, повышении психологической культуры и формирования стрессоустойчивости специалиста (умение конструктивно взаимодействовать с коллегами и клиентами социальных служб, толерантность к стрессу, умение восстанавливать свои силы, организация отдыха, регулирование своего психологического состояния, овладение методами релаксации, организация эффективного поведения, овладение методами личной психотерапии и психогигиены).

Управление персоналом социальных работников и социальных педагогов предполагает внимательное отношение к психическому здоровью работников социальных служб, образовательных и пенитенциарных учреждений. Во всех образовательных программах, направленных на повышение профессиональной квалификации и переподготовки, должны быть включены блоки теоретических и практических занятий, направленных на восстановление их психического здоровья.

Трушталева Л.Е.

ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ ПЕДАГОГОВ, РАБОТАЮЩИХ В ШКОЛАХ ИНТЕГРИРОВАННОГО ОБУЧЕНИЯ И В ДОПОЛНИТЕЛЬНОМ ОБРАЗОВАНИИ

Дом детского творчества Калининского р-на, Санкт-Петербургский государственный архитектурно-строительный университет (Санкт-Петербург).

Проблема профессионального выгорания для педагогических кадров очень актуальна. Еще более актуальной она становится, когда педагоги работают с трудными категориями учащихся. Среди таких категорий – учащиеся с задержкой психического развития. (ЗПР).

Нами было проведено исследование профессионального выгорания педагогов, работающих с учащимися с ЗПР в школах интегрированного обучения. Для сравнительного анализа была проведена диагностика профессионального выгорания педагогов дополнительного образования по методике В.В. Бойко. В методике «Диагностика уровня эмоционального выгорания» В.В. Бойко эмоциональное (или профессиональное) выгорание определяется как выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на избранные психотравмирующие обстоятельства. Согласно этой методике в самом процессе выгорания выделяются 3 основные фазы и 12 составляющих их симптомов. 1-я фаза – это фаза напряжения, на которой учитель переживает различные стрессовые ситуации, испытывая при этом чувства тревоги, депрессии, безвыходности и неудовлетворенности собой. Во 2-й фазе учитель начинает сопротивляться стрессу, но делает это с помощью уменьшения своих профессиональных обязанностей и эмоциональной отстраненности от работы. Название 3-й фазы – истощение – говорит само за себя. На этой стадии у человека появляются эмоциональный дефицит, деперсонализация и целый спектр психосоматических и психовегетативных дисфункциональных признаков[1].

Анализ эмпирических исследований по проблеме эмоционального профессионального выгорания педагогов, работающих с детьми с ЗПР в школах интегрированного обучения, показал, что у 76 % педагогов, вне зависимости от возраста, есть явные признаки выгорания: преобладает стадия резистенции (44%) и стадия истощения (25%).

Также нами разработана анкета нравственного отношения педагогов к проблемам детей с ЗПР и их родителей. Анализ результатов анкеты показал, что большинство педагогов, работающих параллельно в классах ЗПР и классах, условно называемых «норма», увы, негативно относятся к проблемам детей с ЗПР. Например, на вопрос, «какие чувства Вы испытываете по отношению к детям с ЗПР», ответ «мне их жалко» выбрали 26% педагогов, ответ «я считаю, что они нормальные люди, и к ним я испытываю такие же чувства, как и к другим людям» лишь 6% педагогов, ответ «мне жалко их родителей» выбрали 34 % педагогов, ответ «родители сами в этом виноваты» выбрали 20% респондентов, и ответ «не испытываю никаких чувств» выбрали 12% респондентов. Большинство педагогов считает, что дети с ЗПР должны учиться в специализированных школах и не создавать проблем окружающим детям.

На вопрос, «Как Вы считаете, ответственно ли общество за проблемы, связанные с образованием детей с ЗПР» 84% этой категории педагогов ответили, что это проблема их родителей – «они часто сами бывают виноваты в ее возникновении».

Педагоги же, работающие в обычных школах или коррекционных школах, много более толерантны к детям с ЗПР, испытывают к этим детям и их родителям жалость, относятся с пониманием к этой проблеме и готовы решать ее в меру своих сил. Это связано с эмоциональной перегрузкой педагогов школ интегрированного обучения. В течение дня им приходится попеременно работать в классах ЗПР и классах, условно называемых «норма». Работа в классах норма требует одних методов, а работа с учащимися с ЗПР – других, что создает дополнительную эмоциональную и физическую перегрузку (подготовка к урокам) для педагогов школ интегрированного обучения.

Диагностика профессионального выгорания педагогов Дома детского и юношеского творчества Калининского района показала следующее. У 35% педагогов проявляются признаки первой фазы выгорания, напряжения, что на 25 %

меньше, чем у педагогов, работающих в школе интегрированного обучения. У 25% педагогов ДДТ проявляются признаки второй фазы выгорания – резистенции, что на 45 % ниже, чем у педагогов вышеуказанной школы. Лишь у 8% педагогов ДДТ выявляется третья фаза профессионального выгорания – истощение, которая проявляется, прежде всего, в наличии психосоматических заболеваний. Среди педагогов ДДТ, имеющих признаки эмоционального выгорания, прежде всего педагоги, работающие с группами детей (групповые занятия), и всего 15% педагогов, проводящих индивидуальные занятия. У педагогов, занимающихся с учащимися индивидуально, практически отсутствуют проявления деперсонализации.

Делая выводы, можно отметить, что для педагогов дополнительного образования не стоит остро проблема эмоционального профессионального выгорания. Это связано, прежде всего, с тем, что на занятия приходят дети, явно мотивированные на обучение, работа с которым приносит результат, адекватный эмоциональным затратам педагога. При работе же с учащимися с ЗПР в школе интегрированного обучения эмоциональные затраты педагогов велики, а результат либо отсрочен во времени, либо очень невысок, что вызывает первоначально неудовлетворенность педагога работой и приводит к эмоциональному профессиональному выгоранию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бойко В. В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других. М., 1962.
2. Ласовская Т.Ю., Ильина С.А. Профессиональное выгорание: Учебно-методическое пособие. - Новосибирск: Сибмедиздат, 2004.
3. Психология здоровья: Учебник для вузов / Под ред. Г.С. Никифорова. – СПб., 2003.
4. Реан А.А., Баранов А.А. Факторы стрессоустойчивости учителей // Вопросы психологии.- 1997.- № 1. - С. 45-55.

Феофанов В.Н.

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ И ПРЕОДОЛЕНИЕ СИНДРОМА ВЫГОРАНИЯ У ПЕДАГОГОВ, РАБОТАЮЩИХ С ДЕТЬМИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Российский государственный социальный университет (Москва).

Комплекс мер поддержки специальных педагогов с признаками выгорания может быть рассмотрен на следующих трех уровнях.

1. Административно-организационный уровень включает меры по структурированию и оптимизации рабочей среды. Для этого необходимо разработать и принять более эффективную систему материального и морального стимулирования (поощрения), включающего повышение уровня заработной платы, премии по итогам года за участие в методической работе, ценный подарок, представление к награждению по итогам года, благодарность в приказе, отгулы, творческий отпуск в каникулярное время, дополнительные дни к отпуску, направление на престижные курсы, семинары переподготовки и повышения квалификации, освобождение от второго направления аттестации и др.

Значимость профессии повышается также смотром педагогических достижений, рекомендацией обобщить персональный опыт работы, участием в педагогических чтениях, ежегодном конкурсе «Педагог года», проведением деловой игры «Эстафета передового опыта», обучением и помощью молодым сотрудникам.

Руководителями образовательных учреждений необходимо заботиться о социальном признании и удовлетворение социально-психологических потребностей членов педагогического коллектива, связанных с самовыражением, способствовать улучшению психологического климата и создавать условия, способствующие психологической разгрузке, релаксации прямо на работе.

2. Психологическая служба или отдельные психологи образовательного учреждения.

Мощным ресурсом профилактики и преодоления синдрома выгорания может являться информирование педагогов о причинах, признаках, процессе развития феномена, а также о том, как общедоступными средствами помочь сохранить персональное психологическое здоровье и работоспособность. Для наглядной пропаганды специальных знаний может быть составлен пакет материалов «В помощь педагогу или способы профилактики синдрома выгорания», который окажется полезен как отдельным учителям, так и образовательному учреждению в целом.

Среди относительно инновационных форм психологической помощи специальным педагогам, переживающим негативные последствия профессионального стресса, высокую разрешающую способность имеет реализация различных тренинговых программ по предупреждению и преодолению синдрома выгорания.

Наш опыт исследования синдрома выгорания применительно к профессиональной группе специальных педагогов показывает, что перспективной мерой, ослабляющей деформирующее влияние профессиональной деятельности на специалистов, взаимодействующих с учащимися с отклонениями в развитии, является тренинг «Антивыгорание».

Цель данной психологической программы заключается в следующем:

- О профилактика и коррекция высокого уровня выгорания у специалистов;
- О повышение эффективности их воздействия на эмоциональное отношение учащихся с особыми образовательными потребностями к учителю и школьной ситуации в целом.

Разработанная тренинговая программа имеет социальную значимость, т. к. улучшает эмоциональный компонент здоровья, укрепляет роль эмоций в педагогической деятельности, восстанавливает эмоционально-энергетические ресурсы, совершенствует межличностные отношения с коллегами, расширяет деловое и межличностное общение в общности «учитель–ученик», усиливает «Я-концепцию» в сфере персональных достижений, актуализирует смысл профессиональной деятельности, обучает приемам и навыкам психологического оздоровления.

3. Активность самих педагогов.

Снижению эффекта выгорания и нейтрализации его негативных последствий способствует своевременное внесение разнообразия в свою работу (создание новых проектов и их реализация без ожидания санкционирования со стороны официальных инстанций, приобретение новых знаний и навыков, самообразование, постоянное повышение квалификации, посещение конференций и семинаров по выбранной специальности, где предоставляется возможность встретиться с новыми людьми и обменяться опытом; изучение специальной литературы и др.).

Для противостояния выгоранию педагогам следует также иметь свободные вечера и выходные (не брать постоянно работу на дом); вести удовлетворительную социальную жизнь (налаживать добрые отношения с широким кругом людей, искать единомышленников, участвовать в спортивной жизни города, интегрироваться с другими значимыми социальными группами, но непрофессиональными), уделять время и душевные силы своей семье (устраивать праздники для членов

семьи и близких людей, прогулки и поездки с детьми в театр, музей, на природу, совместно проводить досуг, активно отдыхать); иметь нескольких друзей (желательно других профессий), во взаимоотношениях, с которыми оказывать и получать эмоциональную и моральную поддержку, высказывать просто так похвалу, комплименты кому-либо.

Профилактические и реабилитационные мероприятия должны быть направлены также на культивирование других интересов, не связанных с профессионально-педагогической деятельностью (проявлять заинтересованность в делах общества, быть в курсе новостей; читать периодику, литературу для своего удовольствия и без ориентации на какую-то пользу, слушать музыку, смотреть любимые передачи, фильмы, спектакли), а также развитие хобби, позволяющего снять напряжение, возникающее на работе и доставляющего удовольствие. В результате учитель отключается от профессиональных проблем, может найти новые источники вдохновения, рационализирует свой режим труда и отдыха.

Хорошева О.И.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕФОРМАЦИЯ ЛИЧНОСТИ УЧИТЕЛЯ СРЕДНЕЙ ШКОЛЫ КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ КОНФЛИКТНОСТИ У ПОДРОСТКОВ

Школа-интернат № 42 (Москва).

Реальная педагогическая практика показывает, что сегодня довольно четко прослеживается факт потери интереса к ученику как к личности, неприятие его таким, какой он есть, упрощение эмоциональной стороны профессионального общения. Многие педагоги отмечают у себя наличие психических состояний, дестабилизирующих профессиональную деятельность (тревожность, уныние, подавленность, апатия, разочарование, хроническая усталость. Сложилось противоречие между не вызывающим в педагогике никакого сомнения утверждением о том, что «только личность может сформировать личность», и тем обстоятельством, что профессиональная деформация личности учителя в качестве психологического фактора развития конфликтности у подростков специально не изучалась.

Поведение современных учителей нередко характеризуется повышенной напряженностью. Следствием ее являются грубость, несдержанность, окрики, оскорбления учеников и т. д. Психологические образования современного учителя, типичного представителя отечественного образования: рваное, противоречивое, набитое мифами и иллюзиями мировоззрение; постоянная готовность прикрыться должностью; практически тотальное отсутствие чувства юмора; привычка воспитывать, оценивать собеседника, самоутверждаться за его счет, предъявлять требования к другим и считать себя эталоном человека и профессионала. И при этом практически все – в общем, хорошие, очень несвободные, плохо обеспеченные, не слишком счастливые люди.

В настоящее время возникла настоятельная необходимость в создании программ профилактики профессиональной деформации, реализуемых в ходе психолого-акмеологического сопровождения труда педагогов. Акмеологический характер модели такого сопровождения способствует раскрытию творческих возможностей личности, обеспечивает продуктивную саморегуляцию психической устойчивости и сохранение здоровья. Комплекс мер социо-психолого-педагогического характера, назначение которых ослабление косвенным путем деформирующего влияния деятельности педагога на субъекта профессиональной де-

тельности, способствует созданию условий для восстановления и актуализации их личностно-профессионального ресурса. Социально-психологическое сопровождение педагогов, работающих в образовании, может осуществляться, на наш взгляд, психологическими службами или отдельными психологами, валеологами, медиками, работающими в данных учреждениях.

Состояние неблагополучия в современной российской школе констатируется представителями всех профессиональных групп, имеющих прямое отношение к развитию, образованию и воспитанию подрастающего поколения — педагогами, медиками, психологами. Все большее число детей по различным причинам оказываются неуспешными в школе — как в сфере собственно учебной деятельности, так и в сферах развития, адаптации, воспитания. Для того чтобы решить эту проблему (или хотя бы снизить ее остроту), необходимы серьезные усилия в административном, научном и практическом направлениях. В современных условиях обостряющегося противостояния в общественных отношениях вести осмысленную жизнедеятельность, разрешая внутренние и социальные конфликты, является важнейшим фактором социализации. Таким образом, среди проблем, стоящих перед общеобразовательной школой в период ее модернизации, к особо значимым можно отнести проблему конфликтности и конфликтного поведения подростков.

Одна из главных причин непонимания и возникновения конфликтных отношений между учителями и учащимися заключается в том, что отношение ученика к учителю гораздо более личностное, эмоциональное, между тем как у учителей преобладает "деятельностный" подход к ученикам (оценка по результатам деятельности), то есть функциональное отношение. Безусловно, характер этих взаимоотношений, в первую очередь, определяется личностными характеристиками педагога.

В нашем понимании, школьные конфликты представляют собой такие проблемные ситуации, участники которых больше всего заинтересованы не в их объяснении или прогнозе дальнейшего развития событий, а в обосновании приемлемого выхода из создавшегося положения. В связи с этим психолого-педагогическое исследование в сфере школьного конфликта не должно ограничиваться объяснительной или прогностической функцией, оно обязано довести познание до предложения психокоррекционных мер, исчерпывающих конфликтную ситуацию.

Учителю необходимо проводить профилактические меры по эмоциональному выгоранию, и эффективность психолого-педагогической коррекции конфликтности подростков повышается при условии разработки и внедрении программ профилактики и коррекции профессиональной деформации педагогов т. к. только совместные мероприятия могут дать положительный результат.

Цыганков Б.Д., Малыгин Я.В., Исмаилова С.Ф., Зыкова А.С.
ФАКТОРЫ ОБРАЩАЕМОСТИ ЗА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ
ПОМОЩЬЮ ПОДРОСТКОВ НА ПРИМЕРЕ СТУДЕНТОВ КОЛЛЕДЖЕЙ
США [ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ]

Московский государственный медико-стоматологический университет
им. А.И. Евдокимова (Москва).

Обучение в колледже часто сопряжено с постоянными психическими нагрузками. При этом в отсутствие лечения психические расстройства могут не только

значительно повлиять на достижение успехов в учебе, формирование социальных контактов, но и стать причиной формирования алкогольной и наркотической зависимости [2, 14-16, 25, 28].

В многочисленных исследованиях была показана высокая распространенность психических заболеваний среди студентов колледжей. Так по результатам работы National College Health Assessment было выявлено, что каждый третий опрошенный испытывал эпизоды депрессии, сопряженные со снижением нормального функционирования, хотя бы один раз за год, при этом примерно один из десяти студентов сообщал, что всерьез рассматривал попытку суицида [1]. Согласно исследованию, в котором приняли участие 26 000 студентов из 70 колледжей и университетов, 6% студентов и 4% выпускников сообщили о том, что за последние год имели серьезные намерения совершить суицид [5]. В другой работе на рандомизированной выборке [n=14175] учащихся колледжей и университетов было показано, что у 17,3% имеются симптомы депрессии согласно опроснику Patient Health Questionnaire-9, из них 9% соответствуют критериям большого депрессивного расстройства, и более 10% имеют расстройства тревожного спектра [паническое – 4,1% и генерализованное тревожное расстройства – 7,0%] [7].

Низкая обращаемость за помощью характерна для учащихся с аффективными расстройствами; менее 20% студентов колледжей, страдающих тревожными расстройствами, получали лечение [3]. В исследовании Eisenberg et al. было показано, что менее половины студентов, имевших в анамнезе большой депрессивный эпизод или симптомы тревожного расстройства, получали лечение в каких-либо учреждениях психического профиля за 2007 г. [6]. Эти данные особенно важны в совокупности с результатами исследований о том, что отсутствие терапии на ранних стадиях ассоциировано с хронизацией заболевания и частыми обострениями [13, 20, 21].

Важно отметить, что некоторые группы учащихся имеют значительно более высокие показатели распространенности психических расстройств, что в целом согласуется с исследованиями на общей популяции [12]. К примеру, учащиеся из мало обеспеченных семей характеризуются более высоким риском развития симптомов депрессии и расстройств тревожного спектра по сравнению с другими сверстниками [28, 4, 9].

Также факторами, влияющими на развитие более высокого риска психических расстройств, являются низкая социальная поддержка, неудачные личные отношения, сложности половой самоидентификации [4, 6], сексуальное насилие [22]. Помимо социальных и экономических факторов, важную роль играют гендерные различия. В частности было показано, что мальчики-подростки имеют более высокий риск суицидального поведения, в то время как девушки более предрасположены к формированию расстройств аффективного и тревожного спектров [6, 25].

Большинство исследований показывает, что основные препятствия учащихся к обращению за психиатрической помощью заключаются в нехватке времени, беспокойности вопросами конфиденциальности, недостаточной эмоциональной открытостью и финансовыми трудностями [7, 17, 18, 24].

Некоторые исследования показывают, что учащиеся колледжей могут не ощущать необходимость лечения и даже быть скептически настроенными по поводу эффективности лечения [13]. Важно отметить, что стигматизирующее отношение учащихся колледжей к психическим расстройствам также может послужить фактором, влияющим на низкую обращаемость за медицинской помощью [10].

Имеется очень мало данных о непосредственном влиянии мероприятий, проводимых в кампусах, на поиск психиатрической помощи учащимися, в частности, об эффективности просветительской деятельности или организации кабинетов психологической помощи. В частности, некоторые студенческие городки проводят образовательные программы, повышающие уровень обращаемости студентов за врачебной помощью. К таким программам можно отнести American Foundation for Suicide Prevention's College Screening Program, дальнейшее расширение которой совместно с SAMHSA Campus Suicide Prevention Grants, направлено на повышение психиатрической грамотности учащихся колледжей [1]. Другая программа National College Depression Partnership представляет собой сотрудничество студенческих городков, занимающихся повышением доступности ранней диагностики депрессивных расстройств, а также вопросами терапии [19].

Таким образом, психические расстройства среди студентов колледжей представляет собой актуальную проблему в связи с высокой частотой распространенности и тяжелыми последствиями. На данный момент отмечается низкий процент обращаемости учащихся за врачебной помощью в связи с большим количеством индивидуальных и социальных факторов. В связи с этим, повышение обращаемости за психиатрической помощью среди учащихся является важным вопросом для врачей, психологов и педагогов.

ЛИТЕРАТУРА

1. American College Health Association. 2013
2. Angst J.// Br J Psychiatry Suppl, 1996[30]: p. 31-7.
3. Blanco C. et al.// Arch Gen Psychiatry, 2008. 65[12]: p. 1429-37.
4. Cuellar I.// Hispanic Journal of Behavioral Sciences, 1997. 19[2]: p. 230-238.
5. Drum D.J.// Prof Psychol Res Pract 2009;40:213-22.
6. Eisenberg D. et al.// Am J Orthopsychiatry, 2007. 77[4]: p. 534-42.
7. Eisenberg D. et al.// J Nerv Ment Dis, 2013. 201[1]: p. 60-7.
8. Eisenberg D. et al.// Med Care Res Rev, 2009. 66[5]: p. 522-41.
9. Eisenberg D.E. et al.// Med Care, 2007. 45[7]: p. 594-601.
10. Garlow S.J. et al.// Depress Anxiety, 2008. 25[6]: p. 482-8.
11. Givens J.L. et al.// Acad Med, 2002. 77[9]: p. 918-21.
12. Hasin D.S. et al.// Arch Gen Psychiatry, 2007. 64[7]: p. 830-42.
13. Hingson R.W. et al.// Pediatrics, 2006. 118[3]: p. e755-63.
14. Kessler R.C. et al.// N Engl J Med, 2005. 352[24]: p. 2515-23.
15. Kessler R.C. et al.// Am J Psychiatry, 1995. 152[7]: p. 1026-32.
16. Kessler R.C. et al.// Am J Psychiatry, 1998. 155[8]: p. 1092-6.
17. Megivern D. et al.// Psychiatr Rehabil J, 2003. 26[3]: p. 217-31.
18. Mowbray C.T. et al.// Am J Orthopsychiatry, 2006. 76[2]: p. 226-37.
19. National College Depression Partnership, 2013
20. Post R.M. et al.// Dev Psychopathol, 2006. 18[4]: p. 1181-211.
21. Ryan N.D.// Int J Methods Psychiatr Res, 2003. 12[1]: p. 44-53.
22. Silverman M.M.// Suicide Life Threat Behav, 1997. 27[3]: p. 285-303.
23. Stepakoff S.// Suicide Life Threat Behav, 1998. 28[1]: p. 107-26.
24. Tjia J. et al.// J Am Coll Health, 2005. 53[5]: p. 219-24.
25. Wang P.S. et al.// Arch Gen Psychiatry, 2005. 62[6]: p. 603-13.
26. Wang P.S. et al.// Health Serv Res, 2004. 39[2]: p. 393-415.
27. Wang P.S. et al.// JAMA, 2007. 298[12]: p. 1401-11.
28. Weitzman E.R.// J Nerv Ment Dis, 2004. 192[4]: p. 269-77.

Шигапов Д.Ю., Фесенко Ю.А., Худик В.А.
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ
НАСИЛИЯ НАД ДЕТЬМИ В СЕМЬЕ И ШКОЛЕ
ЦВЛ «Детская психиатрия им. С. С. Мнухина» (Санкт-Петербург).

Воспитание и обучение детей в таких социально значимых институтах, как семья и школа, претерпевает различные изменения с учетом общественно-исторических, политических, экономических, этнических, психолого-педагогических и других факторов. И семья, и школа пытаются взаимодействовать в вопросах эффективного воздействия на личность подрастающего человека. Причем взаимодействие рассматривается как педагогическая проблема воспитания детей, итогом которой выступают успешность социализации ребенка, привитие у него норм и правил поведения, сформированность чувств ответственности за свои проступки и пр. Психолого-педагогическое сопровождение подрастающего поколения реализуется социальными службами оказания помощи семье, консультативными пунктами в условиях образовательных и лечебных учреждений специалистами — врачами, психологами, социальными педагогами, дефектологами, юристами.

Одним из важных вопросов в работе данных специалистов является то, как относиться к профилактике насилия над детьми, имеющего место со стороны родных и близких ребенка в условиях семьи или во время его пребывания в образовательных учреждениях. Последствия насилия над детьми оказывают свое пагубное влияние на их психическую сферу, способствуя развитию неврозов, конфликтных переживаний.

Среди различных форм насилия над детьми можно выделить:

а) наказания со стороны родителей или педагогов как «воспитательная» мера воздействия с целью корригирования поведения ребенка, что способствует развитию дидактогении как следствия негативного влияния воспитания;

б) вербальное и морально-этическое воздействие на ребенка со стороны старших субъектов в системе семейных отношений или сверстников и старших обучающихся, а также педагогов образовательного учреждения, что способствует развитию у ребенка неврозов, в том числе в связи с дидактогией;

в) избиение и насилие над ребенком, в том числе сексуального, взрослыми как в условиях семьи и школы, так другими субъектами окружающей среды, пребывание в которой потерпевшему избежать не удалось, а последствия такого насилия привели к развитию у ребенка конфликтных переживаний, неврозов, посттравматического стресса и пр.

Выделенные условно формы насилия представляют собой предмет юридической исследовательской практики с точки зрения определения меры ответственности лиц, являющихся подозреваемыми и/или обвиняемыми, а также определения посредством судебных экспертиз (судебно-медицинской, комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы) состояния психосоматического здоровья потерпевших, что являетсяотягчающим вину обстоятельством для обвиняемых. Изменения психосоматического статуса потерпевшего становится предметом клинико-психологического исследования, когда выявленные симптомы поведения вследствие перенесенного конфликта, стресса, насилия требуют корригирования медикаментозными средствами, методами психотерапии и психологической коррекции.

Клинико-психологическое и социально-педагогическое сопровождение таких детей выступает важной практической задачей Центра восстановительного лече-

ния «Детская психиатрия им. С.С. Мнухина» (Санкт-Петербург), где проводится лечебная и профилактическая работа по коррекции виктимного поведения детей и подростков, подвергшихся насилию. В основе профилактической работы: а) разработка индивидуальных программ изучения психической сферы детей и их ближайшего семейного окружения; б) анализ этиопатогенетических факторов в развитии пограничных психических состояний, обусловленных насилием, и разработка индивидуальных схем лечебной и психологической профилактики аномалий личности, формирующихся вследствие хронической фрустрации; в) выработка рекомендаций по профилактике в системе отношений «ребенок–окружающий мир взрослых» для родителей, педагогов, социальных работников, что способствовало бы формированию у детей адекватных форм поведения, критичности в оценке себя и поведения окружающих, в становлении зрелых социальных отношений в условиях семьи и школы.

Психологические аспекты реализуемой профилактической работы связаны с обоснованием программ взаимодействия субъектов лечебно-воспитательного пространства по восстановлению психосоматического здоровья детей, подвергшихся насилию, а также социально-профилактической помощи семье и школе в предупреждении насильственных поступков и корригировании собственного поведения в процессе взаимодействия с детьми. Эффективность такого поведения взрослых значительно бы усилилась при совместной работе и профилактике деликтов со стороны правоохранительных органов.

Баз Л.Л.

**ОПОЗНАНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ
ДЕТЬМИ С ПОГРАНИЧНОЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ
НЦ психического здоровья РАМН (Москва).**

Эмоции участвуют в любом поведенческом акте. Считается, что правильное опознание эмоций у человека проясняет коммуникации и способствует оптимальному взаимодействию между людьми. Было найдено, что существуют различия по способности к опознанию эмоций других. Существует связь между опознанием и интерпретацией эмоций и их вербальным обозначением. Она объясняется спецификой жизненного опыта, практикой общения. Есть данные о различной способности людей к обучению распознавания эмоций, что свидетельствует о наличии задатков. Особо исследуется развитие способности к распознаванию эмоций в онтогенезе. В ряде работ показано, что в детском возрасте происходит развитие категорий эмоций, особенно большой скачок в развитии эмоционального словаря происходит между 10 и 12 годами. В психологии считается важным опыт, приобретенный ребенком в семье, в том числе и опыт эмоционального общения. Ребенок, вырастая в неблагополучной семье, формирует нарушенные «аффективные схемы», обучается нарушенному взаимодействию с окружающими, имеет трудности в вербализации эмоций.

Мы предприняли попытку исследовать способность к распознаванию эмоций у детей, страдающих психопатоподобным синдромом. Мы предположили, что неадекватные поведенческие реакции больных могут быть обусловлены и тем, что дети не понимают состояние партнеров по общению, неправильно интерпретируют ситуацию, что ведет к многочисленным конфликтам, которые сопровождают их жизнь.

Испытуемые: экспериментальная группа 17 девочек и 17 мальчиков в возрасте 11 лет с основным или сопутствующим диагнозом «психопатоподобный синдром». Все дети находились на излечении в стационаре. В анамнезе у них отмечались конфликтное поведение со сверстниками и взрослыми, в том числе и родственниками, выраженная агрессивность. Контрольную группу составили 17 девочек и 17 мальчиков, не лечившихся у психиатров. Дети обеих групп обучались в общеобразовательных школах г. Москвы.

Методики: распознавание эмоций по лицевой экспрессии (радость, удивление, страдание, гнев, испуг, презрение); эмоции различались по трем степеням выраженности - от едва заметной до ярко выраженной - 18 фото. Стимульный материал был апробирован на взрослой выборке. Распознавание эмоционального состояния по позам и жестам - 18 карточек (радость, гнев, удивление, страдание, презрение, нейтральное состояние). Рисунки иллюстрировали устойчивые фразы русского языка, отражающие эмоциональное состояние, например, «хлопать в ладоши» - радость, «стукнуть кулаком по столу» - гнев, нейтральное состояние «указывать пальцем».

Детей просили сказать, в каком эмоциональном состоянии находится человек. Результаты записывались и затем относились к той или иной эмоции.

Результаты: Полученные данные были сравнены между экспериментальной и контрольной группами детей в целом. Отдельно – между мальчиками и отдельно между девочками, а также между здоровыми мальчиками и девочками и больными мальчиками и девочками, с использованием критерия Фишера.

Оказалось, что не было найдено различий между группами. То есть все группы принадлежат к одной генеральной совокупности.

Наша гипотеза оказалась неверной. Дети с психопатоподобным синдромом так же хорошо опознают эмоциональное состояние по невербальной экспрессии, как и их сверстники. Несмотря на то, что большинство больных детей растет в неблагополучных семьях и часто они имеют проблемы во взаимоотношениях с родителями или опекунами, у них были сформированы эмоциональные перцептивные эталоны. Эти дети обладают достаточным словесным запасом для описания эмоциональных состояний. Их конфликтное поведение не связано с невозможностью понять эмоциональное состояние партнера.

Баздырев Е.И.

ДИЗОНТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАИКАНИЯ И КОМОРБИДНЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

**Российская медицинская академия последиplomного образования
(Москва).**

Заикание остается актуальной проблемой детской психиатрии. Возникая преимущественно в детском возрасте, оно отмечается в подростковом и зрелом возрасте и приводит к социальной дизадаптации.

В современных классификациях психических болезней отсутствуют выделенные отечественными авторами клинические варианты заикания - невротическое (вторично-психогенное) и неврозоподобное (первично-дизонтогенетическое). Так, в американской классификации DSM-IV лишь отмечено, что заикание является расстройством развития речи, а в МКБ-10 заикание рассматривается как состояние с однотипными речевыми нарушениями, единичными клиническими проявлениями и течением. Представленный феноменологический характер заикания в

классификациях психических нарушений приближает данное нарушение речи к нозологической форме (нозологической единице).

Однако с этими взглядами плохо согласуется высокая частота и разнообразие коморбидных расстройств, выявляемых у больных заиканием, причем в различных выборках исследуемых доминировали разные по выраженности и характеру коморбидные расстройства. Известно, что коморбидность определяется как сочетание у одного больного двух или более заболеваний, патогенетически взаимосвязанных между собой или совпадающих по времени у одного пациента независимо от активности каждого из них.

Целью работы является изучение коморбидных заиканию расстройств и их биологических механизмов клиническим и нейрофизиологическими методами.

Было проведено клиническое и ЭЭГ-исследование 128 детей и подростков, страдающих заиканием в возрасте от 4 до 16 лет (средний возраст $10,51 \pm 1,3$ года). ЭЭГ-исследование проводилось на компьютерном электроэнцефалографе фирмы «МБН» (Россия). Использовалась монополярная система записи. Компьютерная обработка полученных данных включала спектральный анализ ЭЭГ методом быстрого преобразования Фурье при помощи системы картирования биоэлектрической активности головного мозга «Brainsys». В анализ включалось не менее 25 двухсекундных отрезков записи ЭЭГ с предварительно удаленными артефактами. Данные были представлены в виде абсолютных и относительных значений спектральной плотности (СП) в стандартных частотных диапазонах и диапазоне от 1 до 32 Гц с шагом 1 Гц для всех 16 отведений. Полученные данные сравнивались с нормативной базой ЭЭГ данных.

Коморбидные расстройства отмечались у всех обследованных больных, причем у большинства отмечалось более одного коморбидного расстройства.

У всех заикающихся детей и подростков была выявлена негрубая диффузная церебрально-органическая симптоматика. Так у 23 (28%) отмечалась временная задержка формирования речи с легкими когнитивными расстройствами и нарушениями школьных навыков, у 46 (36%) - органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство, у 19 (15%) - тики, у 14 (11%) СДВГ, у 13 (10%) - энурез. В 40 (31%) случаях у больных заиканием выявлялись проявления психического инфантилизма, среди них у 19 (15%) больных отмечались аутистические черты.

Клинико-нейрофизиологическое обследование больных и анализ взаимосвязей коморбидных расстройств позволил выявить 2 группы больных с заиканием.

В 1-й группе заикание постепенно появлялось и протекало на фоне негрубых проявлений резидуально-органического поражения ЦНС в виде церебральной симптоматики, задержки психоречевого развития и др.

На ЭЭГ в этой группе отмечались высокие показатели спектральной плотности медленноволновой активности дельта-диапазона (0,5-2,0 Гц) и низкие значения СП в альфа-диапазоне, что можно расценить нарушениями резидуально-органического характера.

Во 2-й группе больных помимо речевого нарушения отмечались невропатические и психопатологические расстройства - фобические, астенические и аффективные, а также признаки нарушения формирования личности в виде органического инфантилизма и аутистических проявлений. В семейном анамнезе этих больных у родителей кроме заикания отмечалась отягощенность психопатическими личностными аномалиями. ЭЭГ больных характеризовалась низким индексом альфа-ритма в затылочных зонах, уплощением ЭЭГ, повышением индекса бета-

активности, что можно расценить как проявления регуляторных нарушений, связанных с эмоциональной активацией.

Общими для двух исследованных групп были признаки функциональной незрелости головного мозга, проявляющиеся в снижении возрастнo-специфических частотных поддиапазонов альфа-ритма в затылочных зонах, что указывает на дизонтогенетический характер нарушений.

Таким образом, анализ клинических и электроэнцефалографических данных показал гетерогенный характер патогенеза заикания, в становление которого вносят вклад как резидуально-органические церебральные расстройства, регуляторные нарушения, связанные с эмоциональной активацией, так и наследственные факторы.

В тоже время была выделена определенная общность патофизиологических механизмов заикания в виде нозологически неспецифической функциональной незрелости ЦНС. Нарушение устойчивости контролирующих функций, обусловленное дизонтогенезом, может служить основой для развития как заикания, так и коморбидных психических нарушений, таких как нарушение поведения, тики, энурез, задержка речевого развития.

Баканова А.А.

РЕТРОСПЕКТИВНАЯ РЕФЛЕКСИЯ ДЕТСКОГО ОПЫТА СТОЛКНОВЕНИЯ СО СМЕРТЬЮ (НА ПРИМЕРЕ ВОСПОМИНАНИЙ ВЗРОСЛЫХ ЛЮДЕЙ 31-40 ЛЕТ)

Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена (Санкт-Петербург).

Ставя в своих научных исследованиях задачу поиска ответа на вопрос о психологических механизмах, лежащих в основе индивидуальных способов совладания с экзистенциальной данностью смерти, остановимся более подробно на анализе первого опыта столкновения со смертью. Следует отметить, что представленные результаты являются частью комплексного исследования отношения к жизни и смерти, проводимого нами в настоящее время. Поэтому в данной статье мы раскроем лишь небольшой его аспект, а именно - модель анализа первого опыта столкновения со смертью.

В качестве материала для контент-анализа первого опыта столкновения со смертью рассмотрим ответы взрослых людей на один из вопросов специально разработанной нами анкеты, который звучал следующим образом: «Обратитесь, пожалуйста, к своему прошлому и вспомните, когда (в каком возрасте) вы впервые осознали конечность жизни? С какими событиями это было связано?».

В исследовании приняли участие 111 человек в возрасте от 31 до 40 лет, 55 мужчин и 56 женщин. Исследование было индивидуальным и добровольным; ответы на вопросы анкеты представлялись в рукописном или электронном виде.

На примере контент-анализа ответов взрослых людей после 30 лет можно предложить модель анализа ситуации первого столкновения со смертью, включающую следующие основные параметры:

1. ***Временной аспект*** первого столкновения со смертью, включающий не только основные возрастные периоды, в которые может происходить осознание конечности жизни (детство, школьный возраст, юность, зрелость), но и такие его характеристики, как «вневременность», «потенциальность» и «избегание».

Например, воспоминания взрослых людей 30-40 лет указывают на то, что около трети из них переживают первый опыт столкновения со смертью от 5 до 7 лет, более 40% - от 8 до 17 лет, около 15% - от 18 до 30 лет. Около 10% не могут указать примерный возраст осознания конечности жизни.

Характеристики вневременности и потенциальности осознания конечности жизни раскрываются в таких ответах, как: «всегда знал, что жизнь конечна» (в данном возрастном диапазоне таких ответов всего 0,9%) и «еще до конца не осознал конечность жизни» (1,8%). Несмотря на малочисленность таких ответов они, тем не менее, показывают особенности временных характеристик процесса осознания смерти, которые отражают не только прошлый опыт личности, но и его субъективную вневременность, а также потенциальность будущего.

2. **Ситуационный аспект**, включающий тип ситуации столкновения со смертью («смерть близкая», «смерть личная», «смерть виртуальная», «смерть отвергаемая») и ее вид («смерть родственника», «смерть незнакомых людей», «жизненные изменения и кризисы» и т. д.).

Первый тип, условно названный «смерть близкая» включает в себя такие виды ситуаций столкновения со смертью, как: смерть родственников и близких людей (чаще – бабушек и дедушек; реже – отцов, братьев и сестер) - 30,6%, смерть знакомых людей (например, «гибель соседа по даче в аварии», «умер дед подруги») - 9,9%, смерть незнакомых людей (например, в ДТП), а также смерть животных (например, «умер воробышек, которого я подобрала на улице») - 13,5%.

Второй тип ситуаций столкновения со смертью, названный «смерть личная», включает в себя два вида - ситуации угрозы для жизни, связанные со здоровьем (операция, неправильный диагноз, анафилактический шок, потеря сознания) и ситуации непосредственной угрозы жизни (участие в ДТП, боевых действиях, несчастные случаи и т. п.). В выборке взрослых людей после 30 лет эти ситуации встречаются в 5,4% воспоминаний.

Третий тип – «смерть виртуальная» включает такие виды ситуаций, как: «жизненные изменения и кризисы» (например, переезд, развод родителей); «детские страхи и фантазии на тему смерти и похорон» («очень боялась, что родители могут умереть»); «спонтанное осознание конечности без выраженного жизненного события и ситуации»; «взаимодействие с художественным образом» (книги, сказки, фильмы, песни – например, «прочли «Му-му»); «новое знание о жизни и смерти» (например, рассказы об умерших родственниках и войнах). Этот тип ситуаций встречается в 14,4% воспоминаний взрослых людей 30-40 лет.

Четвертый тип столкновения можно описать как «смерть отвергаемая». Для этого типа характерно избегание осмысления собственного опыта столкновения со смертью; в анкетах это проявляется отсутствием ответа или описания соответствующей ситуации (для данной выборки - 20,7%), а также ответы типа «не задумывался» или «не помню» (4,5%).

3. Третий параметр анализа ситуаций столкновения со смертью – «**описательный**», характеризующий стиль описания воспоминания, в котором можно выделить следующие элементы: «констатация факта» («погиб пес»); «детализация ситуации» - объяснение, указание на детали события («папа рассказал о возможной ядерной войне и что все люди могут умереть в этой войне»), валентность события - указание на негативные переживания в ситуации («было очень плохо») или на положительные чувства к умершему («смерть любимого животного»), а также рефлексия чувств и мыслей («стало обидно», «помню свое сожаление»).

Помимо перечисленных основных параметров анализа (временной, ситуационной и описательной) можно выделить также и дополнительные, что позволит

более детально проанализировать первый опыт столкновения со смертью, а также его взаимосвязь с другими аспектами отношения личности к жизни и смерти.

Бартош Т.П.

**ВЫРАЖЕННОСТЬ АКЦЕНТУАЦИЙ ХАРАКТЕРА
У СЕМИКЛАССНИКОВ МАГАДАНА**

Научно-исследовательский центр «Арктика» ДВО РАН (Магадан).

В условиях Севера детское население подвергается комплексному воздействию природно-климатических и социально-экономических факторов, которые предъявляют повышенные требования к его функциональным системам. Данные литературы указывают на увеличение распространенности нервно-психических нарушений в подростковых популяциях за счет пограничных невротических и личностных расстройств. В этой связи вытекает необходимость раннего выявления у детей таких отклонений, поскольку состояния, занимающие промежуточное положение между здоровьем и болезнью, содержат в себе истоки нервно-психической неустойчивости, психосоматических расстройств, психосоциальной дизадаптации, злоупотребления алкоголем и наркотиками. Акцентуации характера отличаются от расстройств личности тем, что проявляются при предъявлении повышенных требований к «месту наименьшего сопротивления» в характере данной личности, при этом могут возникать транзиторные аффективные реакции и расстройства адаптации. По данным литературы, выявлен вклад факторов генотипических, общей и индивидуальной среды в реализацию различных типов акцентуаций характера. В связи с этим изучение на донозологическом уровне особенностей акцентуаций характера подростков, проживающих на Севере, является актуальным и позволит определить акценты психопрофилактики пограничных психических состояний.

В исследовании приняли участие 150 учащихся 7-х классов гимназий № 1 и № 13 г. Магадана, из них 81 (54%) мальчик и 69 (46%) девочек (средний возраст $13 \pm 0,08$ лет). Для определения типов акцентуаций характера применялся характерологический опросник Шмишека-Леонгарда. Если набрано 18 и более баллов, черта считалась акцентуированной. Наличие невротических и неврозоподобных симптомов в эмоционально-аффективной сфере подростков определяли с помощью шкалы нервно-психической адаптации (НПА). Статистическая обработка данных проведена с использованием лицензионного пакета прикладных программ Excel-97 и Statistika-6.

Сравнительный анализ типов акцентуаций характера у мальчиков и девочек показал, что девочки, в отличие от сверстников, имеют более выраженный профиль (рис.). У них преобладают экзальтированный, эмотивный, тревожный, циклотимичный типы акцентуаций ($p < 0,05$).

Для девочек более характерны лабильность психики, эмоциональность, чувствительность, тревожность, болтливость, боязливость, частая смена настроения. В структуре акцентуаций характера у девочек доминирующим является экзальтированный тип (77 %), далее представлены эмотивный (64 %), гипертимный (55%), возбудимый, демонстративный (42%). Наименее выражены дистимический (13%), тревожный (9%), застревающий и педантичный типы (6%). В чертах характера девочек преобладают экзальтированные реакции, впечатлительность, эмоциональная чувствительность. У мальчиков доминирует гипертимный тип характера (62%), затем следует экзальтированный тип (41%), который в два раза реже встре-

чается, чем у девочек, также возбудимый и эмотивный (23%), циклотимный (17%). Реже отмечаются тревожный, демонстративный, дистимический (7%), застревающий и педантичный (5 %) типы акцентуаций. Мальчики в основном характеризуются приподнятым настроением, высокой активностью, общительностью, неусидчивостью и недисциплинированностью.

При исследовании нарушения нервно-психической адаптации среди подростков установлено, что 20 % (16 чел.) из числа мальчиков и 43 % (30 чел.) девочек характеризовались неблагоприятными прогностическими признаками нарушения нервно-психической адаптации. Корреляционный анализ показал отрицательную связь шкалы НПА с гипертимным типом акцентуации как у мальчиков ($r=-0,52$, $p<0,05$), так и у девочек ($r=-0,38$, $p<0,01$). Чем более выражены черты гипертимного типа активность, неугомонность, общительность, тем меньше вероятность нарушений нервно-психической адаптации. В свою очередь, у мальчиков положительная взаимосвязь шкалы НПА наблюдалась с тревожным ($r=0,52$, $p<0,05$), застревающим и педантичным типами ($r=0,46$, $p<0,05$). У девочек показатель НПА положительно связан с циклотимным ($r=0,44$, $p<0,01$), дистимическим и тревожным типами акцентуаций ($r=0,27$, $p<0,05$). Можно говорить, что подростки с преобладанием данных типов акцентуаций могут иметь предрасположенность к нарушениям психической адаптации.

Таким образом, исследование выраженности типов акцентуаций характера у семиклассников Магадана обоего пола показало наличие гендерной и личностной предрасположенности к дизадаптационным нарушениям в нервно-психической сфере, что следует учитывать при психопрофилактических и коррекционных мероприятиях в школах.

¹Бибенин А.А., ²Ретюнский К.Ю.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ С НЕОРГАНИЧЕСКИМ ЭНКОПРЕЗОМ

¹Свердловская областная клиническая психиатрическая больница,
²ГБОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия Минздрава
России (Екатеринбург).

Недостаточное понимание патогенеза неорганического энкопреза обуславливает низкую эффективность терапии. Оптимизация лечебно-реабилитационного процесса у детей с энкопрезом возможна благодаря уточнению центральных церебральных механизмов при энкопрезе. ЭЭГ-исследование позволяет оценить не только функциональное состояние головного мозга, но и уточнить локализацию и степень церебрального поражения.

Цель настоящего исследования заключалась в установлении особенностей ЭЭГ у детей с неорганическим энкопрезом.

Материал и методы. В исследование был включен 71 ребёнок с неорганическим энкопрезом (согласно критериям МКБ-10) в возрасте от 5 до 12 лет. Все дети были обследованы педиатром и гастроэнтерологом для исключения патологии желудочно-кишечного тракта.

В исследовании использован электроэнцефалограф-анализатор ЭЭГА-21/26 «Эцефалан-131-03» (модификации 08) совместно с компьютерной системой «Энцефалан-3Д» («Медиком МТД», Таганрог, Россия, 2005). Данная система способна регистрировать биоэлектрическую активность головного мозга с вызванными соматосенсорными, зрительными, звуковыми потенциалами. Классический вариант ЭЭГ-исследования «10-20» в модификации Юнга с последовательным приме-

нением 16 каналов биполярного и монополярного способов отведения позволял изучать как поверхностные потенциалы, так и показатели с глубоких мозговых структур. Широкий спектр функциональных проб включал ритмическую фотостимуляцию с частотой 1, 3, 5, 10, 15 Гц, нарастанием частот от 3 до 27 Гц, синокаротидные пробы и гипервентиляцию в течение 3 мин. Высокому качеству анализа полученных записей способствовала возможность предварительного редактирования ЭЭГ с удалением артефактов, цифровой фильтрации в любом выбранном диапазоне частот. Следует также отметить высокую ценность КЭЭГ при статистической обработке материала. Полученные в ходе исследования данные ЭЭГ были подвергнуты анализу и систематизации. При трактовке его результатов использовалась классификация Л.Р. Зенкова (1995) с выделением трех вариантов ЭЭГ: нормальная, пограничная и патологическая ЭЭГ.

Результаты исследования. Типы выявленной ЭЭГ у детей с энкопрезом указаны в таблице.

У подавляющего большинства детей с неорганическим энкопрезом с помощью КЭЭГ было выявлено лёгкое или умеренное снижение функционального состояния коры головного мозга.

Возраст (лет)	Количество наблюдений (n=71)					
	Нормальная ЭЭГ		Пограничная ЭЭГ		Патологическая ЭЭГ	
	Аб с	%	А бс	%	Аб с	%
5-8 (n=45)	4	8,9	2 3	51,1	18	40
9-12 (n=26)	2	7,7	1 8	69,2	6	23,1
Всего (n=71)	6	8,5	4 1	57,7	24	33,8

Пограничный тип ЭЭГ был зарегистрирован в 41 случае (57,7%, n=71). Так, в младшей возрастной категории 5-8 лет пограничный тип ЭЭГ был выявлен в 23 случаях (51,1%, n=45), в старшей возрастной категории 9-12 лет – в 18 случаях (69,2%, n=26). Для пограничного типа ЭЭГ был характерен сдвиг нормальной частоты доминирующего ритма с появлением патологических колебаний в фоновой записи, при этом функциональные пробы вызывали асимметрию формирующегося α -ритма, практически его редукцию, полиритмию со вспышками редких патологических колебаний, генерализацию θ - и δ -волн, нестойкую (проходящую в течение 20 сек.) гиперсинхронизацию медленных волн.

Патологический тип ЭЭГ был зарегистрирован в 24 случаях (33,8%, n=71). В группе детей 5-8 лет патологический тип ЭЭГ определялся в 18 случаях (40%, n=45), у детей 9-12 лет – в 6 случаях (23,1%, n=26). Патологический тип характеризовался наличием диффузных патологических колебаний в фоновой записи, очаговой высокоамплитудной полиморфной активностью. Диффузные патологические колебания имели самый разнообразный характер α -, θ - и δ -диапазона, преимущественно высокой амплитуды, превышающие 130-150 мкВ. Комплексы «спайк-медленная волна», «острая волна-медленная волна» и другие эпилептиформные колебания носили облигатный характер. Функциональная нагрузка приводила к генерализации патологической активности со значительным увеличени-

ем ее амплитуды, возникновению epileptiformной активности, длительному периоду последствий.

Условно нормальный тип ЭЭГ был выявлен лишь в 6 случаях (8,5%, n=71).

Выводы. У детей с неорганическим энкопрезом выявляются преимущественно два типа ЭЭГ-картины: пограничный (57,7%) и патологический (33,8%). Особенности ЭЭГ пограничного и патологического типа свидетельствуют в пользу резидуально-органического поражения головного мозга во всех возрастных группах. Тип ЭЭГ детей с энкопрезом определен степенью выраженности органического поражения головного мозга. Выраженная степень поражения мозговых структур обуславливает тенденцию к затяжному течению энкопреза. Преимущественная локализация очагов патологической активности при энкопрезе отнесена к лимбико-ретикулярным подкорковым структурам, корковым зонам теменно-височной области без значимой тенденции к латерализации. Соотнесение отчетливых epileptiformных паттернов ЭЭГ у детей с энкопрезом с клиническими проявлениями психоорганических расстройств с высокой вероятностью свидетельствует об epileptизации мозга.

Среди терапевтических мероприятий при энкопрезе наиболее перспективными представляются лечебно-коррекционные методы, направленные на компенсацию функции органически измененного мозга. В этой связи патогенетически обоснованной следует признать курсовую терапию препаратами нейрометаболического ряда на фоне непрерывного применения антиконвульсантов, выбор которых требует уточнения локализации и степени генерализации патологической активности головного мозга.

¹Бебенин А.А., ²Ретюнский К.Ю.

РОЛЬ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ В ПАТОГЕНЕЗЕ НЕОРГАНИЧЕСКОГО ЭНКОПРЕЗА У ДЕТЕЙ

¹Свердловская областная клиническая психиатрическая больница,
²ГБОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия Минздрава
России (Екатеринбург).

Отнесение в отечественной психиатрии на протяжении ряда лет энкопреза к группе системных неврозов детского возраста было данью существующим представлениям о роли психогенеза в механизмах становления расстройства. Благодаря работам ведущих отечественных исследователей В.В. Ковалева, Г.К. Ушакова, Н.Е. Буториной и др. в группе системных неврозов детского возраста стали выделять невротические, неврозоподобные и смешанные формы. Общепринятыми стали и дифференцированные терапевтические подходы с учетом вышеуказанных форм нарушений.

Особую актуальность приобретает проблема энкопреза с затяжным течением, проявляющегося в старшем детском и подростковом возрасте формированием вторичных невротических нарушений и практически не поддающегося лечению. Недостаточное понимание механизмов патогенеза расстройства является основной причиной малой эффективности лечения.

Целью настоящего исследования являлось установление патогенных факторов, влияющих на головной мозг на ранних этапах онтогенеза у детей с неорганическим энкопрезом.

В настоящем исследовании представлены результаты анализа особенностей пренатального, перинатального и раннего постнатального (до 3 лет) 51 ребёнка в

возрасте от 5 до 12 лет, страдающего неорганическим энкопрезом (согласно критериям МКБ-10).

В ходе анализа полученных данных экстрагенитальную патологию матерей детей изучаемой группы удалось установить в 46 случаях (90,2%). Так, патология со стороны желудочно-кишечного тракта во время беременности выявлялась у 26 женщин (50,9%). Диагноз анемии (гемоглобин менее 100 г/л) установлен у 31 женщины (60,8%). Проявления нейроциркуляторной дистонии с вазовегетативными расстройствами и начальными проявлениями гипертонической болезни во время беременности были зарегистрированы у 35 женщин (68,6%).

Патологическое течение беременности было отмечено в 49 случаях (96,1%). Осложнённый акушерско-гинекологический анамнез отмечался в 42 случаях (82,4%). Так, патологическое течение беременности на всем ее протяжении проявлялось токсикозом 1-2 половины беременности, нефропатией, обострением хронических соматических заболеваний, угрозой выкидыша у 40 женщин (78,4%). В связи с чем более трети женщин (20 – 39,2%) получали лечение по поводу угрозы прерывания беременности в акушерско-гинекологическом стационаре. В период беременности инфекционно-вирусное заболевание, преимущественно респираторного характера, перенесла каждая третья женщина (17 женщин – 33,3%).

Согласно анализу данных медицинской документации, выявлены такие нарушения развития плода, как низкая масса тела, недоношенность (срок менее 37 недель) или переношенность в 31 случаях (60,8%).

Перинатальная патология была установлена в 49 случаях (96,1%). Наиболее частыми осложнениями родов являлись асфиксия плода и перинатальная травма. У таких детей были и более низкими оценки по шкале Апгар (6-8 баллов). В остальных 3 случаях (5,9%) дети исследуемой группы выписывались с диагнозом «здоров».

Таким образом, влияние различных патогенных факторов на головной мозг в раннем (пренатальном и перинатальном) периоде онтогенеза детей с энкопрезом, обуславливающих врожденную резидуально-органическую церебральную недостаточность, было установлено в подавляющем большинстве случаев. Возникшая церебральная дисфункция органически измененного мозга является наиболее вероятной причиной формирования нарушений экскреции у детей. Среди терапевтических мероприятий при энкопрезе наиболее перспективными представляются лечебно-коррекционные методы, направленные на компенсацию функции органически измененного мозга (нейропсихологическая коррекция, нейрометаболическая психофармакотерапия).

¹Бибенин А.А., ²Ретюнский К.Ю.

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ С НЕОРГАНИЧЕСКИМ ЭНКОПРЕЗОМ

¹Свердловская областная клиническая психиатрическая больница,

**²ГБОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия Минздрава
России (Екатеринбург).**

Актуальность обозначенной проблемы обусловлена высокой распространенностью энкопреза в детской популяции, недостаточным пониманием механизмов его возникновения, частым формированием в старшем детском и подростковом возрасте вторичных невротических нарушений, отражающих комплексные переживания формирующейся личности. Недостаточное понимание патогенеза рас-

стройства нередко обуславливает взаимоисключающий и противоречивый характер терапевтических усилий педиатров, детских неврологов и психиатров, что проявляется низкой эффективностью лечения. Как известно, энкопрез относится к группе поведенческих и эмоциональных нарушений, обычно начинающихся в детском возрасте. Установление центральных мозговых механизмов, определяющих патогенез энкопреза, является вектором оптимизации лечебно-реабилитационных мероприятий.

Цель настоящего исследования заключалась в установлении нейропсихологических нарушений у детей с неорганическим энкопрезом.

Перспектива подобного исследования оправдана возможностью разработки эффективных комплексных мероприятий нейропсихологической коррекции.

Для достижения поставленной цели нейропсихологическому исследованию были подвергнуты 45 детей в возрасте от 5 до 8 лет (32 мальчика и 13 девочек) с неорганическим энкопрезом (согласно критериям МКБ-10). Использовалась методика адаптированного нейропсихологического исследования, разработанная Центром детской неврологии и предназначенная для детей преимущественно дошкольного и младшего школьного возраста. Данная методика нейропсихологической диагностики детей сокращена в сравнении с общепринятой методикой А.Р. Лурия. Данные о характере допускаемых при выполнении заданий ошибок были проанализированы по системе оценок, разработанной в лаборатории А.Р. Лурия.

В результате исследования наиболее грубые ошибки были выявлены при заучивании слов на слух. Так, 18 пациентов (40%) выполнили задание с оценкой в 3 балла. При выполнении корректурной пробы и зрительном заучивании предметов в помощи экспериментатора нуждались 23 (51,1%) и 21 ребенок (46,6%) соответственно. Их оценка составила 2 балла. Работа, оцененная в 1 балл, была продемонстрирована в субтестах на реципрокную координацию – 27 случаев (60%), динамический праксис – 19 случаев (42,2%), праксис позы пальцев – 24 случая (53,3%), восприятие наложенных изображений – 21 случай (46,6%), воспроизведение ритмических структур – 23 случая (51,1%), пространственный гнозис – 24 случая (53,3%) и четвёртый лишний – 19 случаев (42,2%). При проведении этих субтестов дети самостоятельно проводили коррекцию своих погрешностей. Все остальные пробы (6 из 16) были выполнены детьми самостоятельно в рамках возрастной нормы (оценка 0 баллов).

У всех детей в исследовании определялось недоразвитие функций произвольного внимания (по результатам корректурных проб и таблиц Шульте), а также трудности запоминания зрительного и слухоречевого материала.

При изучении темпа работоспособности, мотивации, колебаний настроения в ходе исполнения тестовых заданий выявлены истощаемость, пресыщаемость, сниженная мотивация и эмоциональная лабильность испытуемых. У большинства детей, 35 наблюдений (77,7%), отмечалась повышенная отвлекаемость внимания, трудности сосредоточения на задании.

Таким образом, результаты нейропсихологического исследования детей с неорганическим энкопрезом отражают «выпадение» первого (энергетического) структурно-функционального блока мозга по А.Р. Лурия, эффективная деятельность которого определяется такими мозговыми структурами, как ретикулярная формация, неспецифические структуры среднего мозга (диэнцефальные отделы), лимбическая система и медиобазальные отделы лобных и височных долей мозга. Энергетический блок отвечает за регуляцию процессов активации мозга, имеет прямое отношение к процессам внимания и памяти, а также является непосред-

ственным мозговым субстратом различных мотивационных и эмоциональных процессов и состояний.

Анализ причин установленных нарушений нейропсихологических функций при энкопрезе позволил установить влияние на головной мозг патогенных факторов на ранних этапах онтогенеза, обуславливающих формирование резидуально-органической церебральной недостаточности. Компенсация дисфункции органически измененного мозга обуславливает редукцию и устранение энкопреза.

На основании выявленных нейропсихологических синдромов предложен комплекс упражнений, способствующих преодолению функциональной несформированности и компенсации дефицитарности нейропсихологических факторов. Нейрометаболическая психофармакотерапия служит оптимизации комплексной реабилитации детей с энкопрезом.

Вейц А.Э.

ФАКТОРНЫЙ АНАЛИЗ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ ДЕТЕЙ С НЕВРОЗОПОДОБНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ И НЕВРОЗАМИ Сумгаитский психоневрологический диспансер (Азербайджан).

В исследовании приняли участие 156 детей младшего школьного возраста, разделенных на 2 группы: дети с неврозоподобными расстройствами (1-я группа, основная) и с неврозами (2-я группа). Для сравнения была взята контрольная группа здоровых детей - 52 человека (3-я группа).

Были выделены следующие факторы, общие для всех групп:

1. **Фактор невротизации**, в котором выявлены высокие показатели эмоциональной незрелости детей 1-й группы и применение ими реакций экстрапунитивного направления; а у детей 2-й группы - высокие значения таких показателей, как робость, застенчивость, уединенность, тревожность, возбудимость; применение реакций интрапунитивного направления детьми 2-й и 3-й групп. Из видов детских конфликтов у детей 1-й и 2-й групп с высокой достоверностью выявлены низкая самооценка (0.993 и 0.996), тревожность (0.993 и 0.996), соперничество (0.955 и 0.996) и демонстративность (0.951 и 0.996). Из психологических защит дети обеих групп применяют символизацию (0.964 и 0.901) и регрессию (0.956 и 0.757), показатели которых у детей 1-й группы выше, чем у детей 2-й группы. Последние при факторе невротизации с преобладанием низкой самооценки достоверно чаще используют защиту идентификация (0.972). Дети 1-й группы предпочитают копинг-стратегии, направленные на избавление от чувства вины, - «Прошу прощения» (0.896), «Стараюсь забыть» (0.874), «Принимаю душ» (0.862), а у детей 2-й группы выявлены высокие показатели копинг-стратегий избегания - «Выключаю свет» (0.937), «Гуляю вокруг дома или на улице» (0.858), «Прячусь» (0.890), «Молюсь» (0.884), «Занимаюсь спортом» (0.9290). Дети 3-й группы применяют реакции, направленные на внутреннее переживание конфликта, - «Схожу с ума» (0.889), «Мечтаю, представляю себе что-нибудь» (0.707), «Обнимаю или прижимаю к себе кого-то близкого, любимую вещь или глазу животное» (0.768).

Показатели фактора невротизации свидетельствуют о присоединении невротического компонента к течению неврозоподобных расстройств у детей 1-й группы, что в дальнейшем может способствовать переходу невротических реакций в невротическое состояние и патологическому развитию личности. У детей 2-й группы этот фактор обуславливает еще большее углубление невротизации, что при отсутствии своевременной диагностики и медико-психологической коррекции

также может в дальнейшем повлиять на патологическое развитие личности. В эмоциональной сфере детей 3-й группы этот фактор ведет к появлению черт интроверсии.

2. Факторы агрессии и одиночества с достаточно высокими значениями этих показателей детских конфликтов у детей 1-й группы (0.576 и 0.838 соответственно) и очень высокими - у детей 2 группы (0.974 и 0.974 соответственно). В структуре личности детей с неврозоподобными расстройствами выявлены высокие значения импульсивности и низкого самоконтроля, а у детей с неврозами - не-терпеливость, фрустрированность, напряженность. По методике исследования тревожности Р. Тэмбла, В. Амена, М. Дорки у детей 1-й и 2-й групп этот фактор ярко представлен в очень высоких показателях агрессивности в ситуациях «Агрессивное нападение» (0.901 – 1-я группа), «Объект агрессии» (0.898 и 0.970), «Выговор» (0.845 и 0.976) и одиночества в ситуациях «Игнорирование» (0.768 – 1-я группа), «Укладывание спать в одиночестве» (0.646 и 0.933), «Изоляция» (0.744 и 0.960), «Ребенок с родителями» (-0.742 – 1-я группа), «Еда в одиночестве» (0.740 – 2-я группа). Из психологических защит дети 1-й группы по этому фактору предпочитают изоляцию (0.659) и замещение (0.939), а дети 2-й группы - регрессию (0.757) и замещение (0.742). Из копинг-реакций дети 1-й группы с высокой степенью достоверности предпочитают стратегии «Думаю, как отомщу» (0.867) и «Схожу с ума» (0.864), а дети 2-й группы - стратегии, свидетельствующие о внутренней агрессии - «Говорю сам с собой» (0.875), «Думаю, как отомщу» (0.873), - и об одиночестве - «Остаюсь один» (0.798), «Плачу и грущу» (0.749). Выявлено, что в состоянии агрессии и одиночества дети 2-й группы предпочитают более конструктивные стратегии, направленные на освобождение от отрицательных эмоций - «Борюсь или дерусь» (0.845), «Бью, ломаю, швыряю» (0.797), «Кричу» (0.781), направленные на физическое расслабление - «Ем или пью» (0.888), «Сплю» (0.774) - и на решение проблем - «Говорю с кем-нибудь», (0.788) «Стараюсь забыть» (0.759).

Высокие показатели по фактору агрессии и одиночества у детей с неврозоподобными расстройствами свидетельствуют о неумении контролировать свои эмоции, строить конструктивные отношения с окружающими, что влечет за собой чувство ненужности, одиночества, изоляцию от внешнего мира, усугубляет черты интроверсии. В отличие от детей 1-й группы, дети с неврозами освобождаются от агрессии более эффективно, выплескивают ее наружу и применяют копинг-стратегии, направленные на решение, что говорит о большей социальной приспособленности.

3. Коммуникативный фактор (фактор отношения с окружающими) включает высокие показатели нечувствительности к замечаниям и порицаниям, конфликтности и бесцеремонности в структуре личности детей с неврозоподобными расстройствами и высокий процент проявления реакций с фиксацией на препятствии; у детей с неврозами - склонности к чувству вины, чувствительности к замечаниям, ранимости, недооцениванию себя как личности; а у здоровых детей - общительность, жизнерадостность, активность. По этому фактору наблюдаются высокие показатели в ситуациях «Игра со старшими детьми» (0.866 и 0.760), «Игра с младшими детьми» (0.861 и 0.765) по методике исследования тревожности Р. Тэмбла, В. Амена, М. Дорки у детей 1-й и 2-й групп. У детей с неврозоподобными расстройствами выявлены также высокие отрицательные показатели в ситуациях «Ребенок и мать с младенцем» (-0.765). По методике диагностики школьной тревожности в модификации А.М. Прихожан у детей 1-й группы обнаружены высокие отрицательные показатели в ситуациях «Ученики идут в школу» (0.872),

«Проверка задания» (0.964), «Дети за партой» (0.922), а у детей 2-й группы - в ситуациях «Изоляция» (0.894), «Дети с учительницей» (0.940), «Мама ругает» (0.897). Из копинг-стратегий дети с неврозоподобными расстройствами предпочитают реакции, выражающие потребность в защите - «Воплю и кричу» (0.781), «Обнимаю или прижимаю к себе кого-то близкого, любимую вещь или глазу животное» (0.884), а дети контрольной группы - реакции, направленные на избегание - «Сплю» (0.880, «Прячусь» (0.875) и переключение на другой вид деятельности - «Играю во что-нибудь» (0.848), «Рисую, пишу или читаю что-нибудь» (0.806).

Показатели коммуникативности подтвердили низкую потребность в общении, отсутствие навыков общения у детей основной группы; проблемы в общении, обусловленные низкой самооценкой и влекущие за собой ранимость, робость, высокую чувствительность к замечаниям и порицаниям в структуре личности детей 2-й группы и достаточно развитые навыки коммуникации у детей контрольной группы.

У детей контрольной группы выявлен *фактор эффективного решения проблем*. Наблюдаются такие показатели структуры личности, как реалистичность, настойчивость, устойчивость в интересах, высокий самоконтроль, ответственность; применение реакций необходимо-упорствующего типа с фиксацией на разрешении ситуации. Этот фактор способствует выбору стратегий, направленных на решение проблем, - «Думаю об этом» (0.767), «Говорю с кем-нибудь» (0.847), «Стараюсь забыть» (0.724).

Таким образом, эмоциональная сфера детей с неврозоподобными расстройствами характеризуется выраженными по глубине и степени тяжести нарушениями личностной гармонии, более выраженными, чем у детей с неврозами и здоровых детей, показателями социальной и психической дизадаптации, использованием неконструктивных копинг-стратегий и примитивных защитных механизмов.

Гаврилова Т.П.

ФЕНОМЕН ПАССИВНОЙ АГРЕССИВНОСТИ, ИЛИ М-СИНДРОМ Московский городской психолого-педагогический университет(Москва).

Отечественные психологи, исследователи и практики, озабочены вспышками агрессивности в молодежной среде, высоким уровнем враждебности к представителям некоренных этносов, ростом числа экстремистских объединений и групп. На фоне усиления асоциальности и агрессии в молодежной среде особенно очевидна социальная пассивность основной массы молодежи. Эти явные контрасты между отрицательной активностью одних и пассивностью других побуждает психологов исследовать поведение и переживания подростков и юношей во взаимодействии с разными людьми в значимых для них ситуациях.

В качестве модели таких ситуаций автором и его учениками, дипломниками факультета психологического консультирования МГППУ, была выбрана ситуация фрустрации.

Замысел изучения поведения и переживаний в ситуации фрустрации возник в процессе изучения переживаний гнева у подростков 13-14 лет. Подростков спрашивали, что они чувствуют, когда сердятся, что хотят сделать и что делают. Большинство испытуемых, как мальчиков, так и девочек, когда их дразнили и оскорбляли, - сердились, возмущались, злились, хотели ударить обидчика, закричать, что-нибудь сломать, но ничего не делали, уходили и старались успокоиться.

Школьный психолог О.В. Мавлянова обратила внимание на возросшее за последнее время число обращений к ней за помощью мальчиков-подростков. Мальчики просили научить их отвечать на агрессивные действия и жестокое обращение более старших и более сильных ребят. Мальчики чувствовали себя униженными, беспомощными, переживали гнев, обиду, но на насилие не отвечали – ни словами, ни действиями.

Е.В. Любовинкина изучала реакции фрустрации и переживания у подростков с помощью методики Л.Н. Собчик. В методике Л.Н. Собчик отец, мать, друзья, посторонний, учитель, прохожий выступают фрустраторами. Каждый из них в нелицеприятной форме задевает различные ценности испытуемого (его внешний вид, характер, социальный статус, нравственный облик, здоровье, материальное благополучие). Как и в тесте С. Розенцвейга, испытуемый может ответить одной из трех реакций: экстрапунитивной, импунитивной, интропунитивной. Каждой реакции соответствуют определенные виды переживаний: экстрапунитивной – гнева, импунитивной переживания неловкости, обиды. В исследовании Л.В. Любовинкиной 80% испытуемых оправдываются или отрицают свою вину, т. е. ведут себя импунитивно, в то время как их переживания (возмущение, злость) соответствуют экстрапунитивной реакции.

Свою дипломную работу Н.С. Кондратюк посвятил изучению фрустрационных реакций и переживаний у юношей 19-24 лет, 50 из них – жители Москвы, 50 – подмосковного города Долгопрудный. Юноши из Долгопрудного – представители движений «Стяг», «Стая», футбольные фанаты. В исследовании они обозначены как «радикалы», а москвичи – обычные юноши, ни к каким радикальным течением себя не относят.

Исследование показало, что у большинства испытуемых, как «радикалов», так и «обычных», преобладает импунитивная реакция, но у «радикалов» она больше выражена. В ситуации фрустрации «радикалы» оправдываются чаще, чем обычные юноши, а «обычные» высказывают обвинения в адрес обидчика чаще, чем «радикалы». И те, и другие реагируют на недоброжелательность фрустраторов, критику в свой адрес различными формами гнева: возмущением, злостью, яростью.

По тесту Басса-Перри испытуемые обеих групп не различаются по уровню физической агрессии, гнева и враждебности. Испытуемые с высокими показателями по физической агрессии, гневу и враждебности, как «радикалы» так и «обычные», в ситуации фрустрации реагируют импунитивно, т. е. оправдываются или отрицают свою вину, переживая при этом, как и остальные, раздражение, возмущение, злость.

Тест К. Роджерса-Р. Даймонд выявил достоверные различия между группами испытуемых. Оказалось, что у «радикалов» выше уровень самопринятия, чем у обычных юношей, а у «обычных» выше уровень непринятия других людей, чем у «радикалов». У «радикалов» выше внутренний контроль, чем у обычных юношей, а у «обычных» выше внешний контроль. По уровню доминирования между группами различия нет.

Испытуемым обеих групп было предложено заполнить неоконченные предложения для выявления объектов их враждебности, гнева, готовности к агрессивным действиям: «Меня бесят те, которые...», «не могу сдержаться, чтобы не ударить...», «не высказаться...» и «терпеть не могу, когда люди...», «меня раздражает, когда кто-то...». И для «радикалов», и для обычных юношей объекты враждебности, гнева, провоцирующие их вербальную и физическую агрессию, - это прежде

всего представители кавказских и среднеазиатских этносов, затем бомжи, нищие, умственно отсталые, люди с отталкивающими чертами внешности.

В целом по группе обычные юноши более агрессивно высказывались, чем «радикалы», но максимально агрессивные ответы дала четверть радикальной группы.

Исследование Н.С. Кондратюка показало, что молодые люди, независимо от того, принадлежат они к праворадикальным группировкам или нет, враждебно настроены к одним и тем же социальным типам: инородцам и представителям наиболее незащищенных групп населения.

При этом в ситуации фрустрации потребностей молодых людей в уважении, одобрении, принятии они ведут себя так, как будто неспособны к самозащите, к отстаиванию своих прав быть такими, какие они есть. Ситуацию общения они покидают, переполненные возмущением и злостью, не находят способов совладания ни с самой ситуацией, ни с самими переживаниями.

Можно предположить последствия такой стратегии и для «радикалов» и для обычных юношей. Это, прежде всего, обесценивание и теми и другими отношений со значимыми людьми, если они фрустрируют их потребности в самоутверждении, всплеск деструктивных переживаний у обычных юношей, если при ослаблении внешнего контроля они войдут в конфликт с теми, кого не принимают. Нельзя исключить обращение испытуемыми этой группы агрессивных импульсов на самих себя.

Учитывая особенности личности «радикалов», можно допустить вовлечение этих юношей в строго структурированные экстремистские группировки с четкой идеологией, харизматическими лидерами, где они могут открыто реализовывать свою потребность в агрессивных действиях.

Данилова Л. Ю.

РАССТРОЙСТВА ВЛЕЧЕНИЙ ПРИ АФФЕКТИВНОЙ ПАТОЛОГИИ **Российская медицинская академия последипломного образования** **(Москва).**

Влечения, являющиеся неосознанными потребностями, в значительной степени определяют поведение. Их внешние проявления и избираемый способ удовлетворения нередко определяют отношение общества к человеку, позволяют судить о его адаптации/дизадаптации к среде, формируют оценку социального функционирования как приемлемого/допустимого (психическая норма) или не-приемлемого/недопустимого (психическая патология).

Психофизиологическую основу влечений составляют инстинкты. И если качественный спектр инстинктов/потребностей определяется структурой личности, то напряженность, скорость и полнота реализации в значительной степени зависят от витально-энергетического тонуса. В свою очередь, уровень витальности, как известно, связан с эмоциональным состоянием и изменяется при развитии патологии аффективной сферы: падает при депрессивном синдроме и повышается при маниакальном.

Корреляция между влечениями и депрессией изучалась у больных 7-18 лет, страдавших эндогенными депрессивными приступами субпсихотического уровня. Взаимосвязь между влечениями и аффективным синдромом оказалась неоднозначной и непрямолинейной. Выявлено несколько клинических вариантов изменения влечений при депрессиях:

1. Классический тип. В подавляющем большинстве (80% наблюдений) отмечалось более или менее выраженное снижение витально-энергетического тонуса с ослаблением интенсивности «базисных» инстинктов и, соответственно, ослаблением/угасанием влечений (пищевого – снижение аппетита и отказ от пищи; полового – падение интереса и тяги к контактам с лицами противоположного пола, отказ от полоролевого поведения и сексуально окрашенной атрибутики быта; самосохранения – легкость реализации суицидальных побуждений; и т. д.). К этой же группе можно отнести угасание личностно-социальных влечений, проявляющихся в угасании имевшихся ранее увлечений, хобби, реакций группирования и т. п.

2. Диссоциативный тип наблюдался в 12% наблюдений. При этом варианте на фоне депрессии наряду с «закономерным» ослаблением большинства влечений выявлялось парадоксальное расторможение одного из влечений, отчетливо реализовывавшееся в поведении. По субъективной оценке больного, удовлетворение влечения не столько доставляло удовольствие/положительные эмоции, сколько сглаживало/уменьшало тягостные депрессивные переживания. В клинической картине выявлялся синдром симптоматического злоупотребления алкоголем или токсическими веществами (чаще мальчики), обильного потребления сладкой, богатой углеводами пищи (как мальчики, так и девочки), явления беспорядочных сексуальных контактов (чаще девочки). В эту же группу, с некоторыми оговорками, как проявление мазохистического влечения мы отнесли и повторные, приносящие облегчение депрессивных переживаний самоповреждения в виде самопорезов и самоприжиганий, а также трихотилломанию, позволявшие «перебить душевную боль физическим дискомфортом» с быстрым исчезновением алгий или даже замещением их на эйфорические переживания (с равной частотой у обоих полов).

Такой тип патологии был расценен нами как гиперкомпенсаторное расторможение одного из влечений, искаженно выполняющее «защитную» функцию коррекции дисбаланса положительных и отрицательных переживаний.

3. Парадоксальный тип. В 8% наблюдений на фоне атипичной депрессии возникали интенсивные влечения, быстро «затмевавшие» собой собственно аффективные расстройства и выдвигавшиеся на фасад клинического состояния. Эти влечения носили неодолимый характер и компульсивную структуру. Родители говорили об «одержимости» ребенка тем или иным желанием. Подростки иногда пытались удерживаться от реализации влечения, говорили о внутренней борьбе с наличием мотивов *pro* и *contra*, о нарастающей тревоге/злости по мере воздержания. Как правило, внутренняя борьба заканчивалась реализацией влечения, вслед за чем наступала мгновенная эмоциональная разрядка, приносившая умиротворение. Однако успокоение носило кратковременный характер и через несколько дней влечение вновь появлялось.

Фабула компульсивных влечений была разнообразной. Чаще всего она представляла в виде нарастающих в своей ультимативности требований, предъявляемых родителям, о смене места проживания или покупке различных предметов. Обыденный стереотип жизни разрушался влечением, приобретающим овладевающий характер и начинавшим доминировать в сознании. При этом цель влечения казалась мистическим символом окончания страдания и началом «новой счастливой жизни». Родители использовались как орудие/способ реализации влечения. Для достижения цели дети использовали непрерывные уговоры, слезы, оскорбления, угрозы, включая суицидальный шантаж.

Отличие от истинных сверхценных влечений заключалось в том, что уступки родителей с предоставлением желаемого сопровождалась спадом напряжения и

почти мгновенным охлаждением к приобретению или новому месту обитания, а через несколько дней появлялась новая цель, столь же страстно желаемая, как «волшебный ключик» к спокойствию и счастью.

Реже у подростков (обычно мальчиков) этот тип патологии мог принимать форму симптоматической дромомании или псевдосадистической гетероагрессии с сексуальной окраской.

Следует подчеркнуть, что патология влечений 2 и 3 типов возникала вторично и определялась существованием депрессивного синдрома; при редукции аффективных расстройств отмечались угасание патологически измененных влечений и положительная динамика поведенческих нарушений. Измененное настроение, как правило, адекватно оценивалось самим больным, но редко воспринималось как болезненное родными, в то время как патология влечений всегда привлекала внимание и пугала родителей, заставляя искать помощи специалиста.

Чем типичнее был депрессивный синдром, тем чаще он ограничивался простым ослаблением влечений; чем атипичнее была структура депрессии, тем чаще выявлялись 2 или 3 типа изменения влечений, при этом компульсивный вариант выявлялся только в рамках шизофрении.

Дейч Р.В.

НАРУШЕНИЯ ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ПАТОЛОГИЧЕСКИМИ УВЛЕЧЕНИЯМИ

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова (Москва).

Патологические увлечения (болезненные увлечения, патологические хобби) до настоящего времени остаются одной из наименее разработанных областей детской и подростковой психиатрии. Разнообразные по содержанию болезненные хобби описаны у больных шизофренией и шизотипическими расстройствами, а также как проявление декомпенсации расстройств личности шизоидного круга. Вместе с тем, сложность психопатологической квалификации, противоречивость данных об их феноменологии, рубрификации и клинической структуре определяют значимость дальнейшего исследования данного феномена.

С целью изучения клинико-психопатологических особенностей болезненных увлечений и их влияния на социальную адаптацию детей и подростков обследованы 62 стационарных больных в возрасте от 5 до 16 лет, находящихся на лечении в ГКУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков» Департамента здравоохранения г. Москвы в 2005–2010 гг. Патологические хобби, в отличие от нормальных увлечений детского и подросткового возраста, характеризовались: 1) особой напряженностью и устойчивостью болезненных интересов; 2) тесной связью с другими психопатологическими проявлениями; 3) дизадаптирующим влиянием, выраженность которого зависела от клинического варианта патологических хобби; 4) односторонностью, однобокостью содержания при ослаблении или утрате остальных интересов; 5) низкой продуктивностью. Болезненные увлечения были выявлены как у больных с заболеваниями «шизофренического спектра» (69,3%) - шизофренией (40,3%) и шизотипическими расстройствами, так и при психических заболеваниях иной природы (30,7 %) – органическим поражением головного мозга (12,9%), легкой умственной отсталостью (8,0%), расстройствами личности по шизоидному (6,5%), диссоциальному, истероидному типу (в совокупности 3,2%). Выделены 6 вариантов патологических увлечений в за-

висимости от их содержания: интеллектуально-познавательные, творческие, конструирование, азартные, анималистические и культовые, а также три варианта в соответствии с клинико-психопатологическими особенностями: доминирующие, сверхценные и сверхценно-бредовые хобби. При анализе динамики патологических увлечений выделены 2 типа течения (непрерывный, приступообразный), а также различные варианты по степени прогрессивности - стационарный, прогрессирующий и регрессирующий.

В подавляющем числе наблюдений (96,7%) патологические увлечения сопровождались нарушением социальной (школьной, семейной) адаптации. Выраженность дизадаптирующего влияния зависела от клинического варианта болезненных увлечений, при этом более мягкие формы нарушений поведения были присущи доминирующим хобби, а более грубые – сверхценному и сверхценно-бредовому вариантам. Охваченность больных своим увлечением приводила к отчуждению, ограничению контактов и времяпровождения с близкими и сверстниками (58,1% детей). При этом ссоры и конфликты с родителями, пытающимися ограничить «чрезмерное» увлечение ребенка, были выявлены у подавляющего большинства больных (91,9%). Особая аффективная заряженность, свойственная патологическим хобби, особенно сверхценного и сверхценно-бредового уровня, приводила к возникновению бурных протестных реакций при попытке родителей запретить или ограничить аномальные интересы детей. Так, у 40,3% больных были выявлены нарушения поведения с агрессивными высказываниями и действиями. К ним относились угрозы в адрес родных (побоев, иногда убийства), рукоприкладство, а также разрушительные действия (поломка мебели, предметов обихода). В структуре расстройств поведения выявлялись и аутоагрессивные высказывания и действия (11,1% больных) – угрозы самоубийства, нанесение самоповреждений (порезы, укусы). Кроме того, у 30,2% больных отмечены элементы асоциального поведения – уличное попрошайничество, кражи денег у родителей и сверстников, уходы из дома и бродяжничество. Указанные нарушения поведения сочетались с существенным снижением школьной успеваемости (48,4% больных). Выявлялась утрата интереса к учебе, в том числе к дисциплинам, по которым ребенок ранее отлично успевал. В ряде случаев были отмечены все учащающиеся пропуски занятий и прогулы (17,7%), иногда по несколько дней подряд, либо полный отказ от посещения школы (6,4%). При этом 9,7% детей были переведены на особые формы обучения (индивидуальное или домашнее). Указанные поведенческие расстройства в большинстве случаев являлись непосредственной причиной обращения к психиатру и последующей госпитализации больных.

Дьяченко А.С.

К ВОПРОСУ О КВАЛИФИКАЦИИ СОДЕРЖАНИЯ ФАНТАСТИЧЕСКИХ И УСТРАШАЮЩИХ ОБРАЗОВ, ВЫЯВЛЯЕМЫХ У ДЕТЕЙ ВО ВРЕМЯ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

**Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков
(Москва).**

Целью сообщения является привлечь внимание к квалификации содержания фантастических и устрашающих образов, выявляющихся у детей во время патопсихологического исследования в психиатрическом стационаре. Актуальность темы объясняется заметным обогащением этих образов и опасностью, которой гро-

зит неверная трактовка этих образов, — неверной оценкой состояния ребенка вплоть до неправильной постановки диагноза.

Содержание наблюдаемых у ребенка устрашающих и фантастических образов зависит от его общего уровня развития, возраста, нозологии, а также от социальной и культурной ситуации, в которой он оказывается. В настоящее время решение психологом задачи дифференциальной диагностики, отграничения заимствованных фантастических образов от собственной психопатологической продукции больных затрудняется тем, что количество и разнообразие фантастических и устрашающих образов за последние 20 лет значительно возросли. Происходит это как отражение значительных изменений в жизни нашего общества. Самыми важными в этом контексте кажутся два фактора. Во первых, заметное снижение уровня безопасности жизни в связи активными действиями террористов, захватывающих заложников, организующих взрывы домов и т. п. Во вторых, значительное расширение информационного потока — увеличение количества телевизионных каналов и появление многочисленных программ и фильмов (художественных и документальных) соответствующего содержания, появление в пользовании населения плодов научно-технической революции: компьютеров, DVD проигрывателей и пр. Названия и облик героев современных мультипликационных и художественных фильмов, компьютерных игр иногда оказываются настолько необычными, причудливыми, что могут при незнании первоисточника быть расценены как собственная психопатологическая продукция ребенка. В связи с этим для психиатров и психологов, работающих с детьми, очень важно быть в курсе соответствующего современного культурного контекста — во избежание оценки состояния ребенка как более тяжелого, чем есть на самом деле. Автору статьи приходилось сталкиваться с такими случаями. Встречаясь в рассказе или рисунке ребенка с необычным персонажем, необходимо уточнять его происхождение. Помощь в этом могут оказать коллеги, имеющие детей, и в силу этого знакомые с популярными сейчас у детей играми и фильмами, либо поисковая система сети интернет.

При ближайшем рассмотрении многие необычные названия («розовая пантера», «десептикон», «чупакабра» и т. п.) оказываются не продуцированными ребенком своеобразными, вычурными образами, неологизмами, а всего лишь причудливыми названиями, которые заимствованы из мультипликационных или художественных фильмов, компьютерных игр, с интернет-сайтов. И, соответственно, не являются свидетельством наличия у ребенка специфических нарушений мышления, продуктивной психопатологической симптоматики.

Калачева И.О., Карнаухова Е.Н.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

НАРУШЕНИЙ ПОВЕДЕНИЯ И АГРЕССИВНОСТИ У ДЕТЕЙ

ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков (Москва).

Актуальность углубленного изучения нарушений поведения определяется не только их распространенностью при психических расстройствах пограничного уровня в различных возрастных группах, но и тенденцией к омоложению и усложнению синдромальной клинической картины. Мало изученными остаются этиология, процесс формирования и разработка реабилитационных мер с учетом возрастных особенностей и психопатологических расстройств, специфичных для

различных возрастных групп. Необходимость исследований поведенческих расстройств позволяет разработать оптимальную диагностику и комплексную реабилитацию нарушений поведения и агрессии в детском возрасте учитывая основные клинические синдромы. Возрастной фактор играет определенную роль в возникновении и клинических проявлениях поведенческих расстройств, особенно в периоды возрастных кризов. Важную роль в этиологии и патогенезе этих расстройств играет социальная среда, прежде всего микросоциальная, не только семейная, но также и влияние сверстников. Начавшиеся в детском возрасте нарушения поведения могут подвергаться компенсированию и обратному развитию при своевременно принятых комплексных реабилитационных мерах.

За последние 3 года были обследованы 60 детей в возрасте 5-7 лет. Из исследования были исключены больные шизофренией, эпилепсией и умственно отсталые дети.

Гипердинамические расстройства характеризуются повышенной возбудимостью, расторможенностью, аффективной лабильностью, дисфорическими расстройствами настроения, агрессивностью. Этиология гипердинамических расстройств многофакторна, в большинстве случаев встречается эмоциональная депривация, ведущая к социально-педагогической запущенности. Фактор раннего органического поражения ЦНС определяет дефицит внимания, трудности концентрации, неспособность к длительной целенаправленной деятельности, истощаемость, утомляемость, нарушения памяти, когнитивных функций. При социально-педагогической запущенности отмечалась легкая задержка психического развития, IQ по Векслеру не превышал 70-80 ед., преобладали конкретное мышление над логическим, ограниченный словарный запас, недостаточность развития способности к пересказу.

Ранняя депривация проявляется также в эмоциональных расстройствах – нарушениях сна, появления тревоги и страхов. По мере взросления тревожные расстройства и страхи усиливаются. Ответной реакцией на трудности является негативизм, реакции пассивного и активного протеста, оппозиционное поведение. Аффективные реакции носят характер дисфорий с немотивированной злобностью, конфликтностью, драчливостью, агрессией. Требования родителей, некритичное отношение родителей к возможностям ребенка, наказания, связанные с непослушанием, приводят к конфликтам в семье. У детей появляются оппозиционно-вызывающее поведение, аффективная возбудимость, дисфорические расстройства настроения, агрессия.

Неблагополучная семейная среда, ранняя депривация, последствия раннего церебрально-органического поражения, психогенные расстройства способствуют возникновению и закреплению патологических форм реагирования, переходящих в дальнейшем стойкие, трудно корригируемые расстройства поведения. Патологическое поведение встречается в семье и в детском коллективе и квалифицируется как социальное расстройство поведения.

Проведенное исследование показывает динамику формирования поведенческих расстройств в детском возрасте и дает возможность диагностики расстройств поведения в дошкольном возрасте. Исследования показывают, что нарушения поведения, начавшиеся в дошкольном возрасте, постепенно усложняются, усиливаются реакции пассивного и активного протеста.

Реабилитация поведенческих расстройств должна быть комплексной с учетом этиологии, социальных факторов и личностных особенностей. Комплексная медико-психологическая и социальная реабилитация наиболее эффективна в дошкольном возрасте. Она включает в себя психофармакологию, занятия с психологом,

логопедом, дефектологом, а также психотерапию. Все составляющие реабилитационного комплекса подбираются индивидуально с учетом психопатологической картины и ведущих синдромов. Большое значение имеет семейная психотерапия, направленная на коррекцию внутрисемейных связей, устранение психогений, эмоциональной депривации, социально-педагогической запущенности, коррекции поведения.

Необходимо проводить медикаментозную терапию, направленную не только на нивелирование психопатологических синдромов, но и на редукцию последствий раннего церебрально-органического поражения ЦНС. Дозы препаратов и реабилитационные методики должны учитывать не только индивидуальные особенности ребенка, но и семейную ситуацию. В комплекс реабилитации необходимо включить занятия спортом, музыкой, ритмикой. Это будет способствовать появлению новых интересов, новых эмоционально-волевых качеств, изменит поведение, уменьшит выраженность расстройств поведения и агрессии по отношению к окружающим.

Диагностика поведенческих нарушений, являясь актуальной медико-социальной проблемой, представляет собой определенные трудности в силу того, что этиология их является многофакторной, а синдромология полиморфной, сочетающей различные симптомы и личностные расстройства. В дошкольном возрасте гипердинамический синдром определяется дизонтогенетическими и микросоциальными факторами. Психогенно-средовые механизмы менее выражены, но при этом играют определенную роль и усложняют психопатологическую картину.

При своевременно начатой комплексной реабилитации с учетом этиологических и патогенетических факторов, возраста и клинической картины может происходить нивелирование личностных и поведенческих нарушений. Одним из приоритетных методов является психотерапия – индивидуальная, разъяснительная, групповая, семейная, направленная на изменение установок и жизненной позиции.

Прогноз зависит от своевременно начатого лечения. В дошкольном возрасте он более благоприятен в связи с тем, что в клинической картине патологические личностные реакции не являются определяющими в силу возрастного онтогенеза. Большое значение имеет изменение отношения к ребенку в микросоциальной среде, правильное и критичное отношение родителей.

Коваль-Зайцев А.А., Ваганова А.Л.

К ОСОБЕННОСТЯМ ПОЛОВОЗРАСТНОЙ ИДЕНТИФИКАЦИИ ПОДРОСТКОВ С ЭНДОГЕННЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

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

Актуальность исследования. Половозрастная идентификация до сих пор относится к одной из недостаточно разработанных тем отечественной психологии и подростковой психиатрии. Ряд встречающихся работ на данную тему посвящен исследованию половой и полоролевой идентичности у лиц с девиантным и делинквентным видами поведения; у лиц, совершивших преступление; с чрезмерными проявлениями агрессивности; при шизофреническом спектре заболеваний, при этом исследований у подростков, страдающих собственно эндогенными психическими заболеваниями, очень мало.

Цель исследования: выявление различий в половозрастной идентификации подростков в норме и патологии.

В исследовании принимали участие 90 подростков 12-14 лет. Экспериментальную группу составили 40 подростков, больных эндогенными психическими заболеваниями, проходящих стационарное лечение в клинике НЦПЗ РАМН. Всем больным выставлены диагнозы: шизотипическое расстройство, неврозоподобный и психопатоподобный синдромы (F21.3, F21.4), шизофрения, детский тип (F20.8). Контрольную группу составили 50 здоровых сверстников, учеников массовых школ Москвы. В исследовании использовались методики «Половозрастная идентификация» (Белопольская Н.Л), модифицируемый вариант рисуночной методики «Нарисуй себя» (Венгер А.Л., Маховер К., Носов С.С., Шапарь В.Б.), исследование полоролевой идентичности «Фигура–поза-одежда» (Саламова Д.К., Ениколопов С.Н., Дворянчиков Н.В.) «Рисунок человека» (Маховер К.). Количественно-качественный анализ данных был проведен с использованием программного пакета SPSS 15.0 for Windows.

Результаты. Качественный анализ показал, что у подростков, живущих в неполных семьях, наблюдаются трудности в идентификации со своим возрастом. Подростки контрольной группы определяют полоролевые качества в большей степени правильно по сравнению с экспериментальной группой. Большая дифференцированность полоролевых качеств наблюдается в контрольной выборке при оценивании противоположного пола. При анализе полоролевой идентичности оказалось, что в подростковом возрасте в нормативной и экспериментальной группах отмечается средняя степень выраженности полоролевых качеств. У мальчиков-подростков наблюдается более андрогинный набор черт по сравнению с подростками девочками. Анализ полоролевых предпочтений показал, что в женской нормативной выборке преобладает заинтересованность сексуальной сферой в большей степени по отношению к противоположному полу (при $p < 0,05$). В свою очередь, девочки, больные шизофренией, находят привлекательным преимущественно женский пол. В мужской выборке, как в норме, так и в патологии, отмечается низкая заинтересованность сексуальной тематикой, подростки отмечают более привлекательными образы своего пола. Выявлены высокая положительная взаимосвязь между выраженностью полоролевых качеств и заинтересованностью сексуальной сферой, отрицательная взаимосвязь между искажениями в психосексуальной сфере и проявлением интереса к сексуальной тематике.

Анализ полоролевой идентичности выявил, что в норме преобладает андрогинность, что говорит о большей социализации и адаптации данной группы, когда у мальчиков, больных эндогенными психическими заболеваниями, чаще наблюдается выраженность феминных или маскулинных признаков, что подтверждается данными, полученными на основе обзора литературы. Выявлена положительная взаимосвязь между полоролевой установкой подростка и его оцениванием психосексуального развития. У подростков, отображавших в своих нарисованных образах, более выраженную маскулинизацию или феминизацию себя, больше нетипичных проявлений в половой идентичности ($r = 0,329$ при $p \leq 0,05$).

У большинства подростков экспериментальной группы присутствуют два параметра по параметру «психосексуальная незрелость» (66,7% испытуемых) в отличие от нормы (23,3% испытуемых). Как показывает качественный анализ, у многих подростков в норме встречаются параметры: «нев्यраженные признаки своего пола», «недостаточное отделение ног друг от друга», «наличие ремня или пояса». В рисунках подростков экспериментальной группы чаще всего присутствовали такие параметры, как «нев्यраженные признаки своего пола», «недоста-

точное отделение ног друг от друга», «не нарисована нижняя часть тела», «нет нарисованных волос». Наблюдается заинтересованность в сексуальной сфере, что характерно для данного возраста (60% подростков в норме, 50% в патологии). Обнаружена отрицательная высокая взаимосвязь между интересом в сексуальной сфере и нетипичными проявлениями половой идентичности личности ($r=-0,367$ при $p\leq 0,01$). У подростков экспериментальной группы наблюдается меньше заинтересованности в сексуальной сфере, при этом значительно преобладают различные варианты отставания в психосексуальном развитии.

**Корень Е.В., Дробинская А.О., Коваленко Ю.Б., Косолапова Д.С.,
Марченко А.М., Трайнина Е.А.**

СИНДРОМ МЮНХГАУЗЕНА *BY PROXY* В ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Московский научно-исследовательский институт психиатрии (Москва).

В педиатрической, психиатрической и юридической литературе ведется полемика, отражающая сохраняющийся интерес к изучению синдрома Мюнхгаузена *by proxy* - «по доверенности» - (СМД) как в отношении правомерности его выделения, границ и основных характеристик, так и в плане используемой терминологии, распространенности, клинической принадлежности, критериев выделения, подходов к курации и т. д. В настоящее время используются различные обозначения СМД: «делегированный синдром Мюнхгаузена», «синдром Мюнхгаузена «от третьего лица», «фальсифицированное или вызванное расстройство у детей (Fabricated and Induced Illness), «синдром голословных утверждений» (Parental Alienation Syndrome), «имитируемое расстройство по доверенности» (factitious disorder by proxy). Согласно рекомендациям международного мультидисциплинарного комитета экспертов (1996), он представляет собой тяжелую и трудную в диагностике форму жестокого обращения с ребенком, для которой характерны фабрикация, аггравация или индукция симптомов болезни у последнего. В МКБ-10 «синдром Мюнхгаузена» рассматривается как психическое расстройство под рубрикой "Умышленное вызывание или симулирование симптомов или инвалидности физического или психологического характера» (F68.1), а «синдром Мюнхгаузена по доверенности» помещен в рубрику «грубое обращение с детьми» (T74.8). С 1995 г. описание СМД как «имитируемого расстройства по доверенности» принято в качестве психиатрической категории для СМД в американском диагностическом и статистическом руководстве DSM-IV, при этом подчеркивается отсутствие при СМД, в отличие от симуляции, устойчивого внешнего побудительного мотива. В одной из последних дефиниций СМД представлен как «дискуссионный термин, который используется для описания поведенческого паттерна, согласно которому, персона, ухаживающая за больным, умышленно преувеличивает, фабрикует и/или индуцирует физические, психологические, поведенческие нарушения, и/или проблемы, связанные с психическим здоровьем, у тех, кто находится на их попечении». Следуя данному расширенному определению, к СМД могут быть отнесены дети с психическими расстройствами, родители которых умышленно искажают клиническую картину, провоцируют или фальсифицируют болезненное состояние ребенка, которому наносится вред навязыванием неадекватной имеющимся психопатологическим проявлениям роли больного, ненужными частыми госпитализациями, процедурами и неправильным лечением. Актуальность психиатрической оценки СМД диктуется тем, что вовлеченные в него дети, помимо фи-

зического вреда, причиненного провоцированием болезненных симптомов, проведением избыточных исследований и назначением неадекватного лечения, имеют неблагоприятные психосоциальные последствия в виде нарушений в эмоциональной сфере и поведении, изоляции из детской среды, нарушения психосоциального и личностного развития. При всей очевидной актуальности исследования данной проблемы для решения задач охраны психического здоровья детей и подростков в литературе, посвященной СМД, нами не встречено данных по проявлениям, распространенности и последствиям данного синдрома непосредственно в детской психиатрической практике.

С целью определения содержательных характеристик СМД и уточнения типологических проявлений в когорте из 540 детей и подростков с психическими расстройствами, проходящих амбулаторное или стационарное лечение в Московском НИИ психиатрии МЗ РФ и ДПБ № 6 г. Москвы и принимавших участие в исследовании по определению влияния психосоциальных факторов на социальное функционирование больных, нами фиксировались и анализировались все выявленные случаи искаженного предоставления информации родителями, касающейся клинических параметров осуществления лечебно-реабилитационного процесса. Полученная выборка СМД-подобных клинических ситуаций была составлена на основе оценки актуально или потенциально клинически значимых последствий искажения информации о состоянии ребенка в плане нанесения вреда психическому состоянию ребенка и составила 26 наблюдений. Необходимо отметить, что все составившие выборку дети имели те или иные психические расстройства, что, с одной стороны, существенно затрудняло дифференциацию истинных и «наведенных» психических нарушений, с другой, делало их удобными объектами для проекций болезненных переживаний матери.

Проведенное исследование показало:

1. Значительную гетерогенность структуры феномена с преобладанием аггравации матерями состояния ребенка, очевидным образом контрастирующей с поведением ребенка в отделении или при осмотре.

2. Определенную специфику подобных ситуаций: во-первых, жалобы не соотносились с реальным поведением ребенка, во-вторых, нередко не соответствовали возрастным особенностям психопатологической симптоматики, в-третьих, описываемые болезненные проявления «отмечались» только в период пребывания ребенка дома. В ряде случаев подобное поведение матерей сопровождалось самостоятельным изменением режима приема лекарственных средств, которое мотивировалось «значительным ухудшением состояния». При контактах с врачом и психологом активность таких матерей была направлена на доказательство правомерности их жалоб, сообщении (нередко в письменном виде) о многократном проявлении психопатологических симптомов, иногда появлении новых.

3. При улучшении в психическом состоянии и развитии ребенка матери высказывали пессимистические установки и прогнозы на дальнейшую жизнь с ребенком, искали у специалиста подтверждения своим высказываниям. В отдельных случаях это сочеталось с умалчиванием о положительных изменениях вследствие проводимого лечения, с утрированием побочных эффектов проводимой терапии или настаиванием на них при их отсутствии.

4. При динамическом наблюдении наблюдалась тенденция к определенной трансформации жалоб со стороны матери, которые отражали как утрирование, так и прямое выдумывание клинических проявлений (включая «галлюцинаторные»), возникающих вне поля наблюдения специалистов, а также определенную оппозицию по отношению к проводимому лечению (подчеркивание его неэффек-

тивности, утрирование побочных эффектов). Матери продолжали жить с ребенком, постепенно адаптируя его как больного ребенка, но не проявляли интенции к определению его в учреждения собеса.

5. Большинство матерей с СМД стремилось к общению со своими детьми, помещенными на стационарное лечение, - забирали детей в отпуск, навещали их, приносили гостинцы, игрушки. При этом у детей в некоторых случаях при появлении матери аффективное состояние резко менялось и появлялась часть симптомов, на которые жаловалась мать.

6. Некоторые случаи СМД-подобных клинических проявлений отличались схожестью жалоб с эмоциональными особенностями реагирования матери, приписывание ребенку симптомов, не соответствующих возрастным особенностям, «взрослая» интерпретация его поведенческих реакций и эмоциональных проявлений, что может указывать на возможность проецирования матерями своих болезненных переживаний на ребенка.

Очевидно, что особенности клинической ситуации у данной категории больных требуют особого внимания специалистов и учета имеющихся психосоциальных нарушений при разработке специфических подходов к психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации как одного из вариантов курации детей, родители которых имеют проблемы психического здоровья: предоставление профессиональной поддержки родителям с паттернами поведения, тяготеющими к СМД, идентификации реакций контр-переноса, фокуса на учете психосоциальных потребностей родителей с этапным вовлечением в лечебно-реабилитационный процесс и на основе формирования чувства доверия как облигатного условия достижения и поддержания терапевтического альянса.

Новикова Г.Р.¹, Шалимов В.Ф.², Иванов Л.Б.³

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ И КЛАССИФИКАЦИЯ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ДИЗОНТОГЕНЕТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

^{1,2}ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, Московский городской психолого-педагогический университет, ³Детская городская клиническая больница № 9 им. Г.Н. Сперанского (Москва).

Учитывая влияние нарушений развития на клиническое оформление психических расстройств в детско-подростковом возрасте, важное дифференциально-диагностическое значение приобретают данные об особенностях генеза и динамики отдельных форм эволютивного (непроцессуального) психического дизонтогенеза. Для установления возрастных закономерностей в проявлении конкретных механизмов структурно-динамических отклонений и психопатологического своеобразия клинической картины требуются комплексные мультидисциплинарные исследования.

Дизонтогенетические расстройства непсихотического уровня, обладающие наибольшим ресурсом позитивной динамики и сохраняющие принципиальную возможность обратного развития, входят в группу пограничных психических расстройств (ППР). В настоящее время ППР дизонтогенетического спектра распределены между рубриками МКБ-10: «Органические психические расстройства» (F00–F09), «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» (F40–F46), «Умственная отсталость» (F70–F79), «Расстройства психологического развития» (F80–F89). На практике обратимые формы нервно-психических дизон-

тогенный преимущественно ассоциируются с задержкой психоречевого развития или с синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ).

С учетом клинико-психопатологических особенностей ППР в детском возрасте, отражающих возрастную психопатологическую предпочтительность симптомообразования, нами была разработана систематика ППР дизонтогенетического спектра для детей 6–10 лет образовательного учреждения компенсирующего вида (проанализированы 340 случаев). На основе этиопатогенетического и клинико-синдромологического критериев выделены типы ППР и ведущие психопатологические синдромы в структуре каждого типа: ретардированный тип (парциальный инфантилизм в виде эмоционально-волевой и личностной незрелости; парциальная несформированность высших корковых функций; пограничная интеллектуальная недостаточность); ППР по типу церебральной альтерации (неосложненное и осложненное церебрастеническое расстройство); депривационный тип (продолжительная реакция на стресс и ретардированный вариант семейной депривации с легкими когнитивными нарушениями).

С целью систематизации возрастных закономерностей клиники психических расстройств, распознавания дизонтогенетических механизмов в проявлении психопатологической симптоматики, прогностической оценки динамики течения психического расстройства, клинико-психопатологический анализ был дополнен нейропсихологической оценкой состояния высших психических функций (ВПФ) и изучением электрофизиологических изменений по данным спектрально-когерентного анализа ЭЭГ. Обследованы 144 ребенка с ППР дизонтогенетического круга 6–9 лет и 25 нормально развивающихся сверстников.

На основании нейропсихологического исследования в рамках общего континуума сформированности ВПФ было выделено два механизма структурно-динамических отклонений в зависимости от соотношения сохранных, поврежденных и в разной степени задержанных в своем формировании компонентов психической деятельности. Первый вариант охватывает ретардированный и депривационный типы ППР. Он наиболее близок к норме и связан с замедлением темпа становления механизмов возрастной динамики нормального онтогенеза: запаздывают формирование регулятивных свойств функциональных систем и интериоризация ВПФ. Компонентная структура психических процессов не страдает, т. е. сохраняется полнота состава звеньев функциональных систем. Отклонения могут быть обусловлены задержанным темпом формирования премоторных и префронтальных конвекситальных отделов коры лобных долей.

При ППР по типу церебральной альтерации незрелость этих же отделов коры больших полушарий головного мозга имеет более выраженный характер: затронуты не только звенья регуляции и контроля, но и звено программирования. По сравнению с другими типами ППР, наблюдаются модально-неспецифические активационные и нейродинамические нарушения, а также нарушение сроков и темпа формирования межанализаторной интеграции. Перечисленные признаки могут свидетельствовать о недостаточности медиобазальных отделов коры лобных отделов и заднего ассоциативного комплекса корковых зон (зона ТРО). Характер патологических связей, формирующихся на основе церебральной альтерации, обуславливает тяготение данного типа ППР к другому полюсу континуума – полюсу дефицитарности структуры ВПФ.

Результат спектрально-когерентного анализа ЭЭГ у детей с ППР дизонтогенетического круга подтверждает особенности структурно-функциональной организации мозга, установленные путем нейропсихологического тестирования. У всех исследуемых обнаружены неспецифические изменения в виде умеренной

дезорганизации основного ритма вплоть до дизритмии среднего вольтажа за счет относительного ослабления доминирующей роли альфа-ритма и некоторого возрастания активности волн дельта и тета-диапазона. Анализ пространственного распределения этих ритмов на модели спектрального анализа мощности ЭЭГ выявил их аномальное распределение по конвексительной поверхности головы как свидетельство региональной неравномерности баланса восходящих активирующих и тормозящих влияний (состояние диссоциации и дрейфа уровня бодрствования). При том что такая картина характеризует все типы ППР, она наиболее специфична для детей группы «церебральной альтерации».

В зависимости от ряда особенностей клинической картины (повышенная тревожность, аффективные расстройства, астеноневротические симптомы, когнитивные нарушения) были зарегистрированы следующие изменения ЭЭГ: соответствующие паттерны ЭЭГ с аномально расширенной зоной представительства альфа-ритма (включая центральные, передние и правовисочные отделы); снижение/превышение уровня когерентности между отделами мозга; нарушение передне-заднего соотношения показателей внутриполушарной когерентности.

Румянцева Е.Е.

МОДЕЛЬ ПСИХИЧЕСКОГО И КОГНИТИВНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА

НЦ психического здоровья РАМН (Москва).

Известно, что нарушения общения являются важной составляющей патопсихологического синдрома шизофренического дефекта. У больных шизофренией устойчиво регистрируется снижение способности к построению моделей психического других людей (theory of mind), что влияет на степень социальной дизадаптации. Нарушения модели психического — характерный для шизофрении эндофенотип. Снижение модели психического регистрируется уже в преморбиде шизофрении, нарушения модели психического расцениваются как о показатель предрасположенности к шизофрении. Нарушения в модели психического наблюдается у больных шизофренией на разных этапах становления ремиссии. Изучается вклад нейро-когнитивного дефицита в нарушения модели психического, обнаруживается вклад преимущественно фронтальной коры мозга в успешное выполнение заданий на модель психического. Однако в настоящее время генез нарушений модели психического при шизофрении не ясен.

В настоящей работе была предпринята попытка анализа снижения модели психического во взаимосвязи с когнитивным функционированием у больных шизофренией юношеского возраста после перенесенного эндогенного приступа.

Обследованы больные заболеваниями круга шизофрении (F20, F23, F25 по МКБ-10): 42 мужчины и 14 женщин после перенесенного эндогенного приступа, находившиеся на излечении в клинике ФГБУ НЦПЗ РАМН и ГКПБ №15, и психически здоровые испытуемые: 48 мужчин и 86 женщин. Все больные обследовались перед выпиской из клиники на фоне выраженной редукции психопатологической симптоматики, все они получали психотропные препараты. Средний возраст больных шизофренией испытуемых — 20,9±2 лет, средний возраст психически здоровых испытуемых — 20,4±1,3. Группы испытуемых сопоставимы по образовательному уровню.

В исследовании применялись следующие методики. Рассказы, направленные на диагностику понимания наличия неверных представлений у другого человека (false belief) и на понимание неловких ситуаций (faux pas) (методика V. Stone et al., 1998, адаптированная и дополненная М.В. Алфимовой, 2003). Тест «Чтение психического состояния другого по взгляду» («Reading the mind in the eyes»), направленный на диагностику понимания ментального состояния человека по его взгляду (Baron-Cohen S. et al., 2001, адаптированный Е.Е. Румянцевой, 2012). Производилось два предъявления методики - без выбора вариантов ответа (Eyes test 1) и с выбором ответа из четырех вариантов (Eyes test 2). Шкала Th.o.m.a.s. (Theory of Mind Assessment Scale), направленная на изучение разных аспектов теории психического (представления о своем ментальном мире и ментальном мире других людей, понимание позитивных и негативных эмоций и др.) (F.M. Bosco et al., 2009). Краткое нейропсихологическое обследование когнитивной сферы (И.М. Тонконогий, 2010). Было произведено сравнение результатов испытуемых (критерий Манна-Уитни) и корреляционный анализ (коэффициент Спирмена) (SPSS 16.0).

Обнаружено, что психически здоровые испытуемые статистически достоверно лучше справлялись с пониманием ментального состояния другого: рассказы false belief ($U=1774,5$; $p<0,01$) (норма $2,1+-1,1$ vs больные шизофренией $1,1+-1,1$), faux pas ($U=2,5$; $p<0,01$) (норма $2,6+-0,6$ vs больные шизофренией $2,4+-0,9$), Eyes test 1 ($U=463$; $p<0,01$) (норма $13,6+-2,7$ vs больные шизофренией $9,7+-3,1$), Eyes test 2 ($U=1,2$; $p<0,01$) (норма $27,5+-3,3$ vs больные шизофренией $24,7+-4,2$), th.o.m.a.s. ($U=470,5$; $p<0,01$) (норма $114,9+-23,1$ vs больные шизофренией $90,3+-20,1$). Психически здоровые испытуемые статистически достоверно лучше справлялись с заданиями когнитивного обследования – общий балл КНОКС ($U=811,5$; $p<0,01$) (норма $24,1+-3$ vs больные шизофренией $22,6+-11,1$).

В группе больных шизофренией юношеского возраста были обнаружены статистически достоверные ($p<0,05$) корреляции между пониманием faux pas и Eyes test 1 ($r=0,6$).

Были обнаружены следующие статистически достоверные ($p<0,05$) тенденции взаимосвязей: между Eyes test 1 и Eyes test 2 ($r=0,5$), между faux pas и осведомленностью о том, как другие люди представляют свой ментальный мир (th.o.m.a.s.) ($r=0,5$), между Eyes test 1 и осведомленностью о том, как другие люди представляют свой ментальный мир (th.o.m.a.s.) ($r=0,5$), между faux pas и рабочей памятью (КНОКС) ($r=0,4$), между faux pas и общим баллом КНОКС ($r=0,5$), между Eyes test 2 и общим баллом КНОКС ($r=0,4$), между осведомленностью о том, как другие люди представляют свой ментальный мир, (th.o.m.a.s.) и долговременной памятью (КНОКС) ($r=0,5$).

Таким образом, было обнаружено снижение исследуемых параметров модели психического у больных шизофренией юношеского возраста по сравнению с психически здоровыми сверстниками. Больные шизофренией юношеского возраста хуже психически здоровой нормы представляют себе мысли, намерения и чувства других людей, хуже понимают вербальную и невербальную эмоциональную экспрессию, хуже ориентируются в собственном ментальном мире. Когнитивное функционирование больных шизофренией юношеского возраста снижено по сравнению с психически здоровыми сверстниками. В группе больных шизофренией юношеского возраста были обнаружены тенденции взаимосвязей между когнитивным функционированием и моделью психического, но в группе психически здоровых испытуемых подобных взаимосвязей обнаружено не было. Подобные тенденции могут указывать на влияние когнитивного функционирования на состояние модели психического у больных шизофренией юношеского возраста. Тем

не менее, устойчивой детерминации снижения модели психического снижением когнитивного функционирования обнаружено не было.

Суммируя, было обнаружено, что у больных шизофренией юношеского возраста снижение когнитивного функционирования взаимосвязано со снижением модели психического.

**Сухотина Н.К., Крыжановская И.Л., Коновалова В.В., Куприянова Т.А.
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДЕТСКОГО ДЕПРЕССИВНОГО ОПРОСНИКА
У ДЕТЕЙ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ
РАССТРОЙСТВАМИ**

Московский НИИ психиатрии (Москва).

Основной задачей исследования было определение роли детского депрессивного опросника (childrens depression inventory, или CDI, разработанного М. Covacs) как дополнительного средства оценки психоэмоционального состояния детей с нарушениями непсихотического уровня. Всего было обследовано 234 человека, обратившихся за помощью к психиатру в детское отделение ФГБУ «МНИИП» МЗ РФ и Зеленоградский Центр ПМПС с непсихотическими расстройствами, как с эмоциональными и поведенческими нарушениями, так и без таковых. Возраст обследованных составил от 7 до 17 лет, из них 76,1% мальчиков, 23,9% девочек (соотношение 3,2:1,0). Всем детям CDI проводился индивидуально, что позволяло убедиться, что ребенок правильно понимает предлагаемые вопросы.

Методика включает 5 оцениваемых параметров: сниженное настроение, межличностные проблемы, неуспешность (неэффективность), ангедонию и негативную самооценку. Кроме того, определяется общий показатель депрессивности - ОПД. Средними считаются баллы от 45 до 55, «клиническим порогом» шкалы являются данные в 60 баллов и выше.

Разброс ОПД по всем обследованным в группе составил от 37 до 100 баллов. У 45,7% детей он был выше среднего (более 55 баллов), причем у 19,7% его уровень превышал «клинический порог». Низкий ОПД выявлен у 14,1% детей.

Оценка показателей по отдельным шкалам выявила наибольший средний показатель по шкале «межличностные проблемы», он составил 55,9 при разбросе от 42 до 100, здесь же отмечено большее количество детей с уровнем выше среднего. Самые низкие значения получены по шкале «негативная самооценка» - 50,4, остальные шкалы заняли промежуточное положение, показывая в целом средние значения. Среди детей с показателями «выше клинического порога» по отдельным шкалам средний ОПД составил 60,4. В этой группе выявлено преобладание детей более младшего возраста, а также преобладание девочек, причем, с повышением ОПД (более 65) число девочек увеличивается еще больше, соотношение мальчиков и девочек становится 2,08:1,0 по сравнению с 3,2:1,0 в группе всех обследованных. Максимальными были показатели по шкалам «межличностные проблемы» - 61,9 и «ангедония» - 59,6.

В группе детей с наиболее низким ОПД (менее 45 баллов) явно преобладали мальчики (соотношение их с девочками = 5,4:1,0). Это были дети преимущественно без нарушений поведения и каких-либо эмоциональных расстройств.

Для соотнесения данных CDI и психопатологии были выделены следующие группы: дети с расстройствами эмоционального спектра, включая тревожно-фобические, тревожно-депрессивные, депрессивные; с органическим эмоциональ-

но лабильным (астеническим) расстройством; с нарушениями поведения; с гиперкинетическим расстройством. В группе детей с эмоциональными расстройствами (68 чел.) ОПД был наиболее высоким -65,1 (выше «клинического порога»), максимальными были данные по шкале «сниженное настроение» - 64,2. Здесь, в отличие от других групп, отмечалось относительное преобладание девочек (д:м =1,9:1,0).

Среди детей с органическим эмоционально-лабильным (астеническим) расстройством (64 чел.) ОПД составил 54,2 балла, что соответствует средним показателям. Соотношение мальчиков и девочек в этой группе было 3,6:1,0. Средние показатели по отдельным шкалам явных различий не имели.

В группе детей с нарушениями поведения (41 чел.), соотношение мальчиков и девочек составило 8,2:1,0. Средний ОПД=56,2 – уровень чуть выше среднего. По отдельным шкалам наиболее высокими оказались показатели по шкале «межличностные проблемы» - 58,3, отражающей трудности во взаимодействии с людьми, и шкале «неуспешность (неэффективность)» - 57,2, показывающей негативную самооценку способностей и школьных достижений. По остальным шкалам значения были на среднем уровне.

При гиперкинетических расстройствах (30 человек) соотношение мальчиков и девочек составило 14,0:1,0. В этой группе выявлены средние значения ОПД у детей с нарушением активности и внимания (F90,0) – 48,7 и уровень чуть выше среднего у детей с гиперкинетическим расстройством поведения (F90,1) – 57,1, при одинаковом соотношении полов в обеих группах. Более высокие показатели ОПД во второй группе определялись «худшими» данными по шкалам «сниженное настроение», «межличностные проблемы» и «неуспешность», тогда как по другим шкалам существенных различий не было.

Таким образом, проведенное исследование показало, что использование детского депрессивного опросника как метода, дополняющего клинико-психопатологическое обследование детей с непсихотическими расстройствами, является весьма чувствительным инструментом для оценки эмоционального состояния детей, обусловленного различными причинами; позволяет уточнить структуру имеющегося нарушения, показывая основные проблемы ребенка, связанные с эмоциональными переживаниями, в ряде случаев выявить эмоциональные расстройства, сопутствующие основному заболеванию, что способствует более широким возможностям диагностики.

Ткаченко О.И., Колотилин Г.Ф.

**ХАРАКТЕРИСТИКА ФОРМ НАРУШЕНИЯ ПОВЕДЕНИЯ
У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, В ХАБАРОВСКОМ КРАЕ**
Дальневосточный государственный медицинский университет (Хабаровск).

Причиной обращения родителей с детьми к психиатру в подавляющем числе случаев являются нарушения поведения детей в детском коллективе и в кругу семьи. Рост числа случаев отклоняющегося поведения у детей в значительной степени стимулируется обнищанием масс, ухудшением здоровья населения в целом, снижением образовательного уровня населения, демонстрацией и тиражированием агрессивного поведения в средствах массовой информации. Имеющиеся у детей психические расстройства диагностируются врачом при осмотре ребенка и зачастую являются неожиданностью для родителей.

С целью уточнения характера и видов поведенческих расстройств в условиях детского отделения КГБУЗ «Психиатрическая больница» Министерства здравоохранения Хабаровского края были обследованы 90 пациентов в возрасте от 4 до 15 лет с установленным диагнозом шизофрения. Основными методами исследования были клинико-психопатологический, клинико-динамический, клинико-психологический и катamnестический. Данные проанализированы за период 2008-2010 гг. В исследуемой группе мальчиков было 84% (n=76), девочек 16% (n=14).

Нарушения поведения в исследуемой группе той или иной степени выраженности отмечались в 100% случаев. Появление нарушений поведения в большей части случаев отмечалось в возрасте 2,5-5 лет в 61% (n=55). В то же время, обращение к психиатру с жалобами на нарушения поведения чаще происходило в возрасте 7 лет либо в 8-10 лет. Период между впервые появившимися нарушениями поведения и обращением к психиатру в основном составлял 2-2,5 года. Существует четкая закономерность между критическим отношением и пониманием нарушений поведения у детей и обращением к врачу: чем ответственней родители подходят к пониманию собственного ребенка, тем более быстро с поведенческими проблемами родители приводят ребенка к психиатру. Позднее обращение к психиатру происходило как в семьях с низким уровнем притязаний и образованности родителей, так и в семьях с высоким достатком и повышенным уровнем притязаний с одинаковой частотой.

Антидисциплинарное поведение отмечалось в 54% (n=49) случаев, агрессивное поведение в 30% (n=27) случаев, аутоагрессивное в 15% (n=14) случаев, при этом сочетание агрессивного и аутоагрессивного поведения отмечалось в 4% (n=3) случаев, антидисциплинарного и агрессивного поведения в 12% (n=11).

Следует отметить, что агрессивное поведение в 90 % случаев отмечалось в рамках семьи и было направлено на мать или лицо, ее замещающее, реже на родных братьев и сестер. Лишь в 10% случаев агрессия была направлена на детей в детских коллективах, в 1% случаев на животных.

Аутоагрессия отмечалась как тактильная аутостимуляция или как смещенное на себя агрессивно-садистическое поведение, которое было первоначально направлено на других людей. Проявление 2 типа аутоагрессии четко прослеживается на случаях сочетания агрессивного и аутоагрессивного поведения.

В 10 случаях выраженных нарушений поведения не отмечалось, но в связи с аутизацией пациентов отмечалось нарушение адаптации в детском коллективе, что сопровождалось конфликтами со сверстниками, неприятием их детьми и неуспешностью обучения в школе.

В исследуемой группе разрушительные действия отмечались в 22% (n=20) случаев, нападения на других людей в 32% (n=29) случаев, угрозы в 8,6% (n=8) случаев. При этом в 6 случаях угрозы сочетались с нападениями на других людей (мать). Угрозы в структуре нарушений поведения были у детей с нормально развитым интеллектом.

Психопатологически аффективный вариант нарушения поведения зарегистрирован в 64% (n=58), сверхценный вариант в 16% (n=14), дефицитарный вариант в 8,8% (n=8), сочетание аффективного и сверхценного вариантов 11,5% (n=10).

При обращении к психиатру в возрасте 12-14 лет у пациентов в структуре нарушений поведения диагностировались расстройства влечений в виде дромомании, клептомании, сексуальной расторможенности.

Таким образом, представленные данные свидетельствуют о необходимости проведения терапевтических и профилактических мероприятий данной группы пациентов. Кроме того, требуется разработка мер по информированию населения

о раннем проявлении психических расстройств у детей с целью уменьшения отклоняющегося поведения и дизадаптации пациентов в социуме.

Туровская Н.Г.

ВЛИЯНИЕ СУДОРОЖНЫХ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ НА ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ

**Волгоградский государственный медицинский университет; Волгоград-
ская областная детская клиническая психиатрическая больница (Волгоград).**

Распространённость судорог у детей составляет 17-20 случаев на 1000 детского населения. В научной литературе неоднократно публиковались данные о нарушениях психического онтогенеза детей с пароксизмальными состояниями, преимущественно, эпилептического характера [1 и др.].

Нами было проведено исследование особенностей нарушения развития психических функций у детей 6–8 лет, перенесших в анамнезе пароксизмы различного генеза, в том числе, неэпилептического (в данном случае - аффективно-респираторные приступы, фебрильные судороги, вегетовисцеральные пароксизмы).

Анализ данных анамнеза показал, что у 91,67% испытуемых пароксизмальные состояния развились на фоне резидуальной или текущей церебрально-органической патологии. Данные факты позволяют сделать вывод о том, что подавляющее число судорожных пароксизмов у детей возникает на фоне преморбидной мозговой недостаточности. С целью выявления нарушений психической деятельности, вызванных непосредственным действием судорожных пароксизмальных состояний, в качестве контрольной мы использовали группу детей без пароксизмов и эпилептиформной активности на ЭЭГ в анамнезе, но с резидуальной или текущей (атрофические изменения в тканях головного мозга) церебральной патологией.

Анализ полученных вследствие проведенного нейропсихологического исследования результатов показал, что у 62,69% испытуемых, имевших в анамнезе пароксизмальные состояния различной этиологии, отмечается определенное соотношение состояний функций динамического и регуляторного праксиса: показатели несформированности (дефицитарности) динамического праксиса выше, чем регуляторного праксиса; у 19,40% испытуемых состояния указанных функций идентичны по количественным показателям, у 17,91% - несформированность (дефицитарность) динамического праксиса ниже, чем регуляторного. У 68% испытуемых, не имевших в анамнезе пароксизмальных состояний, картина соотношения в состояниях указанных функций имеет противоположный характер: симптом преобладания нарушений динамического праксиса над нарушениями регуляторного праксиса не отмечается.

Результаты исследований показали, что судорожные пароксизмы по сравнению с иной церебрально-органической патологией приводят также к более грубым церебрастеническим нарушениям ($F=6,444$; $p=0,013$) и патологии кинестетического праксиса ($F=5,569$; $p=0,020$). Если выявление нередко сопровождающей мозговую дисфункцию фоновой ЭЭГ дезорганизованного типа сочетается с ослаблением регуляторного фактора ($F=5,692$; $p=0,020$), оптико-пространственного фактора ($F=5,115$; $p=0,027$), внимательности ($F=5,787$; $p=0,018$) и усилением модально-неспецифических нарушений памяти ($F=6,494$; $p=0,013$), то наличие эпилептиформной активности на ЭЭГ отрицательно влияет на состояние динамического

праксиса ($F=3,636$; $p=0,030$), кинестетического праксиса ($F=3,307$; $p=0,041$) и способности понимания логико-грамматических конструкций ($F=3,191$; $p=0,046$). При этом на состояние динамического праксиса, по данным дисперсионного анализа, одинаково отрицательно влияет любая локализация очага эпилептиформной активности. Патологию динамического праксиса вызывает даже так называемая «латентная» эпилепсия ($F=4,351$; $p=0,040$).

Таким образом, можно предположить, что пароксизмальные состояния, в первую очередь, грубо нарушают фактор сукцессивной организации движений и действий. Предположительно, данный механизм лежит в основе формирования инертности психической деятельности, свойственной в наибольшей степени больным с эпилептическими пароксизмами. Увеличение количества пароксизмальных состояний в анамнезе приводит к более выраженному нарушению данной функции ($F=3,707$; $p=0,021$). Обращает на себя внимание также выраженное отрицательное влияние пароксизмов не только на динамический, но и кинестетический праксис, следовательно, на состояние двигательного анализатора в целом.

По нашим данным, у детей с церебрально-органической патологией в 97,14% случаев отмечаются нарушения памяти. У детей с судорожными пароксизмами в анамнезе этот показатель равен 97,18%, у детей без пароксизмов в анамнезе – 97,6%. Таким образом, можно с уверенностью сказать, что нарушения памяти у детей с судорожными пароксизмальными состояниями могут возникать как вследствие пароксизмов, так и вследствие преморбидной церебрально-органической недостаточности.

Факторный анализ показал, что у детей с любой церебральной патологией на первый план в картине психического дизонтогенеза выходят нарушения развития мышления и памяти. Однако у детей с пароксизмами в анамнезе более значимую роль имеют дифференцированные нарушения высших психических функций (в том, числе, нарушения функций двигательного анализатора), нарушения кратковременной зрительной памяти и модально-неспецифические нарушения памяти.

Таким образом, судорожные пароксизмальные состояния вносят свой особый вклад в структуру патологии психического развития детей и требуют более пристального внимания к предупреждению и элиминации дефектов развития двигательных функций, другой локальной корковой симптоматики и патологии функции поддержания оптимального тонуса психической деятельности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Особенности когнитивных функций у детей с эпилепсией [Текст] / В.И. Гузева [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии. – 2008. - № 9. – С. 24-28.

Усачева Е.Л., Кузьмич Г.В.

ЗНАЧЕНИЕ НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков
(Москва).

Известно, что в дебюте таких заболеваний, как рассеянный склероз или опухоли ЦНС, могут быть именно психические нарушения, которые на протяжении длительного времени остаются единственным симптомом, что может быть причиной поздней диагностики основного заболевания. Одновременно с этим, при проведении нейровизуализации у пациентов с психическими заболеваниями часто выявляются признаки патологии, которые являются случайными находками: не-

большие кисты в теменных или затылочных отделах головного мозга, резидуальные последствия легкого гипоксического поражения ЦНС. Исследования последних лет выявляют закономерности в большей частоте выявления на МРТ головного мозга у пациентов с психическими расстройствами признаков изменения сигнала от белого вещества, аномалий височных долей (изменения сигнала от субкортикального белого вещества) и чрезмерной выраженности такого физиологического явления, как расширенные периваскулярные пространства. Помимо этого имеются подтверждения высокой частоты патологических изменений головного мозга при исследовании секционного материала детей и подростков с психическими заболеваниями.

Цель исследования. Изучение частоты общих и специфических изменений выявляемых при проведении нейровизуализации у детей и подростков с психическими нарушениями.

Результаты и выводы. Были изучены данные проведенных в 2011-2012 гг. нейровизуализационных исследований 250 пациентов стационара ГКУЗ НПЦ ПЗДП в возрасте от 3 до 18 лет. Патологические изменения при проведении МРТ головного мозга были выявлены у 92 детей (36.8%). Из 250 детей с психическими нарушениями признаки текущего патологического процесса, требующие изменения тактики лечения, выявлены в 18 случаях, что составило 7.2%. Описанные изменения были представлены неопластическими процессами в 7 случаях – 2.8% (косвенные признаки новообразований аденогипофиза, ангиоматоз, новообразования зрительного перекреста); признаками заболеваний из группы факоматозов в 4 случаях – 1.6% (нейрофиброматоз и туберозный склероз); и признаками нейродегенеративного процесса в 7 случаях – 2.8% (энцефалит Расмуссена и признаки текущего лейкодистрофического процесса). У основной части пациентов с патологическими изменениями при проведении нейровизуализации выявлены признаки резидуальной патологии, связанные с перенесенной гипоксией или травматическим поражением головного мозга в 40 случаях (16%), или были представлены аномалиями развития ЦНС у 34 детей – 13.6% (арахноидальные кисты, аномалия Арнольда-Киари, агенезия и кисты прозрачной перегородки, гипоплазия червя мозжечка и мозолистого тела, кисты эпифиза).

Таким образом, проведение нейровизуализации у детей с психическими нарушениями позволяет выявить изменения, требующие подключения дополнительных обследований и консультаций других специалистов (нейрохирурга, невролога), а нередко и перевода в профильное лечебное учреждение - у 7.2% пациентов.

Нарушения аутистического спектра у детей становятся все более актуальной медико-социальной проблемой. По данным многочисленных исследований за последние десятилетия отмечается рост заболеваемости ранним детским аутизмом (РДА). В связи с этим поиск первичного поражения и морфологического субстрата при аутизме является одной из основных задач научных исследований. В настоящее время выделен так называемый первичный (идиопатический, или эндогенный) аутизм, выявляющийся у 70% пациентов с расстройствами аутистического спектра, и вторичный (симптоматический) аутизм – у 30%. Причиной симптоматического аутизма являются различные генетические заболевания, в основе которых лежат нарушение нейрональной миграции и пролиферации (синдром Ретта, синдром фрагильной X-хромосомы, туберозный склероз), хромосомные аномалии (синдром Дауна) или врожденные аномалии развития ЦНС, при которых в большинстве случаев выявляются специфические морфологические изменения, верифицируемые при проведении нейровизуализации. Доказано, что появление рас-

стройств аутистического спектра возможно вследствие функциональных изменений ЦНС: при синдроме Веста после достижения ремиссии по приступам или при когнитивной эпилептиформной дезинтеграции. Схожая симптоматика аутистических нарушений у детей с первичным и вторичным аутизмом позволяет предполагать единые патогенетические факторы, связанные с нарушением функционирования определенных зон головного мозга. Многочисленные исследования, посвященные поиску первичного повреждения в головном мозге у детей с аутизмом, выявляют различные изменения (нарушения нейрональной миграции, нарушения цитоархитектоники в различных слоях коры головного мозга и в мозжечке). Однако, все выявленные изменения как при проведении нейрофизиологических обследований, так и при нейровизуализации неспецифичны для аутизма. Явный морфологический субстрат, отвечающий за РДА, до настоящего времени не выявлен. Трудности выявления первичного повреждения при аутизме с одной стороны, обусловлены его выраженной фенотипической гетерогенностью, а с другой – отсутствием унифицированного подхода к изучению проблемы.

Таким образом, несмотря на широкий спектр клинических проявлений и выраженного полиморфизма симптомов РДА, исследования тысяч детей закончились установлением клинических диагностических критериев, однако вопрос нейропатологических диагностических критериев остается открытым.

Цель работы. Проанализировать пациентов с различными типами аутизма, находящимися на лечении в НПЦ ПЗДП, по результатам нейрофизиологического (ЭЭГ-мониторирование с включением сна) и нейровизуализационного (МРТ головного мозга) обследования.

Результаты. Всего в исследовании находились 19 пациентов с несиндромальным ранним детским аутизмом (аутизм вследствие других причин – 13, атипичный аутизм – 6). Контрольную группу составили пациенты с диагнозами: умственная отсталость (n=11) и задержка психического и речевого развития (n=11). При анализе МРТ-снимков головного мозга обращалось внимание на такие изменения, как субатрофия различных отделов, наличие признаков перивентрикулярной лейкомаляции и условно нормальный физиологический феномен как расширенные периваскулярные пространства Вирхова-Робинова.

	ПВР	субатрофия	ПВЛ
Несиндромальный аутизм (n=19)	13 (68%)	5 (26%)	6 (31%)
F84.02 (n=13)	9 (69%)	3 (23%)	4 (30%)
F84.1 (n=6)	4 (66%)	2 (33%)	2 (33%)
Умственная отсталость (n=11)	1 (9%)	4 (36%)	5 (45%)
ЗППР (n=11)	8 (72%)	2 (18%)	3 (27%)

Имеется предположение, что такая неоднородность может быть обусловлена результатом действия непересекающихся генов: различные особенности аутизма вызваны разными генами, ответственными за развитие отличных структур и функций головного мозга, что приводит к такой разнородной картине познавательных и социоэмоциональных расстройств.

На основании результатов аутопсии накоплены данные по наличию микроструктурных изменений у детей с аутизмом.

В будущем поиску областей мозга, поражаемых при аутизме, по-видимому, будет способствовать развитие техник нейровизуализации. В то время как структурные методы нейровизуализации (такие как КТ, МРТ) дают изображение анатомии мозга, функциональные методы (позитронная эмиссионная томография –

ПЭТ) отражают паттерн активности мозга во время выполнения пациентом отдельных заданий (например, чтение, запоминание и т. д.). Определить место поражения мозга при аутизме будет возможно по мере развития все более тонких методов функциональной нейровизуализации и применения знаний о когнитивных и поведенческих проявлениях аутизма.

Хрущ И.А.

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ И ЕЁ МУЗЫКАЛЬНЫЕ ПРЕДПОЧТЕНИЯ

Белорусский государственный медицинский университет (Беларусь).

Актуальность. Существуют мнения о взаимосвязи внутреннего эмоционального состояния и созвучных предпочтений в выборе некоторых видов деятельности, увлечений, установок, организации уклада психической деятельности и др. По внешним признакам поведенческой активности можно судить о внутренних психических и душевных процессах человека. В частности, о них могут говорить определённые музыкальные предпочтения. В обществе существует огромное количество мифов, тем или иным образом характеризующих слушателей различных музыкальных направлений. Часто можно слышать утверждения о более высоком уровне интеллекта и меньшем уровне тревожности слушателей классики по сравнению с любителями всех прочих музыкальных направлений. Распространено так же мнение о низкой эмоциональной стабильности, агрессивности, невысокой оперативности мышления у слушателей рока. В настоящее время имеется недостаточная доказательная база для достоверных утверждений на эту тему.

Цель. Выявление связи между особенностями личности и предпочитаемыми ею музыкальными направлениями, а также выявление корреляций последних с уровнем агрессивности, тревожности, депрессии. Сделано предположение о том, что на выбор определенного музыкального направления влияют не только социально-демографические показатели но и некоторые личностные особенности слушателей.

Материал и методы исследования. Исследованы 109 студентов ВУЗов г. Минска в возрасте от 17 до 22 лет. Методика сбора анамнеза соответствовала общепринятому регламенту с включением дополнительных вопросов для более детального анализа музыкальных предпочтений. Кроме того, применялись стандартизированные диагностические инструменты для изучения личностных и психологических особенностей: 16-факторный личностный опросник Кеттелла, опросник уровня агрессивности Басса-Дарки, опросник уровня тревожности Спилбергера-Ханина, опросник депрессии Бека, нестандартизированный опросник музыкальных предпочтений.

Результаты исследования. Классическая музыка у парней отрицательно коррелирует с агрессивностью, тревожностью, вербальной агрессией ($r=-239$; $r=-313$; $r=-318$; $p<0,05$), что позволяет сделать предположение не только о том, что данное направление способствует снижению этих показателей, но и о том, что классику выбирают изначально менее агрессивные и тревожные парни. У девушек выявлена положительная связь между классикой и радикализмом ($r=343$; $p<0,01$), что свидетельствует о свободомыслии, экспериментаторстве, наличии интеллектуальных интересов, развитом аналитическом мышлении, восприимчивости к переменам, к новым идеям, недоверии к авторитетам.

Предпочтение рок-музыки у парней напрямую связано с мечтательностью, дипломатичностью, радикализмом ($r=301$; $r=296$, $r=304$, $p<0,05$), смелостью ($r=373$, $p<0,01$) и меньше выражено при наличии нормативного поведения, самоконтроля ($r=276$; $r=326$, $p<0,05$). Два последних показателя могут говорить как о безответственности, неорганизованности, склонности к асоциальному поведению, так и о гибком отношении к социальным и культурным традициям, непринятии «морали среднего класса».

Чем больше у девушек выражены чувство вины, подозрительность, тем с меньшей вероятностью они выберут рок-музыку. ($r=-297$, $r=-290$ $p<0,05$). Кроме того, у слушательниц данного направления более высок уровень неконформизма ($r=287$, $p<0,05$).

Рэп отрицательно коррелирует с негативизмом (опозиционной манерой поведения), оперативностью мышления ($r=-271$; $r=-251$; $p<0,01$), чувствительностью ($r=-232$; $p<0,05$).

Выбор эстрадной музыки напрямую зависит от общительности, экспрессивности, доминантности, чувствительности ($r=215$; $r=245$; $r=198$; $r=350$, $p<0,05$), вероятность ее выбора снижается при наличии мечтательности, склонности к физической агрессии ($r=-196$; $r=-212$; $p<0,05$).

Клубная музыка положительно коррелирует с обидой ($r=201$; $p<0,05$) и отрицательно – со смелостью ($r=-224$; $p<0,05$). У девушек обнаруживается связь с тревожностью ($r=408$; $p<0,01$), чувством вины, низкой эмоциональной устойчивостью ($r=-274$; $r=-309$, $p<0,05$), что может говорить о сниженном уровне социальной адаптации. У парней наблюдается отрицательная связь предпочтения клубной музыки с мечтательностью ($r=-319$; $p<0,05$) и положительная с агрессивностью ($r=272$; $p<0,05$).

Выводы:

1. Музыкальные предпочтения коррелируют с личностными особенностями и эмоциональным состоянием.
2. Имеются гендерные особенности в выборе музыкальных предпочтений, которые отражают специфику эмоционального и личностного ресурсов у обоих полов.
3. Выявлена специфичность соотношений между эмоциональными состояниями и музыкальными предпочтениями: тревожность отрицательно связана с рок-музыкой, классикой; агрессивность отрицательно коррелирует с классикой и положительно – с клубной музыкой; общительность положительно коррелирует с эстрадной музыкой.
4. Анализ музыкальных предпочтений является достаточно информативным невербальным методом, который может использоваться для предварительной диагностики личностных характеристик и текущего эмоционального состояния.
5. Применение анализа музыкальных предпочтений достаточно просто, не требует больших материальных затрат, специальной подготовки и может быть использовано в качестве предварительного скрининг-анализа в работе заинтересованных специалистов, осуществляющих предварительную экспертную оценку при работе с большим контингентом лиц.

**ЭПИТИПИЧЕСКИЙ (ИНЕРТНО-ПАРОКСИЗМАЛЬНЫЙ)
ДИАТЕЗ – ГИПОТЕЗА И КЛИНИЧЕСКАЯ РЕАЛЬНОСТЬ**

**Российская медицинская академия последипломного образования
(Москва).**

Диатезом, как известно, в терапии и педиатрии называют конституциональное предрасположение организма к тем или иным болезням вследствие наследственно-приобретенных особенностей обмена, функционирования нервно-регуляторных механизмов, биохимической индивидуальности и т. п., определяющих **своеобразие адаптивного реагирования**. В случае наличия предрасположенности к дизадаптации в психической сфере говорят о «психопатологическом диатезе».

Нами гипотетически выделяются четыре основных типа психического диатеза: регрессивно-психовегетативный, или «невропатический»; фазно-ритмический или «тимопатический»; парадоксально-аутистический, или «шизотипический»; а также инертно-пароксизмальный, или «эпитипический», которые ассоциируются с четырьмя базисными психотипами – истероидным, циклоидным, шизоидным и эпилептоидным.

Оправданность выделения инертно-пароксизмального («эпитипического») варианта психопатологического диатеза основывается на опыте клинического и электроэнцефалографического изучения 100 детей и подростков с наличием неэпилептических пароксизмов в рамках пограничной патологии. У каждого пациента в статусе или в анамнезе отмечалось в сумме не менее трех из приводимых ниже феноменов инертно-пароксизмальной реактивности. Её проявления, наряду с неспецифическими дисфункциональными состояниями, относимыми к общим признакам психопатологического диатеза, в рамках самой различной нозологии характеризуются более специфическими именно для данного типа диатеза феноменами, которые мы попытались систематизировать в следующие группы.

Психомоторные феномены: «пьяная походка» и смазанная речь на фоне сонливости; подергивания и дрожание во сне; слабость в ногах и падение без потери сознания при смехе (катаплексия); гиперкинезы в руках; медлительность; инертность в графических пробах; вязкая, монотонная речь; неулыбчивость; эпизоды замираний с падением до 5 лет; плохая моторика; мышечная дистония; эпизоды ухудшения походки в 1,5 года (проходящие на фоне приема фенибута); привычные кружения вокруг своей оси после 2 лет; заикание; медлительность при еде; аффектогенные судороги Клооса.

Пароксизмы: одиночные судорожные приступы в раннем и дошкольном возрасте; фебрильные припадки; эписиндром; «дикий крик» в грудном возрасте, частые срыгивания; тремор рук при возбуждении.

Диссомнические феномены: гиперсомния; неожиданные дневные засыпания на 1–1,5 часа; неполное пробуждение; дневная сонливость; ночные кошмары; ночные пробуждения (часто в определенное время); способность засыпать в немонотонной обстановке; частые пробуждения; профундосомния.

Аффективные феномены: агрессивность при пробуждении; успокаивающий эффект еды; беспричинные «истерики» с «закатываниями» по вечерам (аффект-респираторные приступы); дисфорические перепады настроения; аффективная вязкость («зацикливаемость на эмоциях»); колебания настроения по несколько раз в день (в т. ч. по типу «гневливой мании»); повышенная аффективная возбудимость.

Эпизоды (экзогенных нарушений мышления и восприятия: гипнопомпические галлюцинации; неожиданно появившаяся в 6 лет «способность предвидеть события»; психосенсорные расстройства, гиперактузия на высоте температуры.

Страхи: страх туалета; сновидения по типу фильмов-страшилок; страх одиночества; усиленный эдипов комплекс (сон только с матерью).

Соматовегетативные феномены: критические эпизоды в соматическом развитии (ребенок в 8 лет за 3 мес. набрал 10 кг., затем быстро вырос на несколько см.); аналогичный тип полового созревания; головные боли с рвотой (в том числе, при умственной нагрузке); гиперергический характер аллергических реакций; ортостатические реакции; неразборчивость в еде, отсутствие чувства насыщения; возбуждение при приеме валерианы, реланиума; стойкий субфебрилитет или пароксизмальный характер температурной кривой при простуде.

Личностно-характерологические феномены: эгоцентризм; высокомерие; аффективная возбудимость, вспыльчивость с жестокостью в конфликтах; гиперсоциальность; взрослообразность в поведении; склонность к резонерству; с раннего возраста плаксивость, непослушание, своенравие, поведение «домашнего диктатора»; своеволие и стремление командовать детьми; непризнание чужих авторитетов, склонность всех обвинять; жадность; сочетание общительности и автономности; «анальный характер».

Невротические и поведенческие психогенные реакции: ревность; выраженность реакций эмансипации и оппозиции; мысли о самоубийстве; детские «истерики»; склонность к шантажному поведению; реакции отказа при неудачах и проигрышах; склонность к реакциям активного протеста; экстремальность хобби-реакций; предпочтение одних и тех же игрушек; расторможенность сексуального поведения.

Патопсихология: инертность, застреваемость, плохая переключаемость, обстоятельность, конкретизация при нормальном интеллекте; импульсивность; упрямство; некритичность к себе при стремлении всех поучать.

ЭЭГ: дисфункция срединных структур; повышенная судорожная готовность; острые пик-волны в лобно-височно-теменных отведениях (при отсутствии собственно эпилептических приступов); диффузные медленно-волновые вспышки.

Наследственность: эпилепсия, эписиндром, нарколепсия, мигрень, тики, эпилептиформная активность на ЭЭГ, «тяжелый характер», обстоятельность, вязкость, стеничность у ближайших и отдаленных родственников.

Неврология: синдром Клейна-Левина (сонливость, булимия, эпилептиформная активность, макроглоссия); вегетососудистая дистония; гидроцефалия; перинатальная энцефалопатия; мышечная дистония (в т. ч. при высокой физической силе); роды кесаревым сечением из двойни, недоношенность, церебральная ишемия, хроническая гипоксия плода, морфофункциональная незрелость мозга; содружественное косоглазие.

Таким образом, клиническая реальность подтверждает наличие инертно-пароксизмального типа конституционального реагирования, что позволяет говорить о целесообразности выделения соответствующего варианта психопатологического диатеза в дополнение к традиционно рассматриваемым в психиатрической литературе.

Шпрехер Б.Л., Усачева Е.Л., Кузьмич Г.В.
ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ АТИПИЧНЫХ ФОРМ
СИНДРОМА РЕТТА

**Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков
(Москва).**

Из всех первазивных расстройств развития Синдром Ретта (СР) занимает особое положение. В МКБ-10 данный синдром выделен как отдельное заболевание. Синдром Ретта – редкое наследственное заболевание, сцепленное с X-хромосомой, основными симптомами которого являются регресс психомоторного и психоречевого развития, потеря целенаправленной мануальной деятельности и появление специфичных кистевых стереотипий (характерные моющие движения руками). Дополнительными симптомами, появляющимися на третьей стадии заболевания (стадия псевдоремиссии) являются признаки поражения пирамидного пути, атаксия и мышечная дистония; также характерны пароксизмальные гипервентиляционные эпизоды, синкопальные состояния и эпилептические приступы. Важнейшими диагностическими признаками СР являются дебют болезни до 3 лет, нормальное психомоторное развитие до начала заболевания, а также относительно быстрый (в течение 1 года) прогрессирующий распад психических функций до уровня умственной отсталости с последующей стабилизацией состояния (стадия псевдоремиссии). Однако существуют атипичные формы СР. Представляем клинический пример такого случая.

История болезни пациентки А., 5,5 лет, находившейся на лечении в НПЦ ПЗДП в феврале 2013г. Из анамнеза известно, что перинатальные вредности отсутствовали. Моторное психоречевое развитие на первом году жизни соответствовало возрасту. С года до 3 лет отмечалась задержка речевого развития при сохранении познавательного и коммуникативного. С 3 лет, после курса ноотропной терапии, скачок в речевом развитии, накопление активного словарного запаса, с 4 лет появление простых фраз. С первого года жизни родители обращали внимание на моторную неловкость и эпизоды тахипноэ. В 4,5 года быстрый, в течение 2 месяцев регресс психического и речевого развития, утрата навыков самообслуживания и опрятности. Быстро выросли трудности коммуникации, девочка стала отгороженной, полностью охваченной появившимися мануальными стереотипиями. Участились эпизоды гипервентиляции. После назначения терапии постепенное, в течение полугода, улучшение речевых и психических навыков, коммуникации и навыков опрятности при сохранении мануальных стереотипий.

При осмотре в возрасте 5,5 лет: физическое развитие соответствует возрасту, окружность головы 49.0см. В психическом статусе обращает на себя внимание отсутствие устойчивого зрительного контакта; преобладание бокового зрения; короткая включаемость в игровое взаимодействие; низкий уровень психического тонуса, повышенные истощаемость и пресыщаемость. Запас знаний и представлений сведений от паспортного возраста.

В неврологическом статусе: гипомимия, умеренное диффузное снижение тонуса мышц, моторная неловкость. При выполнении тестов на мелкую моторику - дистоническая установка пальцев кисти; частые преходящие стереотипные движения в кистях (подносит к лицу, гладит ресницы, размахивает пальцами перед глазами), трясет руками. Отмечается нарастание длительности описанных движений при эмоциональном возбуждении одновременно с появлением тахипноэ.

При психологическом исследовании были выявлены особенности эмоционально-волевой сферы, характерные для искаженного типа психического дизонтогенеза. Дефектологом было установлено наличие общего недоразвития речи II уровня. При проведении видео-ЭЭГ-мониторинга во время бодрствования отмечены умеренные регуляторные изменения; физиологические паттерны сна сформированы; типичной эпилептиформной и патологической медленноволновой активности зарегистрировано не было. МРТ головного мозга: признаки кортикальной субатрофии в лобных отделах (расширение борозд и субарахноидального пространства). Проведено генетическое обследование: кариотип 46XX; при исследовании гена MeCP2 определена missense-мутация в 4 экзоне.

В приведенном клиническом случае дифференциальный диагноз проводился между злокачественным течением рано начавшегося эндогенного заболевания (шизофрения), протекающего в этом возрасте с сочетанием продуктивной (страхи, кататонические расстройства и др.) и негативной симптоматики (аутизм, резкое изменение игры, привязанностей и др.), а также с синдромом Геллера. Учитывая данные анамнеза, можно говорить об отсутствии таких важнейших диагностических критериев СР, как нормальное психоречевое развитие до дебюта заболевания и появление первых симптомов болезни до 3 лет. Несмотря на это, поводом для обследования пациента на СР стали следующие признаки: наличие устойчивых мануальных стереотипий и спонтанных эпизодов гипервентиляции, женский пол, наличие в анамнезе преходящего регресса психических функций. С учетом данных анамнеза и обследований был диагностирован Синдром Ретта, 3-я стадия (псевдоремиссии), характеризующаяся стабилизацией симптомов на уровне относительно легких когнитивных нарушений.

Описанная история болезни хорошо демонстрирует возможность наличия атипичной формы СР у девочки с задержкой психического и речевого развития при отсутствии кардинальных диагностических критериев синдрома. Аналогично представленному случаю в литературе описаны единичные пациенты, у которых при наличии missense-мутаций наблюдаются менее тяжелые нарушения психомоторного развития и возможность сохранения речевых навыков.

Таким образом, у пациентов с органическим поражением головного мозга, развивающихся с задержкой психоречевого развития, дебют СР возможен в более позднем возрасте и нарушения аутистического спектра могут быть сглажены и нестойки. Однако, наличие устойчивых мануальных стереотипий даже при отсутствии других кардинальных признаков позволяет заподозрить синдром Ретта.

**Агеева И.А., Лысенкова И.А., Коржова О.А., Нелюбова А.В.,
Осипович Т.А.**

ПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА В СТРУКТУРЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ШКОЛЕ

Кыргызско–Российский Славянский Университет (Кыргызская Республика).

Основной задачей профилактической работы в системе службы практической психологии образования является предупреждение нервно–психических нарушений у учащихся, родителей и педагогов. Однако в настоящее время о превентивной работе как реальности можно говорить только в отдельных случаях и с большой долей условности.

Мы считаем, что в школе необходима систематическая работа в области психопрофилактики, причем она должна начинаться в младших классах и заканчиваться в выпускных, и проводиться с учетом психологических особенностей разных возрастных периодов и должна опираться на фундаментально разработанную методологию на основании проведенных исследований в конкретной образовательной системе – школе. Такой подход необходим в связи с тем, что, если своевременно не компенсировать донозологические проявления нарушений эмоций и поведения у учащихся, эти нарушения могут стать почвой для развития тех или иных психических, или психосоматических заболеваний, в том числе девиантного поведения и наркозависимости.

На наш взгляд, психопрофилактика должна быть ориентирована в первую очередь не на предупреждение возникновения нервно-психических расстройств, а на формирование личностной гармонии. Предложенная нами психопрофилактическая модель направлена на реорганизацию взаимоотношений между подсистемами «учителя», «учащиеся», «родители» и внутри подсистем в школьной системе, что собственно и является целью психопрофилактической программы. Программа адаптирована к реальным условиям школы и позволяет проводить эффективную профилактическую работу в привычных для учащихся, учителей и родителей учащихся условиях, не отрывая их от образовательного процесса.

Основой для разработки психопрофилактической программы послужил системный, интегративный и полисубъектный подходы, а также следующие принципы: принцип единства диагностики и коррекции, принцип приоритетности патогенетической психотерапии, деятельностный принцип коррекции, принцип учета возрастано-психологических и индивидуальных особенностей.

Содержание системной интегративной психопрофилактической программы определяется выявленной структурой эмоциональных состояний учащихся и учителей, а также использованием родителями учащихся неконструктивных стратегий воспитания, которые и обуславливали этапность в процессе взаимодействия как с учителями, так и с учащимися и их родителями.

Данный подход предусматривает возможность выбора оптимального темпа прохождения этих этапов и учета индивидуальных особенностей индивида за счет проводимого психологом согласования с ним целей и задач каждого этапа, а также обсуждения с индивидом выбора используемых методов терапии и результатов, достигаемых на каждом этапе.

Нами были выделены следующие этапы работы: **«Присоединения»**, **«Когнитивно-поведенческий»**, **«Терапевтический»**, **«Заключительный»**.

На этапе **«Присоединения»** очень важно, чтобы индивид чувствовал себя в безопасности во время работы с психологом, что достигалось использованием положений гуманистического подхода. На этом этапе психологу необходимо быть недирективным.

На этом этапе основными методами работы являлись: участие в педсоветах; проведение тематических семинаров–тренингов и обучающих семинаров; проведение психологического консультирования (индивидуального и группового) с учетом данных психодиагностики учащихся и их родителей, а также учителей.

Второй этап **«Когнитивно-поведенческий»** направлен на развитие навыков самопознания, саморегуляции, общения и межперсонального взаимодействия, основой которого был когнитивно-бихевиоральный подход. И на этом этапе мы опирались на положения гуманистической психологии. Одним из основных методов работы был тренинг, стимулирующий личностный рост, с использованием видеообратной связи.

При разработке социально-психологического тренинга (СПТ) использовались техники и приемы, применяемые в различных психологических и психотерапевтических школах: в большей степени когнитивно-поведенческой направленности, а также с опорой на методологию гуманистического и психодинамического подходов.

На третьем этапе «**Терапевтическом**» основой для проведения психотерапии как индивидуальной, так и групповой, являлась личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия Л.-о. (р.) п. Именно трехчленная структура Л.-о. (р.) п. также позволяет использовать поэтапную смену доминирующих теоретических подходов и соответствующих им методических приемов при работе с конкретным индивидом или психотерапевтической группой.

Л.-о. (р.) п. по своей сути скорее психодинамическая, однако также активно ассимилирует идеи гуманистической психологии, фиксирующей внимание на интегрирующем эмоциональном переживании и атмосфере психотерапевтического воздействия. Для закрепления когнитивных и эмоциональных изменений в Л.-о (р.) п. используются принципы и методы поведенческой психотерапии.

На четвертом этапе «**Заключительном**» обсуждалось дальнейшее взаимодействие учащихся, учителей и родителей учащихся с психологом.

Подводя итоги, можно сказать, что предложенная нами психопрофилактическая модель, направленная на реорганизацию взаимоотношений между подсистемами "учителя", "учащиеся", "родители" и внутри подсистем в школьной системе, адаптированная к реальным условиям школы, позволяет проводить эффективную профилактическую, в том числе и психокоррекционную, и психотерапевтическую, и консультативную) работу в привычных условиях для учителей, учащихся и родителей учащихся, не отрывая их от образовательного процесса.

Буторин Г.Г.

ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ШКОЛЬНИКОВ С ДЕПРИВАЦИОННЫМ ДИЗОНТОГЕНЕЗОМ

Челябинский государственный педагогический университет (Челябинск).

Проблема влияния различных форм нарушений психологического развития детей на их академическую успеваемость и школьную адаптацию является одной из актуальных в детской клинической и специальной психологии. Среди них особое место занимает группа психических состояний депривационного генеза, обуславливающих нарушения развития школьных навыков (F81 по МКБ-10).

Под нашим наблюдением на протяжении 9 лет находились 212 детей 6-8 лет, у которых с началом обучения в школе обнаруживались затруднения в усвоении учебной программы, возникавшие на фоне признаков депривационного дизонтогенеза вследствие хронических депривирующих воздействий микро- и макросоциальной среды. Несмотря на отсутствие явной церебрально-органической патологии, у большинства этих детей специалистами при полипрофессиональной диагностике была отмечена скомпрометированная биологическая «почва». Процессу декомпенсации данной депривационной формы дизонтогенеза с поступлением детей в школу способствовала не только смена социальной роли и привычных жизненных стереотипов, но и особенности второго возрастного кризисного периода.

Для оценки интеллектуального развития этих детей применялся адаптированный вариант «Шкалы для исследования интеллекта у детей Векслера (WISC-R)», обладающий высокой достоверностью, надёжностью и валидностью. Экспериментально-психологическое обследование проводилось дважды: в период развернутых дизонтогенетических проявлений процесса декомпенсации и после их медицинской и психолого-педагогической коррекции. Первичное психологическое обследование проводилось на фоне развернутых депривационных психических состояний, в которых ведущими признаками были «астения истощения», снижение когнитивной продуктивности (F06.7), аффективная и соматовегетативная дисфункции (F45.3). При «астении истощения» дефицитарность процесса обучения у 48,3% испытуемых сопровождалась трудностью концентрации внимания, быстрым утомлением, накоплением ошибок преимущественно к концу обследования. У детей с аффективными расстройствами (36,7%) проявлялись затруднения в выборе решения и перехода к действию, трудности в вербализации своих действий и решений задач. Для выявленных нарушений были характерны маркеры недостаточности функции контроля и программирования всей психической деятельности, что приводило к нарушению формирования процессов вербально-логического, абстрактного, ассоциативного мышления. Кроме того, у 85,5% обследованных диагностировалась и была статистически достоверной моторная несостоятельность, проявлявшаяся в диспраксиях кинетического, кинестетического и пространственного уровня. Такие изменения церебральной predisпозиции нередко сочетались с нарушениями письма, чтения, счётных операций, конструктивного мышления и просто с бытовой апракто-агнозией.

Клинико-психологическая диагностика, проведенная в этот период, показала, что вербальные, невербальные и общие суммарные данные были низкими и при определенном разбросе IQ (78...96) находились в континууме между низкой нормой и пограничным интеллектуальным уровнем. Такие результаты первичной психологической диагностики показали 83,6% обследуемых. При этом выполнение невербальных субтестов у 53,4% из них отличалось лучшим качеством по сравнению с вербальными. Особую трудность представляли субтесты, направленные на оценку внимания, запоминания, интеллектуальную работоспособность, на понимание общественных норм. Если интерпретировать показатели первичного эксперимента, не принимая во внимание наличие в этот момент выраженных клинических проявлений астении истощения с ее повышенной утомляемостью, истощаемостью внимания, снижением запоминания, эмоциональной неустойчивостью, то за такими показателями можно было увидеть психическое недоразвитие различной степени (вплоть до легкого интеллектуального дефекта). Именно такой подход к оценке познавательной деятельности этих детей нередко приводил к ошибочному впечатлению педагогов и школьных психологов о невозможности их обучения в общеобразовательной школе.

Однако при повторном обследовании, проведенном после медико-психологической коррекции и репарации депривационных психических состояний, основные результаты IQ устанавливались в зоне среднего уровня и хорошей нормы (96...106), что свидетельствовало об обратимости процесса декомпенсации и об отсутствии у этих детей интеллектуального дефекта. При этом уровень репарации нарушенных функций зависел от степени тяжести депривационных психических состояний, диагностированных при первичном обследовании.

Таким образом, первичное клинико-психологическое обследование детей, проведенное на фоне декомпенсации нарушений психологического развития депривационного генеза, не отражало истинного уровня интеллектуального развития

и приводило к ошибочной психолого-педагогической диагностике. Исходя из этого оценка школьной зрелости у таких детей должна проводиться лишь после проведения лечебно-психологической коррекции и максимально возможного восстановления деятельности нарушенных функций и психологически здоровой внутри-семейной атмосферы, что возможно осуществить только в условиях полипрофессионального взаимодействия. Полученные результаты позволяют говорить о существовании единого депривационного синдрома и его декомпенсации на этапе второго возрастного кризисного периода. При этом критерии существующих в настоящий момент психологических и психиатрических классификаций ограничены для диагностики указанных состояний, которые по своим характеристикам не попадают в ее рубрики, но имеют право на автономное существование.

**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 05.08.2015 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.