

ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Научно-практический рецензируемый журнал
психиатрии, психологии, психотерапии и смежных дисциплин

ISSN 2305-9133

2017 (17), №1

**«Вопросы психического
здоровья детей и подростков»**
(Научно-практический журнал
психиатрии, психологии,
психотерапии и смежных
дисциплин)

**Учредитель – Ассоциация
детских психиатров
и психологов**

Включен в перечень ВАК

Журнал представлен
в информационной базе РИНЦ
(Российский индекс научного
цитирования)

Выходит 4 раза в год.

Журнал основан в 2001 г.

Подписной индекс
в «Пресса России» **29010**

Контакты редакции:
Почтовый адрес: 125009,
Москва, ул. Тверская, д. 12,
стр. 8, оф. 12
Телефон/факс: +7 499 251 4306
E-mail: acpp@inbox.ru

Тираж 500 экз.

Материалы для публикации в
журнале «Вопросы психического
здоровья детей и подростков»
направляются электронной
почтой вложенным файлом в
формате .rtf либо .doc на адрес:
acpp@inbox.ru.

Перепечатка запрещена.
При цитировании ссылка
обязательна.

Свидетельство о регистрации
ПИ № 77-17348 от 12.02.04 г.
© Ассоциация детских
психиатров и психологов. 2017

Главный редактор

Н.М. Иовчук

Заместители главного редактора

А.А. Северный, Э.Г. Эйдемиллер

Редакционная коллегия:

Т.А. Баилова, И.В. Добряков,
В.В. Зарецкий, Н.В. Зверева, С.А. Игумнов,
Н.К. Кириллина, И.Л. Коломиец,
И.В. Макаров, В.Д. Менделевич,
Л.Е. Никитина, Е.О. Смирнова,
В.С. Собкин, Ю.С. Шевченко,
А.М. Щербакова

**Выпуск журнала осуществляется при финансовой
поддержке Института Гармоничного Развития
и Адаптации («ИГРА»)
и организационно-технической поддержке
ФГБНУ «Центр защиты прав и интересов детей».**

СОДЕРЖАНИЕ

ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ, СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА И СМЕЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ

Н.М. Иовчук, А.А. Северный РОЛЬ ЭКЗОГЕНИЙ В МАНИФЕСТАЦИИ И ТЕЧЕНИИ ЦИРКУЛЯНОЙ ШИЗОФРЕНИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.....	4
Т.И. Иванова ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С ДЕПРЕССИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ....	13
Д.Д. Макаренкова, Н.В. Зверева СРАВНЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ РАБОТЫ В ЗРИТЕЛЬНОЙ И ТАКТИЛЬНОЙ МОДАЛЬНОСТИ У ДЕТЕЙ С АУТИСТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ РАЗНОГО ГЕНЕЗА.....	22
О.А. Сагалакова, И.Я. Стоянова, Д.В. Труевцев, Ю.А. Шухлова ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ АНТИВИТАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ И СОЦИАЛЬНОЙ ТРЕВОГИ У ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ В КОНТЕКСТЕ ПОЛОВЫХ РАЗЛИЧИЙ.....	28
А.Е. Бобров, Т.В. Уласень, Н.В. Сулимова, Э.Л. Нивеницын ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СИРОТСТВА С ПОЗИЦИЙ БИОПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ КОНЦЕПЦИИ.....	36
Е.С. Скворцова ФЕНОМЕН ЕЖЕДНЕВНОГО ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОГО ЗАНЯТИЯ КОМПЬЮТЕРНЫМИ ИГРАМИ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ (РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, СТРУКТУРА, ПОСЛЕДСТВИЯ И ПРОБЛЕМЫ).....	42
Т. К. Ростовская, А.М. Егорычев РОЛЬ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЕМЕЙНОЙ ПОЛИТИКИ В ФОРМИРОВАНИИ И РАЗВИТИИ ТРАДИЦИОННЫХ СЕМЕЙНЫХ ЦЕННОСТЕЙ: ИСТОРИЧЕСКИЙ АСПЕКТ.....	52

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

О.П. Шмакова, Н.А. Мазаева КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ОРГАНИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, ДИАГНОСТИРОВАННЫХ В ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ.....	58
Е.В. Дьяченко, М.А. Уфимцева, Е.В. Москвина, Н.В. Самойленко, К.И. Николаева ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ ДЕТЕЙ В ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ В КОНТЕКСТЕ МЕДИКО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В УСЛОВИЯХ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ.....	65
А.Н. Булатников, В.В. Зарецкий ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ СЕМЬЕ ПРИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ.....	73
Л.Н. Касимова, Ж.В. Альбицкая, В.В. Дворянинова ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ АУТИЗМА У ДЕТЕЙ НА РАННИХ ЭТАПАХ (АНКЕТИРОВАНИЕ РОДИТЕЛЕЙ).....	79
М.В. Переверзева РАЗРАБОТКА ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ФОРМИРОВАНИЯ НАВЫКОВ САМООБСЛУЖИВАНИЯ ДЛЯ РЕБЕНКА С ТЯЖЕЛЫМИ МНОЖЕСТВЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ.....	84
Л.Е. Никитина, Л.У. Звонарёва О СОДЕРЖАНИИ И КАЧЕСТВЕ КНИЖНОЙ И ВИДЕОПРОДУКЦИИ ДЛЯ ДЕТЕЙ...	91

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ, ЛЕКЦИИ, МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

Ю.С. Шевченко КОМПЛЕКСНАЯ МНОГОУРОВНЕВАЯ ТЕРАПИЯ ДЕТЕЙ С СИНДРОМАМИ РАННЕГО ДЕТСКОГО АУТИЗМА: КОНЦЕПЦИИ И ПРАКТИКА (ЛЕКЦИЯ).....	100
И.В. Кравченко, И.В. Макаров ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ФАНТАЗИРОВАНИЕ (АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР) (начало)....	109
М.А. Бебчук КАЧЕСТВО ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОМОЩИ В ДЕТСКОМ ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ.....	116
О.Б. Левковская, А.О. Парлашкевич ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ И ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ КИНОИСКУССТВА (НА ПРИМЕРЕ ИНТЕРНЕТ-ПРОЕКТА PSYNEMA.RU).....	123

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ПЕЧАТНЫХ РАБОТ.....	132
---	------------

CONTENTS

PSYCHIATRY, PSYCHOLOGY, PSYCHOTHERAPY, SOCIAL PEDAGOGICS AND ALLIED DIRECTIONS

N.M. Iovchuk, A.A. Severnyy THE ROLE OF EXOGENY IN DEBUT AND COURSE OF CIRCULAR SCHIZOPHRENIA IN CHILHOOD AND ADOLESCENCE.....	4
T.I. Ivanova SPECIFIC CHARACTERITICS OF GROWTH AND DEVELOPMENT OF CHILDREN WITH DEPRESSIVE DISORDERS.....	13
D.D. Makarenkova, N.V. Zvereva A COMPARISON OF DISTINCTIVE FEATURES OF WORK IN VISUAL AND TACTILE MODALITIES AMONG CHILDREN WITH AUTISTIC DISORDERS OF DIFFERENT GENESIS.....	22
O.A. Sagalakova, I.Ya. Stoyanova, D.V. Truevtsev, Y.A. Shukhlova PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF ANTIVITAL MANIFESTATIONS AND SOCIAL ANXIETY IN ADOLESCENTS AND YOUNG PEOPLE IN THE CONTEXT OF GENDER DIFFERENCES.....	28
A.E. Bobrov, T.V. Ulasen, N.V. Sulimova, E.L. Nivenitsyn PSYCHIATRIC ASPECTS OF ORPHANHOOD FROM THE BIOPSYCHOSOCIAL POINT OF VIEW.....	36
E.S. Skvortsova THE PHENOMENON OF THE DAILY DURATION OF EMPLOYMENT IN COMPUTER GAMES AMONG ADOLESCENTS (PREVALENCE, STRUCTURE, IMPLICATIONS AND PROBLEMS).....	42
T.K. Rostovskaya, A.M. Egorychev THE ROLE OF THE STATE OF FAMILY POLICIES IN FORMATIONAND DEVELOPMENT OF TRADITIONAL FAMILY VALUES: HISTORICAL ASPECT....	52

PREVENTION, THERAPY, CORRECTION, REHABILITATION, MANAGEMENT OF INVESTIGATION AND TREATMENT

O.P. Shmakova, N.A. Mazaeva SOCIAL ADAPTATION OF PATIENTS WITH ORGANIC MENTAL DISORDERS IN CHILDHOOD, ANALYSIS OF THE EFFECTIVENESS OF POLYPROFESSIONAL HELP.....	58
E.V. Dyachenko, M.A. Ufimceva, E.V. Moskvina, N.V. Samoilenko, K.I. Nikolaeva PSYCHOEMOTIONAL HEALTH OF CHILDREN IN DIFFICULT LIVE SITUATIONS IN THE CONTEXT OF MEDICAL AND PROFILACTIC WORK IN CONDITIONS INTERAGENCY COOPERATION.....	65
A.N. Bulatnikov, V.V. Zaretskiy PSYCHOTHERAPEUTIC AID FAMILIES IN SUBSTANCE ABUSE.....	73
L.N. Kasimova, Zh.V. Albitskaya, V.V. Dvoryaninova DIFFICULTIES IN THE DIAGNOSIS OF AUTISM IN CHILDREN AT EARLY STAGES (SURVEY OF PARENTS).....	79
M.V. Pereverzeva CREATION OF THE INDIVIDUAL PROGRAM OF FORMATION OF SELF-SERVICE SKILLS FOR THE CHILD WITH SEVERE MULTIPLE DISABILITIES.....	84
L.E. Nikitina, L.U. Zvonarjeva ON THE CONTENT AND QUALITY OF BOOK AND VIDEO FOR CHILDREN...	91

LITERATURE REVIEWS, LECTIONS, METHODOICAL MATHERIALS

Ju.S. Shevchenko INTEGRATED MULTI-LEVEL THERAPY FOR CHILDREN WITH AUTISM EARLY CHILDHOOD SYNDROMES: CONCEPTS AND PRACTICE (LECTURE).....	100
I.V. Kravchenko, I.V. Makarov PATHOLOGICAL FANTASIZING: ANALYTICAL REVIEW (first part).....	109
M.A. Bebchuk QUALITY OF MULTIPROFESSIONAL CARE IN THE CHILDREN'S PSYCHIATRIC HOSPITAL.....	116
O.B. Levkovskaya, A.O. Parlashkevich PSYCHOTHERAPEUTIC AND EDUCATIONAL POTENTIAL OF A CINEMATOGRAPHY (THE EXAMPLE OF INTERNET PROJECT PSYNEMA.RU)	123
THE RULES FOR SCIENTIFIC WRITINGS	132

Н.М. Иовчук, А.А. Северный

**РОЛЬ ЭКЗОГЕННЫХ ФАКТОРОВ В МАНИФЕСТАЦИИ И ТЕЧЕНИИ
ЦИРКУЛЯННОЙ ШИЗОФРЕНИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

**ФГБНУ Научный центр психического здоровья, ГБОУ Московский
государственный психолого-педагогический университет (Москва).**

Резюме. По данным клинико-психопатологического проспективного исследования 162 случаев шизофрении, манифестировавшей в детском и подростковом возрасте депрессивным приступом, показана высокая значимость экзогенных факторов в провоцировании первого острого психотического эпизода и роль экзогенных факторов в последующем течении заболевания, протекающего преимущественно с аффективными моно- и биполярными приступами с формированием специфических дефицитарных личностных расстройств. Подчеркивается необходимость как можно более ранней адекватной диагностики для эффективной лечебно-коррекционной помощи больным.

Ключевые слова: детская шизофрения, экзогенные факторы, аффективный манифест.

Введение. Роли экзогенных факторов в возникновении и синдромообразовании при эндогенных заболеваниях (шизофрении, маниакально-депрессивном психозе) посвящено немало работ отечественных и зарубежных психиатров, описывавших клинику этих заболеваний как у взрослых, так и у детей. Эта проблема имеет не только теоретическое, но и немаловажное практическое значение, поскольку с ней во многом связаны затруднения, особенно в детском возрасте, диагностики манифестных состояний, назначения адекватного лечения и определения прогноза. Психические расстройства, возникшие у ребенка на фоне психотравмирующей ситуации или после соматического заболевания, слишком часто неправильно интерпретируются родителями, врачами-интернистами и даже психологами как невротические реакции, астения или процесс естественной эволютивной психодинамики, что на многие месяцы, а иногда и годы отодвигает адекватные лечебно-коррекционные подходы.

Экзогенные вредности нередко предшествуют началу шизофренического процесса [14, 20]. Особенно они характерны для депрессивной формы дебюта, где им отводится роль «последней капли», которая при «неплодотворной почве» у лиц шизоидного склада приводит к манифестации психоза [4, 11, 16, 17], или «проторителя» пути для вызывающей шизофрению причины [13]. Показывая единство и сложность взаимодействия между эндогенными и экзогенными факторами в происхождении и течении шизофренического процесса, Г.В. Морозов [9] подчеркивал, что травматизация может влиять на синдромогенез в дебюте и на последующих стадиях развития заболевания, может видоизменять клиническую картину разных стадий течения болезни, в том числе ремиссий, и структуру дефекта. Связь экзогенных факторов с клинической картиной эндогенного психотического приступа также подчеркивают С.В. Назимова С.В. и П.А. Баранов [10].

По данным Е.С. Гребельской [2], у больных шизофренией детей психические травмы в анамнезе встречаются значительно чаще, чем у взрослых. В детстве роль

пускового фактора шизофрении могут играть не только психотравмы, но и инфекции [1, 8, 12, 15]. Экзогенные вредности в этих случаях выступают как ослабляющие факторы, способствующие возникновению шизофренического процесса и развертыванию вспышек психоза [5].

Материал и метод. Целью настоящей работы явилось выявление распространенности, особенностей и влияния экзогенных факторов при депрессивных дебютах шизофрении, начавшейся в детском возрасте (до 12 лет), и при ее дальнейшем течении.

Для этой цели проанализированы 162 случая шизофрении с ведущими аффективными (моно- и биполярными) расстройствами, дебютировавшей в детском возрасте. У 14 детей первый депрессивный приступ возник до 1 года, у 27 – в возрасте 2-4 лет, у 28 – в 5-6 лет, у 56 – в 7-9 лет и у 37 – с 10 до 12 лет. Сроки динамического наблюдения – более 3 лет (до 30 лет).

Результаты и обсуждение. В анализируемом клиническом материале обнаружена высокая распространенность экзогенных вредностей (94% случаев), предшествующих первой эндогенной депрессии или совпадающих во времени с ее началом. Это согласуется с данными отечественных и зарубежных исследователей о частоте экзогенной провокации эндогенных депрессий в детско-подростковом возрасте [3, 6, 7, 18, 19, 21]. Среди экзогенных провоцирующих факторов присутствовали психотравмы, соматические заболевания и их сочетания, но преобладающими все же были психотравмирующие ситуации (76% от всех провокаций). Более редкими провоцирующими факторами были соматические заболевания и сочетание психотравмирующей ситуации с соматическим заболеванием.

Для детей дошкольного и школьного возраста значимыми являлись совершенно различные психогенные факторы. Абсолютно доминирующей ситуацией, провоцирующей депрессию у младенцев и детей младшего дошкольного возраста, являлось отделение от матери (или лица, ее замещающего, например, бабушки) при помещении их в дом ребенка, санаторий, круглосуточные детские ясли, больницу и т. п., при ее особом состоянии (депрессии, психотическом расстройстве), утрате матери (стабилизации, смерти, заключении).

У детей старше 4 лет провоцирующую роль часто играла длительная неблагоприятная семейная ситуация (развод, финансовый крах семьи и связанное с ним резкое ухудшение бытовых условий, длительная болезнь и смерть близких) и рождение сибса. Следует отметить, что в этих случаях ребенка почти никогда не посвящали в запутанные семейные отношения, скрывали смерть родных, уход отца, поэтому и здесь, по-видимому, роль психотравмы играли депрессивное настроение, загруженность, отгороженность матери. Всего в 3 наблюдениях депрессивные состояния возникли вслед за острой шоковой реакцией, связанной с испугом - суицидом матери, убийством матери и бабушки.

Начиная с 7-летнего возраста наиболее значимыми психогенными фактором являлись проблемы, связанные со школой, - незначительные, с точки зрения взрослого человека, но чрезвычайно актуальные в детстве: отставание в учебе от сверстников в связи с длительным соматическим заболеванием, несоответствие возможностей ребенка предъявляемым требованиям со стороны учителей и родителей, грубость и наказания родителями за плохие отметки, оскорбительное поведение учителя и т. п. Нередко депрессивное состояние возникало сразу же после поступления в 1 класс при неправильном педагогическом подходе с запугиванием, угрозами, унижением ребенка, тормозимого и очень ранимого. При этом сложные отношения с одноклассниками, которым родители склонны были приписывать

решающую роль в происхождении болезненного состояния у ребенка, являлись, как правило, не причиной, а уже следствием болезненного состояния. Во многих случаях родители ребенка, несмотря на настойчивые советы врачей и психологов, все же определяли ребенка в школы с углубленным и ускоренным обучением, что не соответствовало ни способностям, ни активности, ни эмоциональным особенностям ребенка. Отставание в учебе, естественно, влекло за собой не только недовольство учителей, но и усиление требований со стороны родителей, сопровождавшееся агрессией, оскорблениями, незаслуженными наказаниями, в результате чего ребенок оказывался один на один со своей безысходностью.

У детей препубертатного возраста чрезвычайно актуальными становились психотравмы, связанные со сменой класса, учителя, переездом на новую квартиру и переходом в другую школу, с взаимоотношениями с одноклассниками (ссоры, измены друга/подруги, различные неприятные ситуации, которые подросток расценивал как несоответствие ожиданиям окружающих или даже как публичный позор). Нельзя не отметить и распространенный в настоящее время школьный буллинг, которому и подвергались в основном дети нежные, замкнутые, «странные», беспомощные, которые не могли дать отпор обидчикам.

Всего в 10% случаев (от всех провокаций) первой депрессии предшествовали острые соматические заболевания (токсический грипп, тяжелая ангина, детские инфекции, острый аппендицит), и у 14% детей отмечалась смешанная психогенно-соматогенная провокация (тяжелое соматическое заболевание с помещением в больницу, болезненные медицинские манипуляции, дорожно-транспортное происшествие, в котором пострадал не только ребенок, но и его родственники, падение с высоты, испуг при госпитализации без матери и т. д.).

Возникшие в дебюте детской шизофрении депрессии настолько очевидно были связаны с психотравмирующей ситуацией или соматическим заболеванием и настолько не были похожи на типичную эндогенную депрессию у подростков и взрослых, что не расценивались окружающими как начало серьезного психического заболевания, а относились ими (в том числе и специалистами) к естественной реакции развивающейся личности на травматичные жизненные обстоятельства. В лучшем случае у детей младенческого и младшего дошкольного возраста по назначению невролога, и реже психоневролога, применялся обычный набор ноотропных препаратов, витаминов, гомеопатических средств, не способных воздействовать на депрессивную симптоматику, что приводило к ее пролонгированию, а также задержке развития и первичной социализации ребенка младшего возраста. При неадекватном применении ноотропных и других лекарственных средств и БАД со стимулирующим эффектом можно было ретроспективно констатировать ухудшение состояния в связи с нарастанием тревожного и боязливой аффектов или инверсией аффекта с возникновением маниакального (маниакально-кататонического) возбуждения. Правильная квалификация состояния, адекватная нозологическая диагностика и, соответственно, необходимое лечение задерживались на годы – годы прогрессирующей процессуальной динамики и социальной дизадаптации.

Звучание психогенной ситуации у ребенка отмечалось в начале и, реже, на всем протяжении первого депрессивного состояния. Это достоверно, если оценивать особенности депрессивного состояния у детей старшего дошкольного или школьного возраста. Так, при неудачном опыте пребывания в детском саду, психологическом или физическом насилии со стороны учителей или одноклассников, обвинении в краже или другом неблагоприятном поступке, поддразнивании и пуб-

личном унижении у ребенка одновременно с депрессией возникал непреодолимый страх перед посещением образовательного учреждения. «Школьная фобия» отмечалась более чем в 70% при депрессиях у детей школьного возраста. Углубление «школьной фобии» происходило по мере нарастания идеаторной и моторной заторможенности, соматических жалоб, неуверенности, появления специфических нарушений мышления и сопровождалось страхом перед учителями, скоплением детей, ответами у доски, контрольными, экзаменами, уходами, побегами и полным отказом от посещения школы и приготовления домашних заданий. Страх и отвращение ко всему, связанному со школой, вплоть до любого обучения, сохранялись чаще всего и после завершения депрессивного состояния, растягиваясь порой на годы. Сохранение прежних условий обучения и требований в семье существенно увеличивало длительность депрессивного состояния.

У детей младенческого и младшего дошкольного возраста переживания, связанные с психотравмой, возможно заподозрить лишь по косвенным признакам. Так как основными провоцирующими факторами в этом возрасте являются материнская депривация или боль при медицинских манипуляциях, то в таких депрессивных состояниях на первый план выступали чрезмерная привязанность к матери, страх ее утраты, невыносимость разлуки или страх «белых халатов», медицинских учреждений и любых медицинских манипуляций.

Анализ последующих депрессивных приступов показал небольшое снижение зависимости от провоцирующих факторов во вторых депрессиях, более чем вдвое в третьих депрессиях и постепенную утрату такой зависимости при последующем течении болезни, что еще раз свидетельствует об эндогенном характере описанных депрессий и подтверждает роль экзогений как пускового фактора в начале болезни.

Содержание провоцирующих факторов при повторных депрессивных состояниях практически никогда не соответствовало начальному: например, если первая депрессия была связана с разлукой с матерью, то вторая начиналась во время тяжелого соматического заболевания со стационарным лечением и болезненными медицинскими вмешательствами, а третья – в связи с неблагоприятными школьными условиями. Звучание травмирующей ситуации отмечалось и при повторных депрессиях, особенно дидактогенных, но постепенно уходило на второй план в связи с генерализацией страха, появлением выраженной тревоги и психосоматических расстройств.

Депрессивная симптоматика в детстве очень редко была устойчивой и формировала картину цельного, мономорфного, синдромально завершенного приступа. Для большинства детей были характерны многообразие и изменчивость симптоматики, насыщенность множеством расстройств, фрагментарных и синдромально незавершенных, в сочетании слагавшихся в сложную и мозаичную клиническую картину. В результате лабильности и неустойчивости симптоматики клиническая картина депрессии у ребенка отличалась непрерывной сменой оттенков, чередованием наиболее яркой симптоматики с относительно спокойными промежутками, что создавало картину «аффективного шторма», по образному выражению J.A. Davis [19]. В преобладающем большинстве случаев отмечалась непрерывная «пульсация» в настроении, самочувствии и состоянии моторики, что зависело и от времени суток, и от внешних обстоятельств. При позитивных событиях иногда на несколько часов и даже дней депрессивные расстройства нивелировались, но возобновлялись и усиливались при неблагоприятной ситуации.

Склонность к возникновению пароксизмальных состояний психомоторного

возбуждения с преобладанием чрезмерной двигательной активности и плача отмечалась почти в половине всех детских депрессий. Кроме состояний, сходных с меланхолическими раптусами, и состояний тревожной ажитации, пароксизмальностью отличались соматоалгические и ипохондрические кризы, истероформные, дисфорические и боязливые состояния. Раптоидные состояния характеризовались безудержным движением - иногда бесцельным бегом (по комнате, вокруг дома, по улице, порой наперерез движущемуся транспорту), множеством лишних движений, раскачиванием туловища, метанием из стороны в сторону, временами достигавших степени яктации. В момент безудержного движения дети били посуду, ломали игрушки, рвали одежду, разбрасывали по дому выброшенные из шкафов вещи, забирались в шкаф, выскакивали на балкон, лестничную площадку, во двор и там демонстративно пронзительно кричали, валялись по полу, выкрикивая, что больше не могут жить, что лучше умереть, а нередко и предпринимали попытки покончить с собой, чаще демонстративные. Такие состояния возникали в основном в связи с неблагоприятной ситуацией (плохая оценка или другая неудача, замечание, наказание, запрет, отказ родителей от покупки желанной игрушки) и, как правило, были истерически окрашены. Непостоянной и нередко спровоцированной внешней ситуацией были и дистимические раптусы, проявлявшиеся при неблагоприятной ситуации в виде очерченного состояния (длительностью 1-3 часа) со злобой, разрушительными тенденциями, оскорблениями в адрес близких, сквернословием и цинизмом.

Депрессивные состояния в детском возрасте имели сложную структуру, представляя собой сочетание эндогенного и экзогенного: истинной депрессивной симптоматики, своеобразно преломленной в соответствии с возрастным патопластическим фактором, и личностной защитной реакции, наступающей в ответ на собственную несостоятельность, невозможность по-прежнему усваивать школьную программу, свободно держаться в детском коллективе и реакции на те социальные меры воздействия, с которыми из-за нераспознанности болезненного состояния подходили к таким детям взрослые. К таким личностным реакциям относились истероформные состояния, конфликтность, нарушения поведения с антидисциплинарными поступками, агрессивностью, тягой к асоциальным группировкам, что маскировало депрессию, придавая ей психопатоподобный характер.

Течение болезни не оставляло сомнений в ее эндогенном процессуальном характере в связи с учащением и удлинением спонтанных депрессивных экзacerbаций, возникновением гипоманий и состояний со смешанным аффектом, углублением психопатологической симптоматики с появлением нелепых страхов, бредоподобного фантазирования, псевдогаллюцинаторных зрительных и вербальных вкраплений, элементарных бредовых и кататонических расстройств, а также характерных для шизофрении изменений личности. Дети наблюдались психиатром, получали лечение, в том числе профилактическое, и в препубертатном или пубертатном возрасте уже отмечались признаки регрессиентного течения. Между тем у 12 больных на фоне уже намечавшейся ремиссии психотравмирующие ситуации послужили толчком к новому обострению процесса – возникновению полиморфного приступа шизоаффективной структуры. Во всех этих случаях факторами провокации являлись, в отличие от наблюдаемых в детском возрасте, острые психотравмы: избиение одноклассниками; угроза взрослого человека жестоко наказывать, к примеру, за то, что случайно толкнул его ребенка на пляже; серьезные угрозы по интернету; обещание стюардессы вызвать полицию после приземления за границей из-за того, что грубил матери; чрезмерно длительное оформление до-

кументов у стойки паспортного контроля и т. п.). В клинической картине шизоаффективного психоза, особенно в его начале, определенно отражалось содержание психотравмирующей ситуации.

Шизофренический процесс, даже протекавший с преобладанием аффективной монополярной или биполярной симптоматики, приводил к формированию типичных для этого заболевания процессуальных изменений личности, глубина которых зависела от многих объективных факторов: возраста при дебюте заболевания, клинических особенностей депрессивных и гипоманиакальных фаз, в том числе выраженности акцессорной (неаффективной) симптоматики, возникновения или отсутствия в клинической картине болезни острых полиморфных состояний психотического уровня, своевременности начала психотропного лечения, времени введения превентивной терапии и пр.

При длительном динамическом наблюдении больных шизофренией с депрессивным дебютом в детском возрасте приходится наблюдать чрезвычайно разное оформление дефекта с неожиданным выходом из активного периода течения болезни. Так, при относительно мягком течении заболевания в плане психотической симптоматики и отсутствии искажения развития больные нередко полностью теряют дружеские связи, ограничивая контакты только некоторыми членами семьи, ведут полностью изолированный образ жизни, не выходят из дома, не передвигаются самостоятельно по городу, не учатся, не работают, не помогают по дому, совершенно несамостоятельны, теряют познавательные интересы, часто постепенно погружаясь в компьютерную зависимость. При этом эмоциональные изменения по типу психестетической пропорции порой выражаются в тяжелых формах психопатоподобного дефекта с агрессивностью, жестокостью, грубостью, цинизмом, депотичностью («домашние тираны»). В то же время другие больные, несмотря на более тяжелое безремиссионное течение с кататоническими, псевдогаллюцинаторными и бредовыми вкраплениями, искаженным развитием и присутствием резидуальной психопатологической симптоматики по выходе из активного периода болезни, продолжают активный образ жизни: заканчивают школу, поступают в колледж или вуз, активно ездят по городу, посещают реабилитационные центры, участвуют в спектаклях, лето проводят в лагере, радуются общению. Во многих случаях они сохраняют теплую привязанность к родным, особенно к братьям и сестрам, достаточно самостоятельны, могут не только обслужить себя, но и позаботиться о других.

Такие «парадоксы» невозможно объяснить только течением эндогенного процесса. Предварительный анализ показывает, что на формирование специфического шизофренического дефекта у детей с дебютом заболевания в детском возрасте, в особенности на эмоциональный компонент измененной болезнью личности и социальную активность, несомненно, влияют условия жизни больного в период его взросления. Важнейшими экзогенными факторами, влияющими на оформление дефекта и качество жизни больного, по-видимому, являются: условия школьного обучения (класс, инклюзивный класс, надомное обучение, экстернат, домашнее обучение), дополнительное образование (кружки, спортивные секции, путешествия, посещение музеев и театров, оздоровительные лагеря, отдых, организованный коррекционно-реабилитационными центрами и т. п.), своевременность и адекватный выбор психотерапии (индивидуальной, групповой, семейной, игротерапии, арт-терапии), особенности семьи в отношении не столько ее финансового положения, сколько условий воспитания, взаимоотношения родителей, эмоционального принятия ребенка и единообразия стиля воспитания со стороны

всех членов семьи. При этом определенно неблагоприятными факторами в этом отношении являются вседозволенность, гиперопека, чрезмерные финансовые поощрения, стремление защитить от внешних влияний, в том числе и от контакта с детьми, смены школ в поисках наиболее комфортных условий, неправомерное домашнее обучение, открыто высказываемое родителями недовольство окружением и «поиск врагов». Все это является сугубо предварительными данными, нуждающимися в тщательном анализе с учетом множества клинических и социальных факторов.

Заключение. Депрессивная манифестация циркулярной шизофрении (шизоаффективного расстройства, смешанного типа, F25.3 по МКБ-10, адаптированный отечественный вариант) в подавляющем большинстве случаев «провоцируется» экзогенной вредностью, преимущественно психотравмирующего характера, с той или иной возрастной спецификой. Яркое звучание психогенных переживаний в дебюте заболевания создает значительные трудности для адекватной диагностики психоза и, соответственно, адекватной лечебно-коррекционной тактики. При этом важно иметь в виду, что перечисленные выше экзогенные факторы могут присутствовать в жизни каждого ребенка и в раннем, дошкольном, и в школьном возрасте (соматические заболевания, госпитализация, отделение от матери при помещении в детское учреждение, неудачи в учебе, конфликты с одноклассниками и т. п.), но, очевидно, способны вызывать клинически выраженные депрессивные состояния только у детей с особым конституциональным складом и/или наследственной отягощенностью эндогенными заболеваниями. Последующее течение прогрессивного аффективного психоза все менее зависит от внешних факторов и все более подчиняется закономерностям эндогенного заболевания с постепенным формированием характерной личностной дефицитарности, причем глубина дефицита и степени социальной дизадаптации зависит не только от эффективности собственно лечебно-коррекционных мероприятий, но и от активности социотерапевтических подходов, способствующих сглаживанию проявлений аутистических и эмоциональных дефицитарных расстройств и улучшению социализации больных, особенно на этапах редуцирования психопатологических экзacerbаций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вроно М.Ш. Некоторые особенности депрессивных состояний у детей при шизофрении // Научно-практическая конференция по детской психоневрологии. – М., 1973. – С. 28-29.
2. Гребельская Е.С. К клинике ранних детских шизофрений // Вопросы психоневрологии детей и подростков. – М.: Гос. Мед. Издат., 1934. – С. 71-88.
3. Данилова Л.Ю. Психопатологические особенности циклотимоподобных депрессивных состояний при малопрогрессирующей шизофрении в препубертатном и пубертатном возрасте // Ж. невропатол. и психиат. – 1985. - Т. 85, в. 10. – С. 1521-1526.
4. Консторум С.И. Несколько замечаний о понятии провокация в психиатрии // Психиатрия.- 2010. - № 6(48). – С. 65-70.
5. Кудрявцева В.П. Психическая травма в анамнезе детей, больных шизофренией, и ее отражение в клинической картине // Шизофрения у детей и подростков. – М., Медгиз, 1959. – С. 53-66.
6. Лапидес М.И. Клинико-психопатологические особенности депрессивных состояний у детей и подростков // Вопросы детской психиатрии. - М., 1940. – С. 39-70.
7. Личко А.Е., Озерецковский С.Д. Особенности клиники и течения шизоаф-

фективных психозов у подростков // Ж. невропатол. и психиат. – 1980. - Т. 80, в. 10. – С. 1524-1528.

8. Мамцева В.А., Сосюкало О.Д. Глава XVII. Шизофрения // В.В. Ковалев. Психиатрия детского возраста. – М.: Медицина, 1995. – С. 425-466.

9. Морозов Г.В. Влияние психогенного фактора на клиническую картину и течение шизофрении // Ж. невропатол. и психиат.. – 1980.- Т. 75, в. 9. – С. 1361-1365.

10. Назимова С.В., Баранов П.А. Психопатологическая структура приступов шизофрении, формирующихся в условиях экзогенного воздействия // Современная терапия в психиатрии и неврологии. – 2013. — № 2. — С. 5–9.

11. Нутенко Э.А. К вопросу о влиянии психических травм на возникновение и течение шизофрении // Труды 4-го Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров. – М., 1965. – Т. I. - С. 278-282.

12. Оудсхоорн Д.Н. Детская и подростковая психиатрия / Перевод с нидерландского Е.Г. Можаяевой, Л. Мейлор. – М.: Приложение к журналу «Социальная и клиническая психиатрия, 1993. – 319 с.

13. Рохлин Л.Л. Вопросы соотношений психогении и шизофрении // Ж. невропатол. и психиат. – 1952. - Т. 52, в. 5. – С. 26-30.

14. Семке А.В., Мальцева Ю.Л. Шизофрения, сочетанная с соматической патологией: клинические, адаптационные и реабилитационные аспекты // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. - 2009. – № 3. – С. 42–44.

15. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. – М.: Медгиз, 1955. – Т. I. - С. 360-456.

16. Фелинская Н.И. О роли психогенных факторов в развитии шизофрении // Проблемы клиники, судебно-психиатрической экспертизы, патофизиологии и иммунологии шизофрении. – М., 1964. – В. 15, № 3. – С. 214-226.

17. Фридман Б.Д. Основные вопросы построения мягкой формы шизофрении // Советская невропатол., психиат. и психогигиена. – 1934. – Т. 3, № 5. – С. 14-25.

1. Vrono M.Sh. Nekotorye osobennosti depressivnyh sostojanij u detej pri shizofrenii // Nauchno-prakticheskaja konferencija po detskoj psihonevrologii. – М., 1973. – С. 28-29.

2. Grebel'skaja E.S. K klinike rannih detskih shizofrenij // Voprosy psihonevrologii detej i podrostkov. – М.: Gos. Med. Izdat., 1934. – С. 71-88.

3. Danilova L.Ju. Psihopatologicheskie osobennosti ciklotimopodobnyh depressivnyh sostojanij pri maloproгредиентnoj shizofrenii v prepubertatnom i pubertatnom vozraste // Zh. nevropatol. i psihiat. – 1985. - Т. 85, в. 10. – С. 1521-1526.

4. Konstorum S.I. Neskol'ko zamechanij o ponjatii provokacija v psihiatrii // Psihiatrija.- 2010. - № 6(48). – С. 65-70.

5. Kudrjavceva V.P. Psihicheskaja travma v anamneze detej, bol'nyh shizofrenij, i ee otrazhenie v klinicheskoi kartine // Shizofrenija u detej i podrostkov. – М., Medgiz, 1959. – С. 53-66.

6. Lapidés M.I. Kliniko-psihopatologicheskie osobennosti depressivnyh sostojanij u detej i podrostkov // Voprosy detskoj psihiatrii. - М., 1940. – С. 39-70.

7. Lichko A.E., Ozereckovskij S.D. Osobennosti kliniki i techenija shizoaffektivnyh psihozov u podrostkov // Zh. nevropatol. i psihiat. – 1980. - Т. 80, в. 10. – С. 1524-1528.

8. Mamceva V.A., Sosjukalo O.D. Glava XVII. Shizofrenija // V.V. Kovalev. Psihiatrija detskogo vozrasta. – М.: Medicina, 1995. – С. 425-466.

9. Morozov G.V. Vlijanie psihogennoho faktora na klinicheskiju kartinu i techenie shizofrenii // Zh. nevropatol. i psihiat.. – 1980.- Т. 75, в. 9. – С. 1361-1365.

10. Nazimova S.V., Baranov P.A. Psihopatologicheskaja struktura pristupov shizofrenii, formirujushhihsja v uslovijah jekzogenogo vozdejstvija // *Sovremennaja terapija v psihiatrii i nevrologii*. – 2013. — № 2. — S. 5–9.
11. Nutenko Je.A. K voprosu o vlijanii psihicheskikh travm na vozniknovenie i techenie shizofrenii // *Trudy 4-go Vsesojuznogo s#ezda nevropatologov i psihatrov*. – M., 1965. – T.I. - S. 278-282.
12. Oudshoorn D.N. Detskaja i podroshkovaja psihatrija / Perevod s niderlandskogo E.G. Mozhaevoj, L. Mejlora. – M.: Prilozhenie k zhurnal «Social'naja i klinicheskaja psihatrija, 1993. – 319 s.
13. Rohlin L.L. Voprosy sootnoshenij psihogenij i shizofrenii // *Zh. nevropatol. i psihat*. – 1952. - T. 52, v. 5. – S. 26-30.
14. Semke A.V., Mal'ceva Ju.L. Shizofrenija, sochetannaja s somaticheskoy patologiej: klinicheskie, adaptacionnye i reabilitacionnye aspekty // *Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii*. - 2009. – № 3. – S. 42–44.
15. Suhareva G.E. Klinicheskie lekicii po psihiatrii detskogo vozrasta. – M.: Medgiz, 1955. – T. I. - S. 360-456.
16. Felinskaja N.I. O roli psihogennykh faktorov v razvitii shizofrenii // *Problemy kliniki, sudebno-psihiatricheskoy jekspertizy, patofiziologii i immunologii shizofrenii*. – M., 1964. – V. 15, № 3. – S. 214-226.
17. Fridman B.D. Osnovnye voprosy postroenija mjagkoj formy shizofrenii // *Sovetskaja nevropatol., psihat. i psihogigiena*. – 1934. – T. 3, № 5. – S. 14-25.
18. Annell A.-L. Depressive States in Childhood and Adolescence // *Depressive States in Childhood and Adolescence*. – Stockholm, 1972. – P. 11-15.
19. Davis J.A. Depression in childhood (letter) // *Lancet*. – 1984. – V. 2, № 8393. – P. 45.
20. Huber G., Gross G., Schüttler R. Schizophrenie. Eine Verlaufs- und sozialpsychiatrische Langzeitstudie. — Springer, 1979. – 399 S.
21. Nissen G. Larvierte Depressions bei Kindern // *Acta paedopsychiat*. – 1975. – V. 41, № 6. – P. 235-241.

N.M. Iovchuk, A.A. Severnyy

**THE ROLE OF EXOGENY IN DEBUT AND COURSE
OF CIRCULAR SCHIZOPHRENIA IN CHILDHOOD AND ADOLESCENCE
Research Center of Mental Health, Moscow State University of Psychology &
Education (Moscow).**

Summary. According to the clinical and psychopathological prospective study of 162 cases of schizophrenia, manifest in childhood and adolescence by depressive attack, shows the high importance of exogenous factors in provoking of the first acute psychotic episode and the role of exogenous factors in the subsequent course of the disease, occurs predominantly with bipolar affective mono- and bipolar attacks with formation of specific personality disorders. Stressed the necessity of the earliest possible adequate diagnosis for the effective treatment and correctional care to patients.

Keywords: child schizophrenia, exogenous factors, affective debut.

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С ДЕПРЕССИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Омский государственный медицинский университет (Омск).

Резюме. В статье рассмотрены особенности раннего развития ребенка имеющего депрессивные расстройства эндогенной, невротической, органической природы, а так же умственной отсталости. Представлены клинически дифференцированные варианты дизонтогенеза раннего развития ребенка на основании изучения базисных взаимосвязанных структурных компонентов: психического (психологического), психофизиологического и психосоциального функционирования. Описаны особенности социального развития ребенка, ориентированного по следующим направлениям: семейное окружение, детские дошкольные учреждения и школа.

Ключевые слова: дети, депрессивные расстройства, дизонтогенез, социальное развитие.

Психическое развитие детей происходит неравномерно, однако в определенные периоды оно становится еще и дисгармоничным, когда формирование одних функций отстает от других или их опережает [5, 10]. По мнению детских психиатров, в детско-подростковой психиатрии понятие о динамике приобретает особый смысл [2, 7, 8]. Речь при этом идет не только о клиническом становлении того или иного патологического состояния, но и о том, что любое психическое заболевание протекает на фоне продолжающегося психобиологического развития, которое, с одной стороны, нарушается под влиянием болезненного процесса, а с другой – определяет ресурсы реагирующей психики, влияя на клиническое оформление психопатологического состояния. Учение о патологической почве в детской психиатрии тесно связано с понятием дизонтогенеза [9]. «Психический дизонтогенез» может проявляться общей или парциальной акселерацией (ускорением развития), ретардацией (отставанием), асинхронией (сочетанием ускорения развития одних функций, систем или компонентов личности и задержкой развития других), регрессом (оживлением форм реагирования и функционирования, нормальных для более раннего возраста, но архаичных для настоящего возраста ребенка), также в нарушении соотношения компонентов развивающейся психики ребенка [6]. Чем меньше ребенок, тем большую роль в качестве причин психических нарушений играют биологические факторы (генетические, инфекционные, иммунологические, токсические, метаболические и др.), которые вызывают сравнительно узкий диапазон форм психической патологии (олигофрении, задержки психического развития, резидуально-органические расстройства и др.) [3]. С возрастом увеличивается роль социально-психологических факторов, что ведет к росту заболеваемости реактивными состояниями, депрессиями, неврозами, психогенными патологическими формированиями личности, психосоматическими расстройствами [4].

Целью исследования являлось изучение особенностей развития детей с диагностированными депрессивными нарушениями в возрасте 6-14 лет.

Объектом исследования послужили особенности развития 341 ребенка, находящегося на госпитализации в детских отделениях БУЗ ОО Клинической психиатрической больницы им. Н.Н. Солодникова с диагностированным депрессивным расстройством. Диагностика проводилась по критериям DSM-IV с последующей квалификацией по МКБ-10 и подтверждалась двумя

валидизированными шкалами, рекомендованными в детской практике: Child Depression Inventory – CDI [12] и госпитальной шкалой депрессии Гамильтона. В исследовательской группе преобладали депрессивные расстройства невротической природы (119 детей - 34,9%), нозологическая принадлежность депрессии определена как расстройство адаптации преимущественно депрессивного спектра (F43) и депрессивное расстройство поведения (F92). Депрессии органической природы выявлены у 110 пациентов (32,3%), нозологическая принадлежность расстройства определялась как органическое эмоционально-лабильное расстройство (F06.6) и органическое расстройства личности (F07.0). Депрессии на фоне умственной отсталости определены у 48 детей (14,1%). Депрессивное расстройство на фоне шизофрении диагностировано у 64 пациентов (18,7%) и квалифицировалось как шизофрения детский тип (F20.8), шизотипическое расстройство (F21) и шизоаффективное расстройство (F25).

Изучение особенностей развития ребенка проводилось на основании тщательного изучения особенностей развития ребенка по данным медицинской документации и со слов родителей. Рассматривались основные параметры развития инстинктивной, эмоциональной сферы, статистических функций, речи, игровой деятельности, становления навыков поведения, взаимоотношений с родными. Для изучения особенностей воспитательного подхода применялся опросник: Анализ семейных взаимоотношений [11]. Оценка влияния выявленного депрессивного синдрома на социализацию ребенка проводилась с использованием шкалы социальной компетенции Долла (VSMS) [1]. Описание дизонтогенеза детей с депрессивными расстройствами проводилось на основании анализа клиники и динамики количественных составляющих и раскрытия качественных (структурных) компонентов нарушенного (искаженного, диспропорционального и др.) развития, что позволило структурировать модели при различных нозологических вариантах депрессивного синдрома. С позиции клинко-психологического метода модель нормального развития представлена в статике (рассматривалась как *целостное синхронизированное состояние*), отражающее гармоничность нормального развития. В соответствии с онтогенетическим единством гармоничное развитие ребенка представлено шестью базисными взаимосвязанными структурными компонентами психического (психологического), психофизиологического и психосоциального функционирования. Среди этих компонентов выделены: *когнитивный* (гностический, познавательный, интеллектуальный), *аффективный* (эмоциональный), *волевой* и *поведенческий* (регулятивный) – психологические компоненты психического развития, а также *соматофизический* (соматоэндокринный) – психофизический и *сексуальный* – психосексуальный компоненты развития [5]. В нашем случае физический компонент включал в себя и соматофизические и психосексуальные компоненты развития. Клинико-динамическая модель нормального психического развития представляет собой гармоничную структуру, состоящую из пяти компонентов, отображенных в трех возрастных интервалах (первый криз в 2–3 года, второй – в 5–7 лет, третий – в 12–14 лет (негативная стадия пубертатного криза)).

В результате проведения клинического сопоставления выявлены варианты дизонтогенеза, типологизированные в зависимости от нозологической принадлежности психического расстройства.

Особенности дизонтогенеза детей при депрессивных нарушениях эндогенного спектра.

Первый вариант дизонтогенеза (62,5% детей) характеризовался «расслоением», замедленным формированием и изменением нормального темпа развития на

всех этапах развития личности. На этапе первого криза отмечались задержка в формировании структур когнитивного и волевого компонентов, диссоциативное формирование эмоционального и поведенческого компонентов и нормальное физическое развитие. Замедленное формирование структуры когнитивного компонента определялось некоторым отставанием от сверстников в моторном развитии и формировании фразовой речи. Замедление формирования волевого компонента проявлялось легкой моторной заторможенностью, задержкой развития навыков опрятности. Изменение эмоционального и поведенческого компонентов проявилось малой двигательной активностью, сниженной эмоциональной реакцией на развлекательные или отвлекающие мероприятия. На этапе второго криза отмечалось ускорение формирования когнитивного компонента с усилением волевого, снижением и структурным изменением в аффективном и поведенческом компонентах с некоторым отставанием в физическом развитии. Усиление формирования когнитивного компонента проявлялось ранним интеллектуальным развитием ребенка. Усиление волевого компонента носило парциальный характер: дети проявляли несвойственную им настойчивость в интересующих делах и обычную в остальных. Структурное изменение поведенческого и аффективного компонентов проявлялось изменением структуры и формы социализации. Дети неохотно общались с окружающими детьми. На этапе третьего криза происходила тотальная асинхрония развития с незначительной задержкой когнитивного компонента, связанного с парциальностью интересов, нормальными темпами физического развития и выраженной асинхронией аффективного, волевого и поведенческого компонентов. Нарушение развития указанных компонентов проявлялось трудностями адаптации в детском коллективе, налаживания социальных связей.

Второй вариант дизонтогенеза (37,5% детей) характеризовался нормальными темпами развития в раннем детстве с усилением формирования и изменением нормального темпа развития в младшем школьном и предподростковом возрасте. На этапе первого криза не выявлено нарушений в процессе онтогенеза. На этапе второго криза, происходило ускорение развития когнитивного компонента. Волевой и физический компоненты развивались соответственно возрастным нормам. Однако в аффективной и поведенческой сфере происходила асинхрония развития, проявляющаяся в ограничении социальных контактов, изменении развития высших эмоциональных реакций. На этапе третьего криза проявлялась выраженное «расслоение» и замедление нормального темпа развития в виде асинхронии аффективной, волевой и поведенческой составляющих нормального развития, сходной с первым вариантом дизонтогенеза детей с депрессивным расстройством на фоне шизофрении.

Особенности дизонтогенеза детей с невротическими депрессивными нарушениями.

Изучение особенностей развития детей с невротическими депрессивными расстройствами показало, что у 77,3% (n=92) обследуемых нарушений развития не выявлено. Дизонтогенез определялся у 27 детей (22,7%) и характеризовался нарушением развития на втором этапе возрастного криза с асинхронией развития аффективного компонента, проявляющегося в чрезмерной эмоциональности (дружелюбии, жалостливости, некоторой замкнутости). На этапе третьего криза дизонтогенез развития проявлялся задержкой формирования волевого компонента и асинхронией развития аффективного и поведенческого компонентов. Задержка формирования волевого компонента проявлялась в снижении познавательной активности ребенка, слабой волевой активности в школьной и домашней обстанов-

ке. Асинхрония аффективного и поведенческого компонента проявлялась в затруднении налаживания социальных связей, боязливостью, мнительностью, замкнутостью.

Особенности дизонтогенеза детей с депрессивным синдромом при умственной отсталости.

Особенности дизонтогенеза проявлялись недоразвитием всех основных компонентов нормального онтогенеза, однако наличие депрессивной симптоматики определило дополнительную асинхронизацию отдельных составляющих. Выявлены две основные формы нарушенного развития.

Первый вариант дизонтогенеза выявлен у 16 детей (33,3%) и характеризовался замедленным темпом образования всех компонентов развития ребенка с изменением отдельных составляющих компонентов. Этап первого возрастного криза характеризовался отставанием всех компонентов нормального онтогенеза развития. На этапе второго возрастного криза происходило расслоение когнитивного, аффективного, волевого и физического компонентов с преобладающей задержкой интеллектуального развития и снижением волевой активности ребенка. Асинхрония поведенческого компонента проявлялась в задержке расширения контактов со сверстниками. Третий этап развития ребенка характеризовался выраженным «расслоением» аффективного и поведенческого компонентов развития с характерной задержкой когнитивной и волевой активности и незначительным физическим недоразвитием. Асинхрония аффективного и поведенческого компонентов проявлялась снижением адаптационных возможностей в детской среде, в домашних условиях – бездеятельностью.

Второй вариант дизонтогенеза выявлен у 22 детей (45,8%) и характеризовался не только замедленным темпом образования всех компонентов развития, но и изменением отдельных составляющих с начала первого возрастного криза. В данном варианте дизонтогенеза первый этап возрастного криза характеризовался отставанием всех компонентов нормального развития, свойственным всем детям с умственной отсталостью и асинхронией аффективного компонента, проявляющегося раздражительностью, капризностью. На этапе второго возрастного криза развитие когнитивного и волевого компонентов соответствовало основному диагнозу – умственной отсталости. Физическое недоразвитие было незначительно. Поведенческий компонент был развит и характеризовался достаточно высокой социальной активностью ребенка. На этом фоне выявлена неравномерность развития эмоциональной сферы: дети были боязливыми, капризными. Третий возрастной криз протекал сходно с первым вариантом течения дизонтогенеза детей с депрессивным синдромом на фоне умственной отсталости.

Особенности дизонтогенеза детей с органическими депрессивными расстройствами.

Выявлено нарушение нормально текущего онтогенеза у 58,2% (n=64) обследуемых. Сравнивая становление основных компонентов нормально текущего онтогенеза, выявлены две формы дизонтогенеза.

Первый вариант выявлен у 29 детей (45,3%), характеризовался задержкой становления когнитивных и волевых компонентов с асинхронией развития аффективных, волевых и поведенческих составляющих на всех этапах развития личности. Этап первого возрастного криза протекал с задержкой становления моторно-статических функций и формирования речевых навыков, асинхронией и задержкой поведенческого компонента в виде чрезмерной плаксивости, капризности, вялости и малой активности, характерной для детей младшего возраста. Изменение

аффективного компонента развития проявлялось неврозоподобной симптоматикой с нарушением сна и аппетита. Данный вариант дизонтогенеза отражался в синдроме «органической невропатии». На втором этапе отмечалась ретардация всех компонентов онтогенеза с изменением нормального варианта течения аффективного, волевого и поведенческого компонентов, проявляющегося в снижении социальной активности ребенка, малообщительности, боязливости. Этап третьего возрастного криза характеризовался выраженным снижением когнитивного компонента, проявляющимся в затруднении усвоения школьной программы с сохранением асинхронии аффективного, волевого и поведенческого компонентов, приобретающих более развернутые формы.

Второй вариант дизонтогенеза выявлен у 35 детей (54,7%), характеризовался относительно гармоничным развитием на этапе первого криза; появлением асинхронии аффективного и поведенческого компонентов на этапе второго; снижением когнитивного компонента, изменением волевого и поведенческого на этапе третьего возрастного криза. Второй криз характеризовался достаточно нормальным развитием когнитивного, аффективного и физического компонентов с появлением асинхронии развития волевого и поведенческого компонентов. Дети были раздражительны, конфликтны; при этом проявляли стремление занимать лидирующие позиции. На этапе третьего криза происходило выраженное структурное изменение компонентов развития с ретардацией когнитивного и волевого компонентов и асинхронией волевого и поведенческого; ускорением темпа развития поведенческого компонента: снижение интеллектуального развития ребенка с выраженным снижением и изменением волевой активности (трудности в освоении школьной программы с отказом от посещения образовательных учреждений и стремлением примкнуть к подростковым асоциальным группам). Параллельно происходило усиление социализации ребенка с появлением паттернов поведения, свойственных подростковому возрасту.

Изучение социального развития детей с депрессивным синдромом проводилось по следующим основным направлениям. Семейное окружение: 1) структура семьи (наличие обоих родителей, прародителей; усыновителей; органов социальной опеки); 2) психологический климат в семье (наличие эмоциональной привязанности к ребенку, отношения между родственниками); 3) патологизирующие формы воспитания; 4) образовательный и общекультурный уровень семьи. Детские дошкольные учреждения: 5) посещение ДДУ; 6) возраст начала посещения ДДУ; 7) адаптация ребенка в ДДУ (игровая деятельность, наличие дружеских отношений со сверстниками, предпочтительный круг общения). Школа: 8) возраст начала посещения школы; 9) адекватность программы интеллектуальному развитию ребенка; 10) способности усвоения школьной программы; 11) адаптация ребенка в среде сверстников.

Выявлено, что на всех этапах развития присутствовали выраженные нарушения социализации. На ранних этапах развития присутствовали изменение микроклимата, эмоциональных отношений и структуры семьи: только 38,4% детей воспитывались в полных семьях, нормальный психологический климат в семье ребенка выявлен только у 18,8% обследованных, в остальных случаях (81,2%) отношения между родителями оценивались как условно благополучные, конфликтные или эмоционально отверженные. Патологизирующие формы воспитания отмечены у 66,3% обследованных. При этом нарушение эмоционального контакта с ребенком в виде эмоционального отвержения выявлено в 60,8%, дисбаланс эмоциональной привязанности между несколькими детьми или полное отвержение ребенка родите-

лями с передачей его усыновителям или в детские дома у 14,1%. Социальное развитие ребенка на этапе становления социальной активности и определения места в социальных институтах сверстников, также нарушено. 36,4% детей не посещали ДДУ, при этом 50% детей начинали посещать детские сады в возрасте младше 2 лет или старше 5 лет. Среди детей, посещавших ДДУ, 29,3% испытывали трудности в общении со сверстниками, отмечались нарушения игровой деятельности, изоляция от социального круга. На третьем этапе развития сохранялись нарушения: 21,9% детей начинали посещать школу в возрасте старше 8 лет, у 26,3% образовательная программа не соответствовала интеллектуальному развитию ребенка, у 20,5% детей отмечались выраженные проблемы, связанные с освоением программного материала, и 26,9% испытывали трудности адаптации в школе.

Рассматривая социальное развитие детей с **депрессией на фоне шизофрении**, выявлено, что нарушение нормального развития ребенка затрагивает в большей степени этап раннего развития (семейное окружение). Так, 56,3% детей воспитывались в неполных семьях или в семьях с измененной структурой (опекунами, усыновителями). В 57,3% семей отмечалось нарушение психологического климата, отношения родителей отличались неблагополучностью, эмоциональным отвержением (в семье часты ссоры, скандалы). Дети данной группы в большей части посещали ДДУ (61,9%), однако социальная активность была изменена, и у 42,1% детей выявлены выраженные нарушения адаптации. В целом дети вовремя начинали посещать школу, однако 24,9%, в силу активного интеллектуального развития, начинали посещать школу с 6-летнего возраста. Не испытывали интереса к учебе 10,9% детей, так как интеллектуально опережали сверстников, что влияло на адаптацию в школе, и 26,5% имели затруднение в социальном общении.

Особенности социального развития детей с **органическими депрессивными расстройствами**. На этапах раннего развития отмечались выраженные изменения психологического климата в семье, только у 24,5% обследованных детей, в отношении в семье носили характер эмоциональной привязанности, вследствие чего только у 49,1% детей воспитание носило относительно гармоничный характер. Измененная структура семьи отмечена у 36,3% обследованных, однако в этой группе 28,1% воспитывались одним родителем (матерями оформившими развод с отцами детей), вследствие чего у 41,8% отмечались выраженные эмоциональные нарушения между родителями. Эти нарушенные отношения откладывали отпечатки на раннее социальное развитие детей. Большая часть детей (70,1%) посещали ДДУ, однако 45,4% детей, из-за социальных проблем, вынуждены были посещать детские сады в возрасте младше 3-х лет, при этом 45,4% испытывали трудности в адаптации. Дети начинали посещать школу несколько позже возраста составляющего норму, 23,6% в возрасте старше 8 лет. При этом только малая часть детей этой группы испытывала трудности в усвоении школьной программы (28,1%) и адаптации в школьной среде (28,1%), кроме того, дети стремились занимать лидирующие позиции и неуспехи в этом, часто приводило к конфликтным отношениям со сверстниками.

Особенности социального развития детей с **депрессивными расстройствами настроения на фоне умственной отсталости** характеризовалось ретардацией всех моментов нормального онтогенеза, на всех этапах развития ребенка. В возрасте до 3х лет дети воспитывались в семьях где родители имели низкий культурный и образовательный уровень. Так только 50% родителей имели среднее специальное образование, при этом 50% детей воспитывались в семьях с измененной структурой. Относительно гармоничный тип воспитания выявлен только 31,3%

семей, при этом преобладающим типом неправильного воспитания являлось воспитание по типу безнадзорности (27,1%). Большое количество нарушений выявлено на этапе посещения детских дошкольных учреждений. Только 58,3% детей посещали детский сад, из них в возрасте старше 5 лет – 52,1%, однако среди них только 28,1% имели трудности социальной адаптации в коллективе, связанные с общим интеллектуальным недоразвитием. На этапе школьного обучения 49,8% детей начинали посещать школу в возрасте старше 8 лет и у 34,4% образовательная программа не соответствовала интеллектуальному развитию. Большая часть детей (60,4%) испытывала трудности в освоении школьной программы и адаптации в среде сверстников (71,8%).

Нарушение социального развития у детей с **невротическим депрессивным расстройством** характеризовалось значительными нарушениями на этапе ранней социализации ребенка (до 3 лет), связанными с ближайшим семейным окружением. В семьях отмечались значительные изменения психологического климата (89,1%), нарушения эмоциональных связей между родителями (68,9%) и патологизирующие формы воспитания (76,5%), среди которых чаще отмечалось воспитание по типу «кумира семьи» (23,5%). Однако по мере взросления происходило плавное выравнивание социальной активности ребенка с максимальным приближением к нормальному на этапе школьного возраста.

Выявленные признаки нарушения социального развития детей с депрессивными нарушениями диктуют необходимость определения социального возраста ребенка. Социальная компетентность может быть определена как способность ребенка к обеспечению личной независимости и социальной ответственности и может быть измерена в возрастной динамике на основании генетически обусловленного созревания человека, что диагностируется соответствующими возрасту психосоциальными тестами – параграфами. Индивидуальный статус в сфере социальной компетентности может быть представлен в числовом и описательном выражениях и охарактеризован по отношению к установленным в данном месте и в данное время нормам психосоциальной зрелости.

Для детей с **депрессивными расстройствами на фоне шизофрении** в возрастные периоды 8–9 лет характерно опережение хронологического возраста за счет самостоятельности, занятости, коммуникации. Таким образом, на данном возрастном этапе социальный коэффициент составлял 1,04 и 1,02 балла, составил 104% и 102% от нормы социальной зрелости. С десятилетнего возраста происходит плавное снижение социализации ребенка (0,93; 0,83; 0,85; 0,74; 0,79) за счет снижения навыков общего самообслуживания, самостоятельности, коммуникации и локомоции. Следовательно, для 10-летнего возраста социальная зрелость составила 93%, одиннадцати лет – 83%, двенадцати – 85%, тринадцати – 74%, четырнадцати – 79%.

Для детей с **депрессивными расстройствами на фоне умственной отсталости**, характерна значительная задержка социализации на всех возрастных этапах с преимущественным снижением с началом обучения в школе (7 лет – 0,71) и по мере взросления (0,8; 0,77; 0,74; 0,76; 0,73; 0,71) по следующим категориям социализации: общее самообслуживание, занятость, коммуникация, самостоятельность, социализация. Следовательно, в 7-летнем возрасте и в 14 лет социализация ребенка составила 71% от нормы. Для детей 9-летнего возраста социальная зрелость составила 80%, 10-летнего – 77%, 11 лет – 74%, 12-и – 76%, 13-и – 73%.

У детей с **органическими депрессиями** отмечалось незначительное отставание социального возраста от хронологического в возрасте до 10 лет (0,91) пре-

имущественно за счет снижения локомоции, самостоятельности, самостоятельности и составляло 91% социальной зрелости. С 11-летнего возраста происходило резкое снижение социальной компетентности ребенка (0,83; 0,88; 0,83; 0,85) за счет нарушения самостоятельности, занятости, коммуникации. Социальная зрелость составляла 83% для 11-летних детей, 88% для 12-летних, 83% для 13-летних и 85% для 14-летних.

У детей с **невротической депрессией** выявлено незначительное снижение социального возраста в сравнении с хронологическим (0,95; 0,91; 0,93; 0,93; 0,90; 0,94; 0,92; 0,92) за счет снижения социализации и коммуникации. Социальная зрелость этих детей составила в возрасте 6 лет 100%, 7 лет 95%, 8 лет 91%, 9 лет 93%, 10 лет 93%, 11 лет 90%, 12 лет 94%, 13 лет 92% и 14 лет 92%.

Таким образом, исследование показало, что формированию депрессивного нарушения в детском возрасте предшествует длительное дисгармоничное психофизиологическое состояние, имеющее определенное значение в оформлении клинического феномена и являющееся основополагающей мишенью превенции психических нарушений.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Гордеев В.И., Александрович Ю.С. Качество жизни (QOL): новый инструмент оценки развития детей. – СПб.: Речь, 2001. – 200 с.
2. Гурьева В.А.//Проблемы современной подростковой психиатрии / Под ред. Т.Б. Дмитриевой. – М., 2001. – С. 8–15
3. Баранов А.А., Маслова О.И., Намазова-Баранова Л.С. Онтогенез нейрокognитивного развития детей и подростков // Вестник Российской академии медицинских наук. – 2012. - № 8. – С. 26-33
4. Буторин Г.Г., Буторина Н.Е., Калинина Н.В. Семиология нарушений аффективного уровня развития в контексте невропатии детско-подросткового возраста //Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2015. - № 3 (88). – С.71-75.
5. Клиническая и судебная подростковая психиатрия / В.А. Гурьева, Т.Б. Дмитриева, Е.В. Макушкин и др.; Под ред. В.А. Гурьевой. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007. – 488 с.
6. Макушкин Е.В. Клинико-эволютивная систематика и судебно-психиатрической значение дизонтогенетических психических расстройств у подростков. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2002. – 52с.
7. Maudsley H. (Маудсли Г.) Физиология и патология души / Пер. с англ. И. Исаина. – СПб.: О.И. Бакст, 1871. - 523 с.
8. Психологический дизонтогенез и психогенные расстройства (детского и подросткового возраста) : науч.-справ. изд. / И.М. Юсупов / под науч. ред. В.Д. Менделевича. - Казань: Отечество, 2005. – 203 с.
9. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. Т. 2. – М.: Медицина, 1959. – 406 с.
- 10.Шевченко Ю.С. Систематика психических расстройств (отечественный взгляд на международную классификацию) // Практическая медицина. – 2009. - № 6(38). – С. 5-12.
- 11.Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. 4-е изд. – СПб.: Питер, 2008. - 627 с.

- 1.Gordeev V.I., Aleksandrovich Ju.S. Kachestvo zhizni (QOL): novyj instrument ocenki razvitiya detej. – SPb.: Rech', 2001. - 200 s.
- 2.Gur'eva V.A.//Problemy sovremennoj podrostkovoj psihiatrii / Pod red. T.B.

Dmitrievoy. – M., 2001. – S. 8–15

3. Baranov A.A., Maslova O.I., Namazova-Baranova L.S. Ontogenez nejrokognitivnogo razvitiya detej i podrostkov // Vestnik Rossijskoj akademii medicinskih nauk. – 2012. - № 8. – S. 26-33

4. Butorin G.G., Butorina N.E., Kalinina N.V. Semiologija narusenij affektivnogo urovnja razvitiya v kontekste nevropatii detsko-podrostkovogo vozrasta // Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii. – 2015. - № 3 (88). – S. 71-75.

5. Klinicheskaja i sudebnaja podrostkovaja psihiatrija / V.A. Gur'eva, T.B. Dmitrieva, E.V. Makushkin i dr.; Pod red. V.A. Gur'evoy. – M.: OOO «Medicinskoe informacionnoe agentstvo», 2007. – 488 s.

6. Makushkin E.V. Kliniko-jevoljutivnaja sistematika i sudebno-psihiatricheskoy znachenie dizontogeneticheskikh psihicheskikh rasstrojstv u podrostkov. Avtoref. dis. ... d-ra med. nauk. – M., 2002. – 52s.

7. Maudsley H. (Maudsli G.) Fiziologija i patologija dushi / Per. s angl. I. Isaina. – SPb.: O.I. Bakst, 1871. - 523 s.

8. Psihologicheskij dizontogenez i psihogennye rasstrojstva (detskogo i podrostkovogo vozrasta) : nauch.-sprav. izd. / I.M. Jusupov / pod nauch. red. V.D. Mendeleвича. - Kazan': Otechestvo, 2005. – 203 s.

9. Suhareva G.E. Klinicheskie lekcii po psihiatrii detskogo vozrasta. T. 2. – M.: Medicina, 1959. – 406 s.

10. Shevchenko Ju.S. Sistematika psihicheskikh rasstrojstv (otekhestvennyj vzgljad na mezhdunarodnuju klassifikaciju) // Prakticheskaja medicina. – 2009. - № 6(38). – S. 5-12.

11. Jejdemiller Je.G., Justickis V. Psihologija i psihoterapija sem'i. 4- e izd. – SPb.: Piter, 2008. - 627 c.

12. Kovacs M. Children's Depression Scale. – Pittsburgh.: University of Pittsburgh School of Medicine, 1979.

T.I. Ivanova

SPECIFIC CHARACTERISTICS OF GROWTH AND DEVELOPMENT OF CHILDREN WITH DEPRESSIVE DISORDERS

Omsk state medical university (Omsk).

Summary. Article deals with the problem of detailed investigation of early period of development for a child having depressive disorders of endogenic, neurotic or organic nature as well as mentally impaired. Several different patterns of dysontogenesis for early development of a child are presented. These patterns were based on mutually connected structural components: psychological, psychophysiological and psychosocial actions. Special properties of social development of a child are classified in respect to family environment, preschool institutions and schools.

Keywords: Children, dysontogenesis, depressive disorders, social development.

СРАВНЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ РАБОТЫ В ЗРИТЕЛЬНОЙ И ТАКТИЛЬНОЙ МОДАЛЬНОСТИ У ДЕТЕЙ С АУТИСТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ РАЗНОГО ГЕНЕЗА

¹ГБОУ СОШ № 1692, ²ФГБНУ Научный центр психического здоровья, ³ФГБОУ ВО Московский государственный психолого-педагогический университет (Москва).

Резюме. Представлены материалы экспериментально-психологического исследования тактильного и зрительного восприятия детей дошкольного возраста с искаженным типом дизонтогенеза (расстройства аутистического спектра). Анализировались сенсорный уровень и гностический уровень. Обследованы 84 ребенка от 4 до 8 лет, представлены 3 группы детей: норма развития 50 чел., варианты аутистических расстройств и аутизм процессуального генеза (F84), по 17 чел. Показана разная степень выраженности дефицитарности исследуемых параметров сенсорного и собственно социально-перцептивного уровня восприятия в сопоставляемых модальностях. Все дети с аутизмом были менее успешны в выполнении заданий по сравнению с контрольной группой.

Ключевые слова дошкольный возраст, расстройства аутистического спектра, зрительное и тактильное восприятие.

Введение. Частота встречаемости расстройств аутистического спектра (РАС) является все возрастающей в последние годы [1, 2, 3, 5, 6, 11]. История изучения особенностей психической деятельности, поведения и адаптации этих детей насчитывает уже более 70 лет, начиная с работ Л. Каннера и Х. Аспергера. Среди работ начала конца 20-го–начала 21-го века устойчиво встречаются работы, посвященные анализу сенсорной чувствительности (ощущения) и особенностей восприятия (гнозиса) в различных модальностях у детей и подростков с РАС. О сенсорной дезинтеграции, нарушениях восприятия пишут многие исследователи [2, 5, 6, 9, 10]. Известны специализированные опросники для родителей с указанием ключевых характеристик сенсорной сферы в разных модальностях у детей с РАС. В частности, внимание уделяется тактильной гипо- и гиперчувствительности, своеобразию реакции на зрительные стимулы [12, 13, 14].

Диагноз РАС - это континуум состояний от высокофункциональных аутистов до глубоко умственно отсталых. В связи с этим интерес представляет сопоставление разных вариантов РАС в одном экспериментальном исследовании. Таких работ относительно немного [3, 7, 9, 10]. Данное исследование представляет собой одну из попыток найти общие черты в модально-специфической деятельности восприятия (и ее сенсорной основе) у детей дошкольного возраста с разными вариантами РАС (атипичный аутизм, инфантильный психоз, синдром Каннера, процессуальный аутизм). Существуют различные исследования зрительного и тактильного восприятия у детей с РАС, но эти исследования носят преимущественно психофизиологический характер, наше же исследование предполагает психологические параметры анализа. Рассматривается своеобразие деятельности зрительного и тактильного восприятия у детей с разными вариантами РАС. Две модальности сопоставляются нами по параметрам сенсорных и социально-перцептивных (гностических) компонентов зрительного и тактильного восприятия и их соотношения.

Цель исследования - выявление особенностей развития сенсорных и социально-перцептивных компонентов зрительного и тактильного восприятия у детей

дошкольного возраста с РАС различного генеза по сравнению с нормативно развивающимися сверстниками.

Гипотезы исследования:

1. При раннем детском аутизме существуют особенности развития процессов зрительного и тактильного восприятия, не типичные для нормативного развития.

2. Уровень реализации сенсорных и социально-перцептивных (гностических) компонентов восприятия имеет связь с различным типом аутизма и различается по модальностям.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 84 ребенка, представлены 3 группы детей в возрасте от 3,1 до 7,7 лет.

1 группа - 17 детей (15 мальчиков и 2 девочки) в возрасте от 4,1 до 7,7 лет с РАС процессуального генеза, проходивших лечение в дневном полустационаре для детей с аутизмом ФГБНУ НЦПЗ и находившихся на фармакотерапии, – экспериментальная группа (ЭГ).

2 группа - 17 детей (10 мальчиков и 7 девочек) в возрасте от 3,1 до 7,2 г с РАС различного генеза, посещающих начальную школу-детский сад компенсирующего вида № 1853, с кем велась коррекционно-развивающая работа по программе заведения – группа сравнения (ГС).

3 группа - 50 психически здоровых детей (22 мальчика и 28 девочек) в возрасте от 3,1 г до 6,8 лет, воспитанники ДООУ № 1815 г. Зеленограда - контрольная группа (КГ).

Методики. Для зрительной модальности: схема нейропсихологического обследования по А.В. Семенович (зрительный гнозис – варианты неполноты-избыточности стимулов, социально-значимые стимулы), фрагментарные изображения Липера [4, 8]. Для тактильной модальности: схема нейропсихологического обследования (соматогнозис) по А.В. Семенович: оценка продуктивности тактильных функций – локализация прикосновения, проба Ферстера и проекция локализации прикосновения; для гностического компонента - волшебный мешочек, тактильные кубики, доска Сегена [8].

Оценка аутизма: адаптированный вариант шкалы М. Pritchard; опросник для определения степени тяжести аутизма – CARS [6].

Результаты. Оценка степени выраженности аутизма (по шкале CARS и М. Pritchard;) показала, что ЭГ и ГС принципиально не различались. В обеих выборках количество детей с тяжелой степенью выраженности аутизма было одинаковым. Однако можно отметить, что среди испытуемых ГС все-таки встречались дети с легкой степенью выраженности аутизма, тогда как в ЭГ такого не было (см. табл. 1).

Таблица 1.

Распределение детей ЭГ и ГС по частоте встречаемости тяжести аутизма (в%)

Степень тяжести аутизма		Мягкая	Умеренная	Тяжелая
Испытуемые	Дети с разными формами аутизма ГС	11,8	29,4	58,8
	Дети с процессуальным аутизмом ЭГ	-	41	59

Ниже, в табл. 2 и табл. 3 представлены материалы по исследованию параметров работы (уровень выполнения заданий) в тактильной (табл. 2) и зрительной модальности (табл. 3) в сопоставляемых группах испытуемых.

Таблица 2.

Сводные данные по тактильной модальности (ЭГ, ГС И КГ) по уровню выполнения заданий (в % встречаемости по группе)

Уровень Параметры		Высокий уровень			Средний уровень			Низкий уровень			Очень низкий уровень		
		КГ	ЭГ	ГС	КГ	ЭГ	ГС	КГ	ЭГ	ГС	КГ	ЭГ	ГС
сенсорный	Локализация прикосновения	30	0	0	70	12	0	0	53	18	0	35	82
	Проба Ферстера	74	0	0	26	0	0	0	65	12	0	35	88
	Проекция локализации прикосновения	46	0	0	54	0	0	0	18	0	0	82	100
гностический	Называние частей тела	34	0	0	58	0	0	8	47	24	0	53	76
	Проба Сегена	24	0	0	62	0	0	14	29	41	0	71	59
	Волшебный мешочек	88	0	0	12	0	0	0	23	29	0	77	71
	Идентификация поверхности	82	0	0	18	0	0	0	17	17	0	83	83

Оценка тактильного восприятия (сенсорный уровень) выявила следующее. Высокий (35%) и средний (35%) уровни оценки точности локализации прикосновения в разных частях тела и с разных сторон имеют только дети КГ. У детей ЭГ отмечался низкий уровень (53%), в ГС преобладал очень низкий уровень выполнения задания (82%). Для большинства детей с аутизмом характерен ярко выраженный негативизм при прикосновении к ним, что вызвало трудности при оценке точности локализации прикосновения. Схожие данные получены при выполнении пробы Ферстера: низкий уровень тактильного восприятия образа имеют 88% в ГС и 65% в ЭГ, в то время как у детей КГ отмечался высокий уровень выполнения задания (88%). Анализ проекции локализации прикосновения выявил очень низкий уровень в ЭГ (82%) и в ГС (100%). Дети отказывались закрывать глаза и даже с открытыми глазами не смогли обозначить точки прикосновения на модели человека, нарисованной в диагностическом альбоме. Распределения параметров тактильных и соматогностических функций у детей КГ, детей ЭГ, детей ГС отличаются друг от друга по критерию χ^2 эмп 477,96, что попало в зону значимости ($p \leq 0,01$). В тактильной модальности дети ЭГ на сенсорном уровне были лучше сверстников из ГС. Для гностического компонента эти различия практически не выражены при выполнении задания на идентификацию поверхностей; дети ГС показывают худшие результаты по параметру «называние частей тела», а дети ЭГ менее успешны в выполнении пробы Сегена. Таким образом, общее отставание от здоровых сверстников у детей с РАС сопровождается и некоторой специфичностью нарушений собственно сенсорного и гностического компонентов тактильной деятельности.

Сходное отставание от здоровых сверстников проявилось у детей с РАС и в зрительной модальности (см. табл. 3). Оценка компонентов зрительного гнозиса выявила следующее. Высокий уровень (70%) распознавания реалистических изображений имеют только дети КГ. Для других видов зрительного восприятия ведущим уровнем выполнения заданий в КГ был средний (от 62% до 86%). У детей ЭГ отмечался низкий и очень низкий уровни (в сумме 83%), в ГС аналогичный показатель был 71% при восприятии обычных стимулов. Восприятие других вариантов стимулов также соответствовало низкому и очень низкому уровню у детей ЭГ и ГС. В целом по распределению параметров зрительного гнозиса сопоставляемые группы достоверно отличаются друг от друга, различия между выборками стати-

стически значимы. Значение χ^2 эмп = 1151,2, что намного больше 32,000 – критической величины для 1%-го уровня значимости. Рассмотрев успешность зрительного гнозиса в условиях стимульной неполноты-избыточности, следует отметить, что для ЭГ и ГС имеются близкие показатели за исключением фигур Липера (в ЭГ есть средний уровень – 29%, в ГС – нет). В социально-перцептивных заданиях более успешны дети ГС, чем дети ЭГ. При этом все результаты детей с РАС значительно ниже показателей здоровых сверстников.

Таблица 3.

Сводные данные по зрительной модальности (ЭГ, ГС и КГ) по уровню выполнения заданий (% встречаемости в группе)

Уровень Параметры		Высокий уровень			Средний уровень			Низкий уровень			Очень низкий уровень		
		КГ	ЭГ	ГС	КГ	ЭГ	ГС	КГ	ЭГ	ГС	КГ	ЭГ	ГС
Обычные стимулы	Восприятие предметных, реалистических изображений	70	0	0	30	18	29	0	47	65	0	36	6
	Цветовой гнозис	36	0	0	64	6	0	0	29	53	0	65	47
Недостаточность/ избыточность	Перечеркнутые изображения	26	0	0	64	0	0	10	41	47	0	59	53
	Фигуры Поппелрейтера	20	0	0	70	0	0	10	41	41		59	59
	Фигуры Липера	32	0	0	64	29	0	4	35	24	0	6/ 29отказ	41/ 35 отказ
	Незавершенные изображения	14	0	0	86	0	0	0	18	0	0	82	100
	Химерные изображения	12	0	0	70	0	0	18	24	29	0	76	71
Социально- перцептив- ные	Лицевой гнозис	24	0	0	62	0	6	14	18	29	0	82	65
	Эмоциональный гнозис	22	0	0	78	0	12	0	6	41	0	94	47
	Сюжетные кар-тинки	20	0	0	72	0	0	8	24	29	0	76	71

Отметим, что для детей с более тяжелой степенью выраженности аутизма в обоих сопоставляемых выборках детей с РАС были получены более низкие результаты для каждой из модальностей, чем для детей со средней степенью выраженности РАС. Своеобразие сенсорного и гностического компонентов в зрительной и тактильной модальности указывает на асинхрония развития и проявления когнитивного дизонтогенеза при РАС по сравнению с нормативно развивающимися дошкольниками, что соотносится с данными других исследователей [4, 6, 9].

Выводы. У детей дошкольного возраста с РАС различного генеза отмечаются выраженные особенности сенсорно-перцептивной деятельности как в зрительной, так и в тактильной модальности по сравнению с нормативно развивающимися сверстниками.

1.Своеобразие зрительного восприятия проявляется на сенсорном (полнота-

избыточность-неполнота стимульной информации) и на социально-перцептивном уровне (лицевой, эмоциональный гнозис, сюжетные картинки).

2. Своеобразие тактильного восприятия проявляется как на сенсорном уровне (снижена способность различать локализацию прикосновения), так и на гностическом, социально-перцептивном уровне (снижена успешность распознавания стереогностических стимулов).

3. Обнаружена тенденция связи особенностей зрительного и тактильного восприятия у детей с различным типом РАС: дети с процессуальным аутизмом имеют меньше нарушений в сенсорном компоненте тактильной модальности, чем дети с другими формами РАС, а в зрительной модальности – наоборот.

ЛИТЕРАТУРА

1. Башина В.М. Ранний детский аутизм // Исцеление: Альманах. - М., 1993. - С. 154-165.

2. Богдашина О. Аутизм: определение и диагностика. – Донецк: Лебедь, 1999. – 112 с.

3. Горюнова А.В. Аутизм и расстройства аутистического спектра у детей (лекция, часть 1) // Вопросы психического здоровья детей и подростков, 2016(16), № 1. - С. 86-96.

4. Зверева Н.В., Коваль-Зайцев А.А., Хромов А.И. Патопсихологические методики оценки когнитивного развития детей и подростков при эндогенной психической патологии (зрительное восприятие и мышление). Методические рекомендации. – М., 2014. – 40 с

5. Каган В.Е. Аутизм у детей. - Л.: Медицина, 1981. – 190 с.

6. Клинико-биологические аспекты расстройств аутистического спектра / под ред. Н.В. Симашковой, Т.П. Ключник. - М.: Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2016. – 288 с.

7. Лебединская К.С., Никольская О.С. Диагностика раннего детского аутизма. - М.: Просвещение, 1991. – 97 с.

8. Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. – М.: Академия, 2002. - 232 с.

9. Симашкова Н.В., Коваль-Зайцев А.А. Мультидисциплинарные клинико-психологические аспекты диагностики детского аутизма и детской шизофрении // Диагностика в медицинской (клинической) психологии: современное состояние и перспективы. Коллективная монография. - М., 2016. - С. 132–146.

10. Шипицына Л.М. Детский аутизм. Хрестоматия. – СПб.: Дидактика Плюс, 2001. – 368 с.

1. Bashina V.M. Rannij detskij autizm // Iscelenie: Al'manah. - M., 1993. – S. 154-165.

2. Bogdashina O. Autizm: opredelenie i diagnostika. – Doneck: Lebed', 1999. – 112 s.

3. Gorjunova A.V. Autizm i rasstrojstva autisticheskogo spektra u detej (lekcija, chast' 1) // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov, 2016(16), № 1. - S. 86-96.

4. Zvereva N.V., Koval'-Zajcev A.A., Hromov A.I. Patopsihologicheskie metodiki ocenki kognitivnogo razvitija detej i podrostkov pri jendogennoj psihicheskoj patologii (zritel'noe vosprijatie i myshlenie). Metodicheskie rekomendacii. – M., 2014. – 40 s

5. Kagan V.E. Autizm u detej. - L.: Medicina, 1981. – 190 s.

6. Kliniko-biologicheskie aspekty rasstrojstv autisticheskogo spektra / pod red. N.V. Simashkovej, T.P. Kljushnik. - M.: Izdatel'skaja gruppa «GJeOTAR-Media», 2016. – 288 s.

7. Lebedinskaja K.S., Nikol'skaja O.S. Diagnostika rannego detskogo autizma. -

M.: Prosveshchenie, 1991. – 97 s.

8.Semenovich A.V. Nejropsihologicheskaja diagnostika i korrakcija v detskom vozraste. – M.: Akademija, 2002. - 232 s.

9.Simashkova N.V., Koval'-Zajcev A.A. Mul'tidisciplinarnye kliniko-psihologicheskie aspekty diagnostiki detskogo autizma i detskoj shizofrenii // Diagnostika v medicinskoj (klinicheskoj) psihologii: sovremennoe sostojanie i perspektivy. Kollektivnaja monografija. - M., 2016. - S. 132–146.

10.Shipicyna L.M. Detskij autizm. Hrestomatija. – SPb.: Didaktika Pljus, 2001. – 368 s.

11. Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network Surveillance Year 2008 Principal Investigators. Prevalence of autism spectrum disorders—Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 14 sites, United States, 2008. MMWR Surveill Summ. 2012; 61(3): 1-19.

12. Minshew N. J., Hobson J. A. Sensory sensitivities and performance on sensory perceptual tasks in high-functioning individuals with autism //Journal of autism and developmental disorders. – 2008. – T. 38. – №. 8. – C. 1485-1498.

13. Baranek G. T. et al. Sensory features in autism spectrum disorders //Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders, Fourth Edition. – 2014.

14. Behrmann M., Minshew N. J. Sensory processing in autism //Autism Spectrum Disorders. – Karger Publishers, 2015. – T. 180. – C. 54-67.

D.D. Makarenkova^{1,3}, N.V. Zvereva^{2,3}

**A COMPARISON OF DISTINCTIVE FEATURES OF WORK
IN VISUAL AND TACTILE MODALITIES AMONG CHILDREN
WITH AUTISTIC DISORDERS OF DIFFERENT GENESIS**

¹Middle School № 1692, Research Center of Mental Health, ³Moscow State University of Pedagogics and Psychology (Moscow).

Summary. There are some materials of experimental psychological research of tactile and visual perception of preschool children with a distorted type of dysontogenesis (autism spectrum disorders). Sensory and gnostic level were analyzed. The research involved 84 children from 4 to 8 years old. There are 3 groups of children: normal development (50 persons), the group of children with different variants of autistic disorders and the group with autism processual genesis (F84) for 17 persons in each group. There was shown a different level of severity of the deficiency of the parameters researched of sensory and social-perceptual level of perception in the mapped modalities. All children with autism were less successful in carrying out tasks compared to the control group.

Keywords: preschool children, autism spectrum disorders, visual and tactile perception.

О.А. Сагалакова, И.Я. Стоянова*, Д.В. Труевцев, Ю.А.Шухлова**
**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ АНТИВИТАЛЬНЫХ
ПРОЯВЛЕНИЙ И СОЦИАЛЬНОЙ ТРЕВОГИ У ПОДРОСТКОВ
И МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ В КОНТЕКСТЕ ПОЛОВЫХ РАЗЛИЧИЙ¹**

Алтайский государственный университет (Барнаул), НИИ психического здоровья*, Национальный исследовательский автономный Томский государственный университет** (Томск).

Резюме. Исследовались психологические маркеры антивитаальных переживаний и социальной тревоги у молодых людей подросткового и юношеского возраста с учетом половых различий. В режиме онлайн, опрошено 1163 юноши (n=736) и девушки (n=427) учебных заведений Алтайского края в возрасте 15-21 лет. Результаты свидетельствуют о том, что у учащихся обоего пола выраженная социальная тревога блокирует удовлетворение значимых социальных потребностей и является детерминантой антивитаальных переживаний. Установлены достоверные различия переживания социальной тревоги в ситуациях оценивания у юношей и девушек.

Ключевые слова: антивитаальное поведение, социальная тревога, половые различия, психологические факторы риска.

Актуальность изучения проблемы антивитаальных проявлений в молодом возрасте с учетом половых различий обусловлена распространенностью покушений на собственную жизнь в некоторых регионах России, нарушениями психического здоровья в форме депрессивных и аддиктивных проявлений, а также недостаточностью научно обоснованных профилактических программ для подростков и юношей, учитывающих половые различия учащихся [1].

В нашем исследовании мы опираемся на понятие половой идентичности как многомерном феномене, раскрывающем соотношенность личности с телесными, психофизиологическими, психологическими и социокультурными значениями маскулинности и фемининности [3].

Антивитаальные проявления (термин впервые использован Б.В. Зейгарник, 1980) включают возникновение мыслей о возможном и желательном уходе из жизни, формирование мотивации на реализацию задуманного, а также суицидальную и парасуицидальную активность [2]. Анализ литературных источников по проблемам суицида в подростковом возрасте свидетельствует о том, что суицидальная попытка является одним из значимых факторов риска суицидальной направленности. Установлено, что в возрастной группе 11-19 лет уже предпринимали по меньшей мере одну попытку расстаться с жизнью 5% юношей и 8% девушек, а 1,8% – две и более. Около 40% молодых людей, завершивших аутоагрессивное действие, уже имели ранее одну и более попытки самоубийства. В контексте половых различий выявляется, что девушки сообщают о своих суицидальных фантазиях гораздо чаще, чем молодые люди, однако юноши проявляют более высокую склонность к завершению суицидальных попыток [12].

При изучении психологических факторов антивитаальной направленности молодых людей отмечается, что как юноши, так и девушки оказываются уязвимыми перед лицом потенциальной угрозы социальному престижу. При этом, опасаясь обнаружить свою неловкость, неуверенность в своих коммуникативных способностях и возможностях совладания с оценочными аспектами общения, они могут

¹ Публикуется при поддержке гранта Российского научного фонда (№ 14-18-01174).

предпочесть социальную изоляцию и избегание ситуаций, вызывающих тревогу и страх оценивания [4, 8]. В подростковом и юношеском возрасте социальные потребности становятся важнее биологических. Поэтому нередко в стрессовой ситуации приходят в голову антивита́льные мысли, снижается опосредствованность эмоций и поведения, возрастает импульсивность. Инвертированная система ценностей создает высокую степень уязвимости юношеского возраста к стрессорам, связанным с отвержением, осмеянием, негативным оцениванием [6-9, 11].

Целью настоящего исследования выступает анализ и выявление психологических характеристик антивита́льных проявлений и социальной тревоги в подростковом и юношеском возрасте с учетом половой принадлежности как факторов, способствующих нарушениям психического здоровья.

Гипотеза исследования. Во-первых, избыточная социальная тревога у юношей и девушек способствует усилению антивита́льной направленности и нарушениям психического здоровья. Во-вторых, существуют половые различия в переживании различных социальных ситуаций, являющихся стрессовыми для молодых людей и подростков.

Материалы и методы. Общую выборку составили 1163 учащихся из 13 школ, училищ и колледжей Алтайского края в возрасте от 15 лет до 21 года, опрошенных в режиме онлайн, из них юношей ($n=736$) 63,3%, девушек ($n=427$) 36,7%. Респондентов подросткового возраста 904 человека (77,7%), в возрасте 18-21 года – 259 человек (22,3%). В графиках подростки, юноши и девушки с целью уточнения половых различий в психологических характеристиках поименованы как «мужчины и женщины». Тестирование проводилось на платформе авторского сайта <http://clinicpsy.ru> [8]. Данные генерировались в общую матрицу, далее подвергались математико-статистическому анализу, интерпретации результатов.

В соответствие с целью исследования выявлялись следующие психологические параметры: 1) субъективный образ образовательной среды; 2) возможность самореализации; 3) социальная тревога; 4) страх осмеяния; 5) беспомощность при неудачах; 6) образ будущего; 7) копинг-стратегии и возможности компенсации в ситуации стресса; 8) депрессивные убеждения; 9) антивита́льные переживания и поведение; 10) склонность к ригидности. Применялись следующие методики: 1) Опросник социальной тревоги и социофобии О.А. Сагалаковой, Д.В. Труевцева [9], а также отдельные пункты следующих опросников: 2) Опросник антивита́льной направленности/жизнестойкости О.А. Сагалаковой, Д.В. Труевцева [8]; 2) Опросник гелотофобии Р.Т. Про́йера, В. Руха в адаптации Е.А. Стефаненко, Е.М. Ивановой, С.Н. Ениколопова) [10]; 3) «Многофакторный опросник когнитивно-поведенческих и метакогнитивных паттернов реагирования при социальной тревоге» О.А. Сагалаковой, Д.В. Труевцева [7]; 4) Опросник COPE («совладание», «копинг-стратегии») (К. Карвер, М. Шейер и Дж. Вейнтрауб в адаптации Е.И. Рассказовой, Т.О. Гордеевой, Е.Н. Осина) [5]; 5) Опросник суицидального риска А.Г. Шмелева (модификация Т.Н. Разуваевой) [13]. Данные обработаны в статистических программах SPSS 22.0, Statistica 10.0.

Результаты и обсуждение. Результаты исследования свидетельствуют о том, что у девушек по сравнению с юношами более выражены средние ранговые значения параметров, включающие социальную тревогу, склонность к ригидности, переживание ненужности, избегание выражения чувств, антивита́льные переживания. Последние характеристики проявляются в потере перспективы, смысла, пессимизме, переживании бесполезности усилий, бесцветности и бренности жизни. Кроме того, у девушек в большей степени выражены проявления физического

истощения (утомляемости, склонности к избеганию стратегии совладания со стрессовыми ситуациями). Девушкам также свойственно искать помощь в ближайшем окружении, потребность в поддержке. По этим параметрам между девушками и юношами имеются статистически достоверные различия (рис. 1).

Продолжая описывать психологические характеристики с учетом половых различий между юношами и девушками, можно отметить, что девушки более склонны эмоционально реагировать в ситуациях стресса, действовать фиксировано, избегать столкновения со стрессорами, искать помощь у близких в трудных жизненных ситуациях. Для девушек более характерно быстрее отчаиваться, утомляться и переживать по поводу собственной значимости для других. Такие различия в выраженности средних рангов могут быть обусловлены склонностью девушек с большей готовностью и откровенностью отвечать на вопросы, касающиеся эмоционального состояния и поведения в трудных жизненных ситуациях.

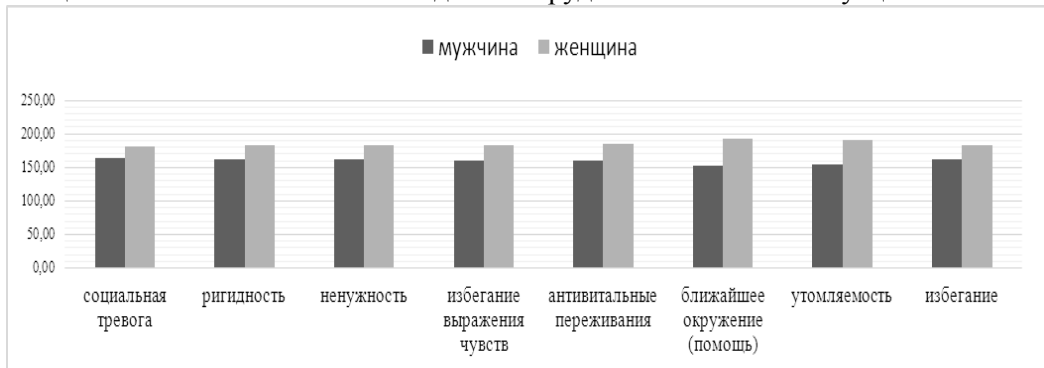


Рисунок 1. Средние ранги параметров – индикаторов антивитаальной направленности у девушек и юношей (критерий Манна-Уитни, при $p < 0,05$).

В целом, ближайшее окружение девушки воспринимают как более благосклонное и готовое прийти на помощь в отличие от юношей. Переживая выраженные негативные эмоции, девушки имеют возможность обсудить их с другими, найти поддержку в микросоциуме, юноши же более склонны решать проблемы, не прибегая к помощи окружающих. Это свидетельствует о большей эмоциональной уязвимости юношей в сложных жизненных ситуациях (рис. 1 и табл. 1).

Таблица 1.

Результаты сравнения средних рангов параметров – индикаторов антивитаальной направленности поведения у подростков девушек и юношей по критерию Манна-Уитни.

	ригидность	ненужность	избегание выражения	антивитаальные переживания	помощь близких	утомляемость	избегание
U-критерий Манна-Уитни	12928,00	13066,50	12833,00	12666,50	11450,00	11520,00	13044,00
уровень значимости (p)	0,04	0,05	0,03	0,02	0,00	0,00	0,05

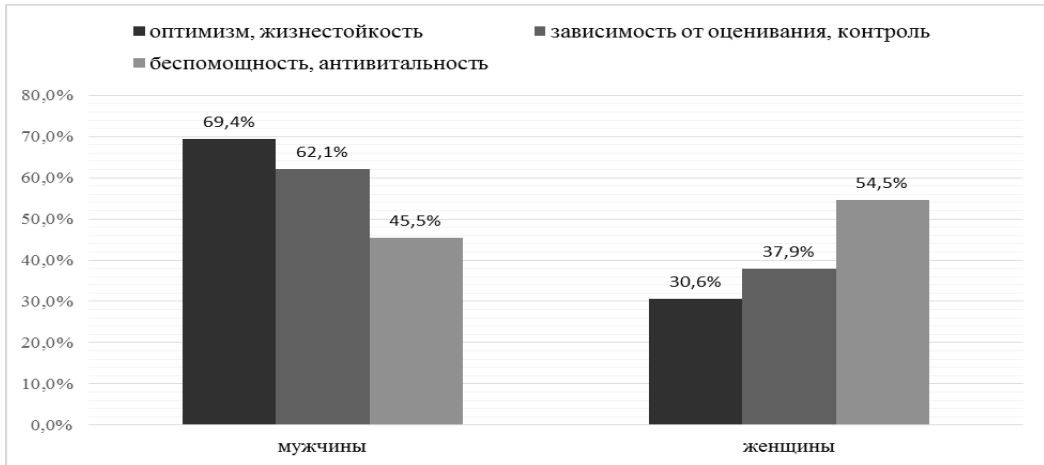


Рисунок 2. Процентное распределение выборки юношей и девушек, принадлежащих к разным кластерам – паттернам реагирования в жизненных ситуациях (таблицы сопряженности, при $p < 0,0001$).

Рассматривая психологические параметры юношей, можно отметить, что для них в большей степени, чем для девушек, характерна зависимость самооценки от внешнего оценивания. Для молодых людей мужского пола характерны попытки предугадать возможные угрозы социальному престижу и предупредить их, желание контролировать ситуации с целью недопущения осмеяния, составлять план действий с целью мониторинга неприятных последствий участия в ситуациях оценивания. При этом значительно бо́льшая часть выборки юношей по сравнению с девушками склонна воспринимать будущее оптимистично и быть социально смелыми, инициативными, готовыми преодолевать препятствия ($\chi^2=28,12$ при $p < 0,0001$). Девушкам более свойственны антивитальные переживания, склонность быстро отчаиваться, переживать беспомощность и бесперспективность. Именно девушки чаще юношей отмечают наличие в своем опыте жестокого обращения по отношению к ним, а также унижений и оскорблений в образовательной среде, что повышает их недоверие к окружающим и усиливает склонность решать насущные проблемы в одиночку. Данный паттерн антивитальной направленности свойствен как юношам, так и девушкам, однако сравнительный анализ показывает его большую значимость для выборки девушек вне зависимости от возраста. К данному кластеру принадлежат 45,5% юношей и 54,5% девушек.

Таблица 2.

Сравнение эмпирического распределения ответов на пункты опросника с равномерным теоретическим (Хи-квадрат критерий).

Сравнение с равномерным теоретическим распределением	Иногда я думаю о том, чтобы причинить себе вред.	Чтобы снять напряжение, я могу причинить себе физическую боль.
Хи-квадрат	1993,14	1995,37
Асимптотическая значимость р-уровень	<0,0001	<0,0001

Сравнительный анализ частоты ответов на данные пункты среди девушек и юношей показывает, что девушки достоверно более склонны соглашаться с данными пунктами – индикаторами вероятности антивиталяного поведения, юноши же в большей степени склонны отрицать данные мысли и намерения. Несмотря на достоверные различия, и среди юношей 6,4% готовы причинить себе физическую боль, чтобы снять напряжение (9,4% среди девушек), 4,5% задумываются о том, чтобы причинить себе вред (9,4% среди девушек) (рис. 3а и 3б и табл. 3).

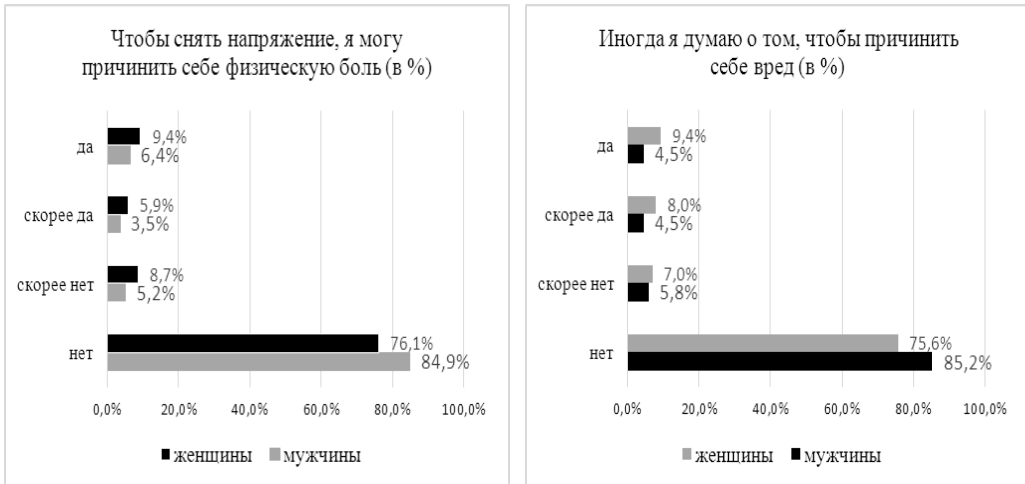


Рисунок 3а, б. Процентное распределение выборки девушек и юношей, в разной степени согласных с утверждениями – индикаторами антивиталяного поведения (таблицы сопряженности).

Таблица 3.

Различие в ответах на пункты опросника – индикаторы антивиталяного поведения среди юношей и девушек (таблицы сопряженности)

	Хи-квадрат Пирсона	Значимость р-уровень
Чтобы снять напряжение, я могу причинить себе физическую боль	14,239 ^a	0,00
Иногда я думаю о том, чтобы причинить себе вред	19,563 ^a	0,00

Сравнительный анализ выраженности паттернов антивиталяного поведения среди юношей и девушек с помощью однофакторного дисперсионного анализа позволяет сделать вывод о том, что для девушек более характерны как антивиталяные переживания, так и антивиталяное поведение (потеря перспективы и смысла, беспомощность, готовность причинять себе вред), дисрегуляция эмоций при отказе, тяжелое переживание ссор с близкими, беспомощность при неудаче («тяжело начать новое дело после неудачи»). Для юношей более свойственно выраженное чувство превосходства («свои потребности выше других») как непродуктивный способ компенсации страха негативного оценивания, неловкости в установлении личных контактов наряду с потребностями в одобрении, признании и отрицательного опыта унижения в школе, пессимизма в области достижений («не могу радоваться успеху, так как это случайность») (табл. 4).

Для девушек, несмотря на большую склонность к антивиталяной направленности поведения, более характерен позитивный образ будущего и конструктивный

копинг в виде поиска социальной поддержки, получения помощи от близких. Они менее фиксированы на одобрении и признании, в большей степени способны устанавливать контакты (рис. 4 и табл. 4). Существенных различий в выраженности данных паттернов в контексте возраста испытуемых не наблюдается.

Таблица 4.

Результаты однофакторного дисперсионного анализа (сравнение средней выраженности паттернов антивитальной направленности поведения между юношами и девушками).

Паттерны антивитальной направленности / жизнестойкости	F-критерий	Значимость р-уровень
Антивительные переживания (заброшенность, потеря перспективы, смысла)	67,26	0,00
Уважение других	0,00	0,98
Потребность в одобрении	6,65	0,01
Страх осмеяния (контроль, мониторинг, копинг)	3,12	0,08
Дисрегуляция эмоций в ситуации отказа	46,78	0,00
Позитивный образ будущего	11,20	0,00
Затруднение в социальных контактах, избегание	6,90	0,01
Решение проблем с кем-то / в одиночку	18,32	0,00
Антивительное поведение в стрессе	8,97	0,00
Превосходство	34,96	0,00
Пессимизм в области достижений	4,41	0,04
Поддержка друзей	13,39	0,00
Переживание ссоры	21,77	0,00
Унижение в школе	15,12	0,00
Беспомощность при неудаче	20,12	0,00
Трудность избавиться от привычек	0,96	0,33

На основе полученных результатов, можно сделать вывод о том, что юноши более объективны и реалистичны. Они менее ранимы, в большей степени выражена способность к защите собственных интересов и отстаивании своих позиций.

Таким образом, анализ проявлений социальной тревоги и антивительных переживаний в молодом и подростковом возрасте с учетом половых различий свидетельствует о том, что ситуации оценивания являются факторами риска нарушений психического здоровья. При этом для девушек более характерны как антивительные переживания, так и антивительное поведение (потеря перспективы и смысла, беспомощность, готовность причинять себе вред), нарушение регуляции эмоций, непереносимость ссор с близкими людьми, беспомощность при неудаче. Для юношей более свойственно выраженное чувство превосходства как непродуктивный способ компенсации страха негативного оценивания, неловкости в установлении личных контактов, повышенная потребность в одобрении, наличие отрицательного опыта, связанного с унижением в образовательной среде, избыточный пессимизм в отношении собственных достижений. Программы психологического сопровождения подростков и молодых людей в образовательных учреждениях должны учитывать половую принадлежность.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бохан Н.А., Приленский Б.Ю., Уманская П.С. Суицидальное поведение мужчин и женщин молодого возраста, перенесших алкогольный психоз // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. Томск, 2014. № 3 (84). С. 31–34.
 2. Зейгарник Б.В., Братусь Б.С. Очерки по психологии аномального развития личности. М.: МГУ, 1980. 157 с.
 3. Каган В.Е. Половая идентичность и развитие личности // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 1991. № 4. С. 25–33.
 4. Никитина И.В., Холмогорова А.Б. Социальная тревожность: содержание понятия и основные направления изучения. Часть 2 // Социальная и клиническая психиатрия. 2011. Т. 21. № 1. С. 60–67.
 5. Рассказова Е.И., Гордеева Т.О., Осин Е.Н. Копинг-стратегии в структуре деятельности и саморегуляции: психометрические характеристики и возможности применения методики COPE // Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2013. Т. 10. № 1. С. 82–118.
 6. Сагалакова О.А., Стоянова И.Я. Когнитивно-перцептивная избирательность и регуляция социальной тревоги в ситуациях оценивания // Известия Алтайского государственного университета. 2015. Т.1 № 3 (87). С. 75–80.
 7. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В. Метакогнитивные стратегии регуляции при социальном тревожном расстройстве. Томск: изд-во Томск. ун-та, 2014. 210 с.
 8. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В. Нарушение когнитивной регуляции аффекта в ситуациях социального оценивания при антивitalной направленности поведения. Томск: изд-во Томск. ун-та, 2014. 159 с.
 9. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В. Психология социального тревожного расстройства. Томск: изд-во Томск. ун-та, 2014. 248 с.
 10. Стефаненко Е.А., Иванова Е.М.; Ениколопов С.Н.; Проер Р., Рух В. Диагностика страха выглядеть смешным: русскоязычная адаптация опросника гелотофобии // Психологический журнал. 2011. Том 32. № 2. С. 94-108.
 11. Стоянова И.Я., Шухлова Ю.А., Сагалакова О.А., Труевцев Д.В., Терехина О.В., Чеканова М.О. Личностные факторы риска парасуицидальности (антивitalности) и снижения психологической безопасности студентов в образовательной среде // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2015. № 4(89). С. 112-116.
 12. Шелехов И.Л., Каштанова Т.В., Корнетов А.Н., Толстолес Е.С. Суицидология: учебное пособие. Томск: Сибирский государственный медицинский университет, 2011. 203 с.
 13. Шмелев А.Г., Белякова И.Ю. Опросник суицидального риска // Практикум по психодиагностике. Прикладная психодиагностика / Под ред. С. Р. Пантилеева. М: МГУ, 1992. С. 3–8.
-
1. Bohan N.A., Prilenskij B.Ju., Umanskaja P.S. Suicidal'noe povedenie muzhzhchin i zhenshhin molodogo vozrasta, perenesshih alkohol'nyj psihoz // Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii. Tomsk, 2014. № 3 (84). S. 31–34.
 2. Zejgarnik B.V., Bratus' B.S. Ocherki po psihologii anomal'nogo razvitiya lichnosti. M.: MGU, 1980. 157 s.
 3. Kagan V.E. Polovaja identichnost' i razvitie lichnosti // Obozrenie psihiatrii i medicinskoj psihologii im. V.M. Behtereva. 1991. № 4. S. 25–33.
 4. Nikitina I.V., Holmogorova A.B. Social'naja trevozhnost': sodержanie ponjatija i osnovnye napravlenija izuchenija. Chast' 2 // Social'naja i klinicheskaja psihiatrija. 2011. T. 21. № 1. S. 60–67.

5. Rasskazova E.I., Gordeeva T.O., Osin E.N. Koping-strategii v strukture dejatel'nosti i samoreguljarii: psihometricheskie harakteristiki i vozmozhnosti primeneniya metodiki COPE // Psihologija. Zhurnal Vysshej shkoly jekonomiki. 2013. T. 10. № 1. S. 82–118.
6. Sagalakova O.A., Stojanova I.Ja. Kognitivno-perceptivnaja izbiratel'nost' i reguljacija social'noj trevogi v situacijah ocenivaniya // Izvestija Altajskogo gosudarstvennogo universiteta. 2015. T.1 № 3 (87). S. 75–80.
7. Sagalakova O.A., Truevcev D.V. Metakognitivnye strategii reguljarii pri social'nom trevozhnom rasstrojstve. Tomsk: izd-vo Tomsk. un-ta, 2014. 210 s.
8. Sagalakova O.A., Truevcev D.V. Narushenie kognitivnoj reguljarii affekta v situacijah social'nogo ocenivaniya pri antivital'noj napravlenosti povedenija. Tomsk: izd-vo Tomsk. un-ta, 2014. 159 s.
9. Sagalakova O.A., Truevcev D.V. Psihologija social'nogo trevozhnogo rasstrojstva. Tomsk: izd-vo Tomsk. un-ta, 2014. 248 s.
10. Stefanenko E.A., Ivanova E.M.; Enikolopov S.N.; Projer R., Ruh V. Diagnostika straha vygljadet' smeshnym: russkojazychnaja adaptacija oprosnika gelotofobii // Psihologicheskij zhurnal. 2011. Tom 32. № 2. S. 94-108.
11. Stojanova I.Ja., Shuhlova Ju.A., Sagalakova O.A., Truevcev D.V., Terehina O.V., Chekanova M.O. Lichnostnye faktory riska parasuicidal'nosti (antivital'nosti) i snizhenija psihologicheskoy bezopasnosti studentov v obrazovatel'noj srede // Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii. 2015. № 4(89). S. 112-116.
12. Shelehov I.L., Kashtanova T.V., Kornetov A.N., Tolstoles E.S. Suicidologija: uchebnoe posobie. Tomsk: Sibirskij gosudarstvennyj medicinskij universitet, 2011. 203 s.
13. Shmelev A.G., Beljakova I.Ju. Oprosnik suicidal'nogo riska // Praktikum po psihodiagnostike. Prikladnaja psihodiagnostika / Pod red. S. R. Pantileeva. M: MGU, 1992. S. 3–8.

O.A. Sagalakova, I.Ya. Stoyanova, D.V. Truevtsev, Y.A. Shukhlova
PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF ANTIVITAL
MANIFESTATIONS AND SOCIAL ANXIETY IN ADOLESCENTS
AND YOUNG PEOPLE IN THE CONTEXT OF GENDER DIFFERENCES²
Altai State University (Barnaul), Mental Health Research Institute, National
Research Tomsk State University (Tomsk).

Summary. We studied the psychological markers of antivital experiences and social anxiety in young people of adolescent and pre-adult age with account for gender differences. In the online mode, 1163 young men (n = 736) and women (n = 427) of educational institutions of the Altai Territory aged 15-21 years were surveyed. The results testified that severe social anxiety in students of both genders blocks the satisfaction of significant social needs and is a determinant of antivital experiences. Reliable differences of experiencing the social anxiety in situations of assessment in young men and girls were revealed.

Keywords: antivital behavior, social anxiety, gender differences, psychological risk factors

² The paper is published with support of grant of the Russian Scientific Foundation (No. 14-18-01174).

А.Е. Бобров¹, Т.В. Уласень², Н.В. Сулимова³, Э.Л. Нивеницын²
ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СИРОТСТВА

С ПОЗИЦИЙ БИОПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ КОНЦЕПЦИИ

¹МНИИ психиатрии - филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России (Москва), ²Смоленский государственный медицинский университет, ³Смоленский социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Феникс». Смоленск.

Резюме. В статье представлен анализ научных данных по проблеме междисциплинарного изучения последствий детского депривационного опыта, а также его влияния на аномалии психосоциальной адаптации, формирование нарушений личности и поведения. Приведены результаты обследования детей и подростков 11-18 лет, воспитывающихся в социозащитных учреждениях. Получены статистически достоверные различия по частоте встречаемости следующих травмирующих факторов между I и II группами: пренебрежение; алкоголизм и наркомания родителей; смерть одного из родителей; критерий «субъективного эмоционального дефицита».

Ключевые слова: депривация, сироты, социозащитное учреждение, насилие, психические нарушения.

В литературе существует единодушное мнение о важности родительского (прежде всего материнского) влияния на ребенка, особенно, на протяжении первых трех лет жизни. При этом исследователи акцентируют внимание на тяжелых последствиях длительной депривации, стойкости и глубине поражения личности [1, 7, 9, 17, 20, 21, 23, 25, 36]. Неоднократно поднимались проблемы, касающиеся влияния депривации на психическое состояние [6, 7, 9, 10, 13, 23, 25]. Однако дифференцированная научная оценка психотравмирующих факторов, выступающих при детской депривации в виде единого комплекса, не осуществлялась. Между тем, именно комплексный и континуальный характер такой травматизации, по всей видимости, и способствует хронизации депривационных переживаний у детей-сирот.

Согласно официальным данным прослежена динамика выявляемых случаев сиротства: 2012 г. - 119070; 2013 – 106646; 2014 – 87604; 2015 – 73000. Намечалась тенденция к снижению выявляемых случаев сиротства. При этом прогностический научный интерес может представлять и изучение причин сиротства в качестве преморбидных факторов: смерть родителей – 15%; лишение/ограничение в родительских правах – 63%; отказ родителей – 16%; прочее - 6% [18].

Несмотря на то что термин «депривация» широко используется в психологической литературе, в определении содержания этого понятия отсутствует единство [2]. Наиболее распространенная эмпирическая классификация депривации базируется на выделении нескольких ее видов в зависимости от характера базисной потребности: коммуникативной, сенсорно-перцептивной, кинестетической, эмоциональной. Принимая во внимание контингент обследуемых (сироты и социальные сироты), такие варианты депривационных феноменов, как материнский, эмоциональный и социальный, на наш взгляд, могут одновременно выступать и как причина нарушений психологического развития, и как его следствия.

Следует отметить, что вопросы, связанные с описанием и систематикой форм детской депривации, рассматривались с разных позиций. Вместе с тем, по мнению J. Bowlby, наряду с явной депривацией, существует и скрытый вариант, источник которого может находиться в семье, школе, различных социальных институтах, обществе в целом [5]. В частности, в современных работах зарубежных исследователей

описаны механизмы формирования тревоги, депрессивных состояний, девиаций, суицидального поведения, посттравматического стрессового расстройства с позиций формирования «небезопасного типа привязанности», предрасполагающего к возникновению психических расстройств [29]. Важно также подчеркнуть, что «теория привязанности» является не единственной научной концепцией, на базе которой происходит разработка проблемы детской депривации. В последнее время все более остро встает вопрос о мультифакторном изучении ее последствий. В связи с этим интересными представляются теория кумулятивной травматизации М. Khan, который занимался исследованием лиц с частыми и длительными травмами, находящимися в условиях фрустрации, и классификация А. Green, которым была предложена «типология травматических агентов» [22]. На современном этапе психологи выделяют следующие типы травматических ситуаций: 1) краткосрочное, неожиданное травматическое событие; 2) постоянное и повторяющееся воздействие травматического стрессора – серийная травматизация, или пролонгированное травматическое событие [25].

Безусловный научный интерес представляют также подходы к классификации психических травм, предложенные отечественными психиатрами: Н.Д. Лакосиной и Г.К. Ушаковым, В.Н. Мясичевым, выделившим деление психических травм на объективно-значимые и условно-патогенные; В.В. Ковалевым, предложившим рассматривать факторы эмоциональной депривации как психотравмирующие ситуации [11,12, 18]. Вместе с тем ключевым моментом в патогенезе психической травмы у детей и подростков рассматривается фактор насилия. М.Д. Асановой выделены четыре основных типа насилия: 1) физическое; 2) сексуальное; 3) эмоциональное, в том числе и психологическое; 4) экономическое насилие [25]. Следующая группа факторов, определяющих насилие в семье, представлена случаями зависимого поведения: наркомания и алкоголизм родителей. Как указывает С.В. Ильина, наиболее распространенные формы неадекватного родительского отношения – эмоциональная депривация и эмоциональный симбиоз – не только оказывают исключительно неблагоприятное воздействие на формирующийся образ «Я» и картину мира ребенка, но и создают психологический базис, особую «перцептивную готовность» для других форм вторжения, в частности, физического и сексуального [10].

В последние десятилетия наметилась тенденция к рассмотрению воздействий психического стресса с позиций концепции реляционных расстройств. Категория реляционных расстройств в качестве предварительного диагноза была включена в DSM-IV [27]. Последствия стресса при этом понимаются как динамический и многоэтапный процесс волнового «угасания» и вторичной «актуализации» стрессовых эффектов, которые опосредуются многокомпонентными социальными взаимодействиями, в которые включена личность. В результате стрессовые события могут приводить не только к известным по клинической практике расстройствам адаптации, но и выливаться в многообразные смещенные реакции, запускать комплиментарные формы реагирования у окружающих, а также длительное время сохраняться в латентном состоянии. При этом в провоцирующих ситуациях стрессовые переживания, пусть и в видоизмененной форме, могут проявляться вновь.

В настоящее время в Смоленской области на 01.10.16 г. в 7-и учреждениях для детей-сирот находятся 419 воспитанников в возрасте от 3-х до 18 лет. Из них только 15% составляют истинные сироты, остальные 75% – социальные.

Обследованы дети и подростки 11-18 лет, оказавшиеся в социозащитных учреждениях. Выделены две группы: I группа - сироты (истинные и социальные) и II группа - дети, воспитывающиеся в кровных семьях, но оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

С целью дифференцированного изучения психотравмирующих факторов, выступающих на фоне перенесенного депривационного опыта в виде единого ком-

плекса, наряду с клинико-психопатологическим методом исследования применены следующие методики:

1) полуструктурированное интервью для выявления признаков посттравматического стресса у детей (ПИБППСД). Интервью включает скрининговую часть и набор из 42 вопросов. Вопросы интервью построены на основании симптомов критериев А, В, С, D, и F (ПТСР DSM-IV). Для ответов детей были использованы шкалы Ликерта («да» – «не знаю» – «нет» либо «никогда» – «один раз за последний месяц» – «более одного раза за последний месяц»). Определения шкал интервью соответствуют клиническим критериям ПТСР. Общий индекс ПИБППСД показывает общий уровень выраженности посттравматического стресса, в целом отражая тяжесть последствий травматического события [25];

2) ПИБППСД дополнено градацией травмирующих факторов. За основу взята классификация насилия, предложенная М.Д. Асановой, дополненная факторами зависимого поведения родителей, при которых риск применения любых форм насилия по отношению к ребенку возрастает [25]. Учитывался также фактор гибели одного или обоих родителей. Таким образом, выделены следующие травмирующие факторы: «физическое насилие», «сексуальное насилие», «пренебрежение» (как эмоциональное насилие), «трудная жизненная ситуация» (как вариант экономического насилия), «зависимое поведение родителей», «смерть одного или обоих родителей». Отдельно выделен фактор «субъективного эмоционального дефицита», выявляемого в ходе целенаправленного клинического расспроса;

3) опросник социальных компетенций;

4) апробированные в отечественной детской психологии психодиагностические методики, в частности опросник ADOR.

В ходе проведенного анализа получены статистически достоверные различия между группой сирот (I группа) и детей и подростков, воспитывающихся в кровной семье (II группа) по критерию «субъективного эмоционального дефицита» ($p < 0,002$). Получены статистически значимые различия по частоте встречаемости следующих травмирующих факторов между I и II группами: пренебрежение ($p < 0,002$); алкоголизм и наркомания родителей ($p < 0,005$); смерть одного из родителей ($p < 0,05$). Частота физического насилия в случаях сиротства (при истинном и социальном) почти в 2 раза выше, чем во II группе, но из-за относительной редкости сообщения не достигает статистически значимого уровня. Гендерных различий по каждому из факторов между двумя группами не выявлено.

Вместе с тем интересными представляются результаты обследования данных групп воспитанников опросником ADOR, выявившие превалирование балльных оценок по шкале «позитивного интереса» к матери или отцу на фоне статистически доказанного превалирования факторов насилия, что может свидетельствовать о глубоко вытесненных травматических переживаниях. В своей статье Г.И. Малеичук пишет о том, что «в случае идеализации мы имеем дело со смещением фокуса контакта с объективной реальностью (воспринимаемого объекта) на реальность субъективную – личность воспринимающего. При этом происходит искажение объекта внешнего мира за счет инвестиции в образ личности воспринимающего» [15]. По всей видимости, выявленные случаи идеализации родителей свидетельствуют о глубоко вытесненных травматических переживаниях на фоне статистически доказанного превалирования факторов насилия. Но самое главное, на наш взгляд, в этой ситуации – «идеализация» родителей детьми, воспитывающимися в социозащитных учреждениях и переживших длительный травматический опыт, может приводить к формированию разного рода аддикций, развитию нарциссических и пограничных расстройств личности, включая возможность репродукции насилия в отдаленном периоде.

Таким образом, с позиций биопсихосоциальной концепции, представляет собой интерес мультифакторное изучение последствий трудных жизненных ситуаций, перенесенных в детстве, на формирование клинико-психопатологических проявлений и патопсихологических нарушений личности подростков с целью выявления специфических доклинических признаков формирования личностных расстройств.

ЛИТЕРАТУРА

- 1.Авакян Т.В., Воликова С.В. Эмоциональные нарушения у детей-сирот, проживающих в детских домах разного типа // Междисциплинарный подход в понимании и лечении психических расстройств: миф или реальность? Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием (Санкт-Петербург, 14-17 мая 2014 г.) – СПб: Изд-во Альта Астра, 2014. – С. 215-217.
- 2.Алексеев Е.Г. Личность в условиях психической депривации. -СПб: Питер, 2009. – 96 с.
- 3.Блейхер В. М., Крук И. В 1995. Толковый словарь психиатрических терминов. Электронная библиотека OwnLib.ru.
- 4.Бобров А.Е., Рыбина Н.А., Кулыгина М.А. Типология расстройств адаптации у студентов // Ученые записки. – СПб., ГМУ им. акад. И.П. Павлова, 2009. – Т. 16, № 1. – С. 40-45.
- 5.Боулби Дж. Привязанность (пер. с англ.) / Общ. ред. Г.В. Бурменская. – М.: Гардарики, 2003. – 480 с.
- 6.Буянов М.А. Ребенок из неблагополучной семьи // Записки детского психиатра. – М.: Просвещение, 1988. – 208 с.
- 7.Вострокнутов Н. В., Пережогин Л. О. Формирование расстройств личности у несовершеннолетних правонарушителей, беспризорных и безнадзорных // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2008 (8). – № 1. – С. 25-41.
- 8.Ганнушкин П. Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика. – М.: Север, 1933. – 143 с.
- 9.Девятова О.Е. Семейная депривация и психические расстройства у детей. - М.: Барс, 2004. - 114 с.
- 10.Ильина С.В. Влияние пережитого в детстве насилия на возникновение личностных расстройств // Вопросы психологии. – 1998. – № 6. – С. 65-74.
- 11.Ковалев В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. - М.: Медицина, 1985. - 288 с.
- 12.Лакосина Н.Д., Ушаков Г.К. Медицинская психология. – М.: Медицина, 1984. – 272 с.
- 13.Лангмейер И., Матейчек З. Психическая депривация в детском возрасте (пер. с чешск.). – Прага: Авиценум, 1984. – 335 с.
- 14.Личко А.Н. Психопатии и акцентуации характера у подростков. 2-е изд. доп. и перераб. – Л.: Медицина, 1983. – 256 с.
- 15.Малейчук Г.И. Иллюзии об идеальном мире, или опыт разочарования. URL: www.psychologytoday.ru (дата обращения 18.07.2016).
- 16.Мухина В.С. Психологическая помощь детям, воспитывающимся в учреждениях интернатного типа // Вопросы психологии. – 1989. – № 1. – С. 32-39.
- 17.Мясищев В.Н. Проблема личности и ее роль в вопросах соотношения психологии и физиологии // Исследование личности в клинике и в экстремальных условиях // Труды НИИ психоневрологии им. В.М.Бехтерева. – Л.: 1969. – Т. 50. С. 6-17.
- 18.Правовое положение детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. 2015. [Электронный ресурс]. URL: <http://refleader.ru/polatyysfnajge.html> (дата обращения 22.10.2016)
- 19.Прихожан А., Толстых Н. Младший школьник // Психическое развитие воспитанников детского дома / Ред. И. Дубровиной, А. Рузской. – М.: Педагогика,

1990. – С. 175-204.

20. Проселкова М.Е. Депривационные расстройства у детей из условий сиротства // Охрана здоровья детей и подростков: Материалы IV конгресса педиатров России (Москва, 17-18 ноября 1998). – М., 1998. – С. 91-92.

21. Психологический словарь. 2-е изд., перераб. и доп. / Под ред. В.П. Зинченко, Б. Г. Мещерякова. – М.: Педагогика-Пресс, 1999. – 440 с.

22. Сенкевич Л.Ф., Попова С.В., Султанбеков Б.А. Специфика личностного развития подростков, оставшихся без попечения родителей // Практическая психология и логопедия. – 2006. – Т. 19, № 2. – С. 42-48.

23. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. – М.: Медицина, 1965. – 355 с.

24. Тарабрина Н. В. Психология посттравматического стресса. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2009. – 304 с.

25. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В. Психология и психотерапия семьи. – СПб.: Питер, 2001. – 656 с.

1. Avakjan T.V., Volikova S.V. Jemocional'nye narushenija u detej-sirot, prozhivajushhih v detskih domah raznogo tipa // Mezhdisciplinarnyj podhod v ponimanii i lechenii psihicheskikh rasstrojstv: mif ili real'nost'? Materialy Vserossijskoj nauchno-prakticheskoj konferencii s mezhdunarodnym uchastiem (Sankt-Peterburg, 14-17 maja 2014 g.) – SPb: Izd-vo Al'ta Astra, 2014. – S. 215-217.

2. Alekseenkova E.G. Lichnost' v uslovijah psihicheskoj deprivacii. – SPb: Piter, 2009. – 96 s.

3. Blejher V. M., Kruk I. V 1995. Tolkovyj slovar' psihiatricheskikh terminov. Jel-ektronnaja biblioteka OwnLib.ru.

4. Bobrov A.E., Rybina N.A., Kulygina M.A. Tipologija rasstrojstv adaptacii u studentov // Uchenye zapiski. – SPb., GMU im. akad. I.P. Pavlova, 2009. – T. 16, № 1. – S. 40-45.

5. Boulbi Dzh. Privjazannost' (per. s angl.) / Obshh. red. G.V. Burmenskaja. – М.: Gardariki, 2003. – 480 s.

6. Bujanov M.A. Rebenok iz neblagopoluchnoj sem'i // Zapiski detskogo psihiatra. – М.: Prosveshhenie, 1988. – 208 s.

7. Vostroknutov N. V., Perezhogin L. O. Formirovanie rasstrojstv lichnosti u nesovershennoletnih pravonarushitelej, besprizornyh i beznadzornyh // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. – 2008 (8). – № 1. – S. 25-41.

8. Gannushkin P. B. Klinika psihopatij, ih statika, dinamika, sistematika. – М.: Sever, 1933. – 143 s.

9. Devjatova O.E. Semejnaja deprivacija i psihicheskie rasstrojstva u detej. – М.: Bars, 2004. – 114 s.

10. Il'ina S.V. Vlijanie perezhitogo v detstve nasilija na vzniknovenie lichnostnyh rasstrojstv // Voprosy psihologii. – 1998. – № 6. – S. 65-74.

11. Kovalev V.V. Semiotika i diagnostika psihicheskikh zabolevanij u detej i podrostkov. – М.: Medicina, 1985. – 288 s.

12. Lakosina N.D., Ushakov G.K. Medicinskaja psihologija. – М.: Medicina, 1984. – 272 s.

13. Langmejer I., Matejchek Z. Psihicheskaja deprivacija v detskom vozraste (per. s cheshsk.). – Praga: Avicenum, 1984. – 335 s.

14. Lichko A.N. Psihopatii i akcentuacii haraktera u podrostkov. 2-e izd. dop. i pererab. – L.: Medicina, 1983. – 256 s.

15. Malejchuk G.I. Illjuzii ob ideal'nom mire, ili opyt razocharovanija. URL: www.psychologytoday.ru (data obrashhenija 18.07.2016).

16. Muhina V.S. Psihologicheskaja pomoshh' detjam, vospityvajushhimsja v uchrezhdenijah internatnogo tipa // Voprosy psihologii. – 1989. – № 1. – S. 32-39.
17. Mjasishhev V.N. Problema lichnosti i ee rol' v voprosah sootnoshenija psihologii i fiziologii // Issledovanie lichnosti v klinike i v jekstremal'nyh uslovijah // Trudy NII psihonevrologii im. V.M.Behtereva. – L.: 1969. – T. 50. S. 6-17.
18. Pravovoe polozhenie detej-sirot i detej, ostavshih'sja bez popechenija roditel'ej. 2015. [Elektronnyj resurs]. URL: <http://refleader.ru/polatyysrnanjge.html> (data obrashhenija 22.10.2016)
19. Prihozhan A., Tolstyh N. Mladshij shkol'nik // Psihicheskoe razvitie vospitannikov detskogo doma / Red. I. Dubrovinoj, A. Ruzskoj. – M.: Pedagogika, 1990. – S. 175-204.
20. Proselkova M.E. Deprivacionnye rasstrojstva u detej iz uslovij sirotstva // Ohrana zdorov'ja detej i podrostkov: Materialy IV kongressa pediatrov Rossii (Moskva, 17-18 nojabrja 1998). – M., 1998. – S. 91-92.
21. Psihologicheskij slovar'. 2-e izd., pererab. i dop. / Pod red. V.P. Zinchenko, B. G. Meshherjakova. – M.: Pedagogika-Press, 1999. – 440 s.
22. Senkevich L.F., Popova S.V., Sultanbekov B.A. Specifika lichnostnogo razvitiya podrostkov, ostavshih'sja bez popechenija roditel'ej // Prakticheskaja psihologija i logopedija. – 2006. – T. 19, № 2. – S. 42-48.
23. Suhareva G.E. Klinicheskie lekicii po psichiatrii detskogo vozrasta. – M.: Medicina, 1965. – 355 s.
24. Tarabrina N. V. Psihologija posttravmaticheskogo stressa. – M.: Izd-vo «Institut psihologii RAN», 2009. – 304 s.
25. Jejdemiller Je.G., Justickij V. Psihologija i psihoterapija sem'i. – SPb.: Piter, 2001. – 656 s.
26. DSM-IV – American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. - Washington: American Psychiatric Association, 1994. – 886 p.
27. Mario Mikulincer, Phillip R. Shaver. Взгляд на психопатологию с точки зрения теории привязанности // Всемирная психиатрия. – 2012. – Т. 11, № 1. – С. 13-18.

A.E. Bobrov¹, T.V. Ulasen², N.V. Sulimova³, E.L. Nivenitsyn²
PSYCHIATRIC ASPECTS OF ORPHANHOOD

FROM THE BIOPSYCHOSOCIAL POINT OF VIEW

¹**Moscow Research Institute of Psychiatry – the Branch of Federal Medical Research Center of Psychiatry and Addiction named after V.P. Serbskiy (Moscow).**

²**Smolensk State Medical University. ³Regional State Funded Institution “Smolensk Social and Rehabilitation Centre for under-age “Phoenix” (Smolensk).**

Summary. In this article you can find the analasys of the scientific facts on the problem of interdisciplinary study of the consequences of children's deprivation experience, as well as its influence on the anomalies of their psychological adaptation and the forming of their personal and social disorder. The results of the observation of the children and adolescents, living in local institutions are also given there. We have received statistically reliable information about the differences of the frequency of the following traumatic factors between the groups: neglect; parents' alcoholism and drug addiction; the death of one of the parents; the criterion of “subjective emotional deficiency”.

Keywords: mental trauma, orphans, local institutions, violence, mental disorder.

**ФЕНОМЕН ЕЖЕДНЕВНОГО ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОГО ЗАНЯТИЯ
КОМПЬЮТЕРНЫМИ ИГРАМИ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ
(РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, СТРУКТУРА, ПОСЛЕДСТВИЯ И ПРОБЛЕМЫ)
ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации
и информатизации здравоохранения» Минздрава России (Москва).**

Аннотация. Исследование посвящено изучению социально-гигиенической характеристики подростков, учащихся училищ начального профессионального образования, ежедневно занимающихся компьютерными играми 3 и более часов в день. Установлено, что только около трети таких подростков из-за продолжительных занятий электронными играми имеют ряд проблем: снижение успеваемости, пропуски занятий в ПУ, ссоры с родителями и т. д. Некоторые из этих подростков отмечают ухудшение памяти и внимания, и около 10% подростков имеют признаки чрезмерной увлеченности компьютерными играми с риском формирования зависимости от них.

Ключевые слова: подростки, компьютерные игры, распространенность «группа риска», проблемы.

С ростом качества и доступности (электронных) компьютерных игр (КИ) мир виртуальной реальности все больше увлекает детей и подростков и в ряде случаев настолько сильно, что оказывает негативное влияние на физическое и психическое развитие подростков. Кроме того, у детей и подростков, чрезмерно увлекающихся КИ, может развиваться зависимость от них, именуемая «игровой аддикцией», «виртуальной зависимостью», «нехимической зависимостью» [2, 4, 5, 7-9]. Результаты исследований, проведенных во многих странах, доказывают, что этот феномен имеет мировое распространение [16-19]. И именно феномену «игровой аддикции», «игровой зависимости», посвящена в настоящее время наибольшая часть исследований и публикаций в нашей стране. Определяется и уточняется понятие «игровой зависимости» как разновидности аддиктивного поведения [5], разрабатываются критерии диагностики «игровой аддикции» [1, 3], предложена шкала диагностики склонности к зависимому поведению от компьютерных игр [15], разработаны и апробированы программы психокоррекционной помощи детям с нехимическими формами зависимости [8] и программы профилактики игровой зависимости [12]. Ассоциацией практикующих психологов [7] установлено, что временной интервал перехода от выраженной игровой компьютерной увлеченностью к формированию признаков компьютерной аддикции составляет в среднем 6 лет.

Однако, современные масштабы занятий КИ, которые все больше приближаются к тотальному охвату всего детско-подросткового контингента, требуют более пристального изучения этого явления с социально-гигиенических и эпидемиологических позиций. Это позволит оценить распространенность, структуру, мотивацию и последствия ежедневного занятия КИ, позволит определить опасный и безопасный уровень продолжительности занятий КИ. Но исследований, посвященных изучению эпидемиологических аспектов занятий КИ среди детей и подростков в нашей стране крайне мало [4, 7, 9].

В 2010-2011 гг. нами было проведено широкомасштабное изучение распространенности занятий КИ среди городских подростков-школьников, а в 2013-2014 гг. - среди учащихся училищ начального профессионального образования [11,12]. В этих исследованиях были изучены: частота распространенности, жанровые

предпочтения, продолжительность и проблемы, связанные с занятиями КИ среди городских подростков в РФ.

В данной статье представлена социально-гигиеническая характеристика, подростков 15-17 лет, учащихся училищ начального профессионального образования, ежедневно длительно занимающихся КИ.

Материалы и методы. Изучение занятий КИ подростков 15-17 лет проводилось в 2013-2014 гг. в рамках мониторинга потребления психоактивных веществ среди учащихся училищ начального профессионального образования. Обследование охватило 16 городов и одну область 5-и Федеральных округов РФ: Архангельск, В. Новгород, Волгоград, Воронеж, Ижевск, Казань, Калининград, Калуга, Кемерово, Краснодар, Москва, Мурманск, Самара, Тула, Чебоксары, Чита, и Московская область. Включение этих городов в исследование было обусловлено либо наличием региональной группы мониторинга в городе, либо желанием заинтересованных лиц города участвовать в нем. Подавляющее большинство данных городов относилось к старым культурным и административным центрам субъектов РФ.

Формирование выборки подростков в каждой территории осуществлялось в 2 этапа. На первом этапе методом случайной выборки из каждого района выбиралось одно или два училища начального профессионального образования. На втором этапе в каждом отобранном училище проводилось сплошное анонимное анкетирование подростков 15-17 лет, учащихся 1-2 курсов. Объем выборки в каждой отдельной территории составлял от 1000 до 1300 чел., что более чем достаточно для получения репрезентативных данных по занятиям КИ и интернетом. В совокупности были обследованы 22204 подростка, в т. ч. 11 005 (49,6%) мальчиков и 11 199 (50,4%) девочек.

Анкетирование проводилось по разработанной и многократно нами апробированной анкете, скорректированной на контингент обследуемых. Сбор информации осуществлялся либо специально подготовленными интервьюерами, либо специалистами региональных групп мониторинга, которые провели анонимное анкетирование, а также первичную разработку полученных материалов. Свод материалов анкетирования, его компьютерную систематизацию, обработку и анализ осуществлялся нами с помощью компьютерной программы «Факторы риска».

Необходимо отметить, что при разработке полученных данных мы использовали или уже имеющиеся в научной литературе классификации, либо разрабатывали свои. Так, например, для анализа видов КИ мы использовали жанровую классификацию Липкова А.И. [6], а для классификации частоты и продолжительности занятий компьютерными играми на основе полученных данных разработали свою собственную градацию (табл. 1).

Таблица 1.

Градация продолжительности занятий компьютерными играми среди подростков 15-17 лет

№	Частота занятий	Продолжительность занятий
1.	Очень редко и редко	От пары часов в месяц до 1-2-х дней в месяц
2.	Еженедельно	От 1 до 6 дней в неделю (но не ежедневно)
3.	Ежедневно	От 30 минут до 2 часов в день
4.	«Группа риска»	Ежедневно 3 и более часов в день

Согласно этой градации, подростков, ежедневно продолжительно занимающихся КИ 3 и более часов в день, мы относим к группе риска. Это обусловлено тем,

что такое ежедневное длительное занятие КИ, безусловно, нарушает распорядок дня, режим чередования труда и отдыха, оказывает негативное влияние на гармоничное социальное, психическое и физическое развитие подростка, а в ряде случаев приводит к возникновению социальных, психологических проблем и даже может способствовать формированию игровой зависимости. Поэтому внимание в данной статье сфокусировано именно на этой группе подростков и представлена общая социально-гигиеническая характеристика их статуса.

Результаты и обсуждение. На фоне широкого распространения занятий КИ среди подростков (играют около 80 из 100 мальчиков и 60 из 100 девочек) численность подростков, ежедневно играющих 3 и более часов в день (группа риска), достаточно внушительна. Среди мальчиков 15-17 лет, учащихся ПУ, играющих в КИ, группа риска составляет 48,1%, т. е. почти половину, 3834 чел., от всех играющих, а среди девочек – около 1/3, или 31,7%, 1629 чел., от всех играющих.

Анализ игровой деятельности подростков группы риска показал, что эта группа неоднородна.

Во-первых, по продолжительности занятий КИ. Наряду с играющими в КИ 3-4 часа в день (87,5% мальчиков и 90,8% девочек), имеются подростки, играющие по ночам (10,2% мальчиков и 7,4% девочек) и подростки, играющие ежедневно 5 и более часов (2,3% мальчиков и 1,8% девочек). Во-вторых, жанровые предпочтения подростков группы риска также оказались неодинаковыми. Чаще всего мальчики предпочитают игры-драки (27,1%), логические игры, включая азартные (20,6%). 17,5% выбирают игры-приключения, 12,8% - стратегии. Самыми непопулярными являются игры-симуляторы - 3,8%. 18,2% подростков-мальчиков не имеют вообще каких-либо предпочтений, а играют «во все подряд».

Жанровые предпочтения девочек группы риска несколько другие. Самыми популярными среди девочек являются логические игры. В них играют 42,3% девочек. Далее идут игры-приключения - 20,9%. Удивительно, но 12,3% девочек так же, как и мальчики, играют в игры-драки. Реже всего девочки обращаются к играм-стратегиям (8,6%) и симуляторам (4,1%). Достоверно меньше девочек ($p < 0,05$), чем мальчиков, играют без разбора - «во все подряд» (11,8%).

В-третьих, практически 2/3 подростков (63,4% мальчиков и 63,6% девочек), ежедневно продолжительно играющих в КИ, не считают, что это занятие мешает им в повседневной жизни. И только чуть больше четверти подростков (26,6% мальчиков и 26,4% девочек) утверждают, что им приходится «жертвовать» ради КИ чтением книг, встречами с друзьями, просмотром телепередач, прослушиванием музыки, игнорировать выполнение домашних поручений, пропускать занятия в кружках и секциях и даже занятия в училище или колледже (табл. 2).

Таблица 2.

Распределение подростков группы риска в зависимости от того, какие мероприятия или занятия они пропускают ради компьютерных игр (в %)

Вид занятий	Пол		Достоверность различий по критерию t
	М	Д	
Чтение книг	13,9	9,7	$p < 0,01$
Просмотр телепередач	8,9	11,0	$P < 0,05$
Встречи и прогулки с друзьями	5,3	5,3	$p > 0,05$
Выполнение домашних поручений	4,4	5,1	$p > 0,05$
Посещение доп. занятий, кружков, секций	2,8	4,4	$p < 0,05$
Занятия в училище, колледже	1,2	0,9	$p > 0,05$

Более того, 20% мальчиков и 21,5% девочек из числа ежедневно длительно играющих в компьютерные игры признают, что столь длительные занятия КИ порождают целый ряд проблем: это ссоры с родителями и родственниками (4,8% мальчиков и 3,9% девочек), снижение успеваемости у 4,6% мальчиков и 5,7% девочек. Ухудшение памяти и внимания отмечают 1,4% мальчиков и 1,4% девочек.

В-четвертых, у подростков группы риска, ежедневно проводящих за КИ 3 и более часов в день, разная степень увлеченности занятиями КИ. Практически каждый второй подросток, как среди мальчиков, так и среди девочек, готов променять это занятие на что угодно, что увлечет или будет полезным и интересным. Еще около четверти подростков (24,8% мальчиков и 26,9% девочек) готовы оставить занятия КИ ради встречи с друзьями и общения с родителями и родственниками. Около 13% мальчиков и 15,5% девочек отвлекутся от КИ в связи с необходимостью выполнить домашние учебные задания или поручения по дому. И 5% мальчиков и девочек «оторвутся» от КИ, только если на этом будут сильно настаивать родители. Но 6% мальчиков и 4% девочек настолько поглощены и увлечены КИ, что они не променяют это занятие «ни на что другое». Именно эти две последние подгруппы подростков вызывают наибольшую озабоченность, т. к. у них можно подозревать начало формирования игровой зависимости.

Характеристика подростков, ежедневно длительно занимающихся КИ, была бы не полной без характеристики их состава семьи, контроля и внимания, оказываемого им родителями, успеваемости и анализа проведения свободного времени.

Анализ данных характеристик для большей наглядности был проведен в сравнении подростков группы риска с подростками «редко и мало играющими» (ежемесячно, еженедельно и ежедневно до 2 часов в день).

Как показал данный анализ, подростки группы риска чаще проживают в полной семье, чем подростки «редко и мало играющие» (рис. 1, 2). Практически 2/3 подростков группы риска, как мальчиков (65,0), так и девочек (62,8), проживают в полной семье с обоими родителями. В группе «редко и мало играющих» лишь больше 1/2 - 57,9% мальчиков и 54,7% девочек. Только с одним родителем, в основном с матерью, среди подростков группы риска проживает 20,7% мальчиков и 17,4% девочек, в группе же «редко и мало играющих» достоверно больше - 28,4% мальчиков и 28,9% девочек ($p < 0,001$). Не имеют родителей либо проживают в детском доме в среднем 11% подростков из обеих групп ($p > 0,05$).

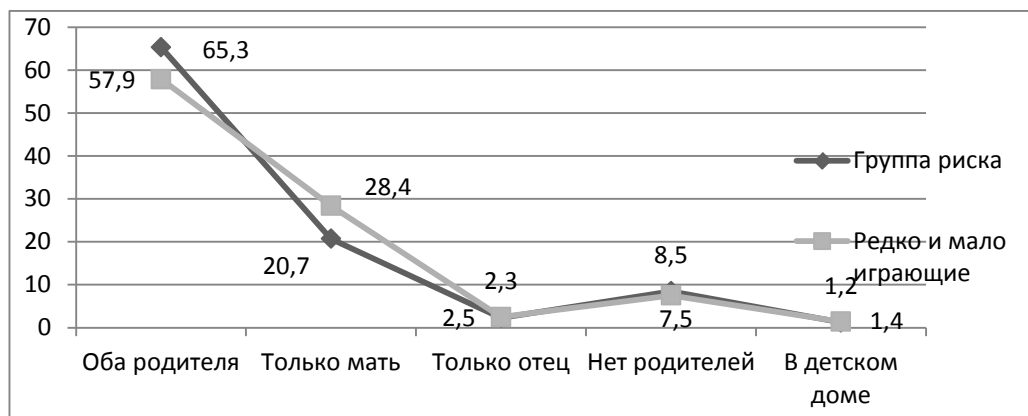


Рис. 1. Состав семьи подростков-мальчиков группы риска и «редко и мало играющих» (в %).

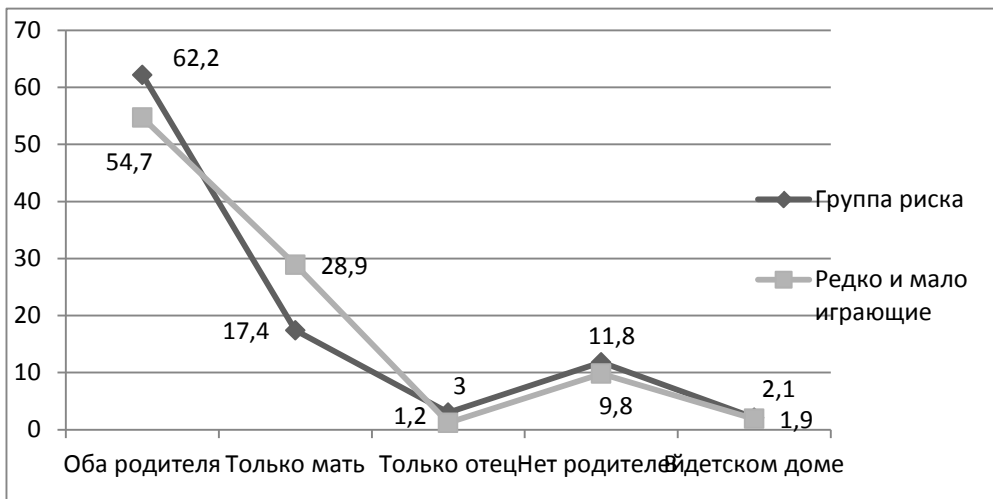


Рис. 2. Состав семьи подростков-девочек группы риска и «редко и мало играющих» (в %).

Подросткам группы риска уделяется больше внимания со стороны обоих родителей по сравнению с подростками «редко и мало играющими» (рис. 3, 4). Практически каждому второму подростку группы риска, как среди мальчиков (51,7%), так и среди девочек (47,4%), уделяется внимание со стороны обоих родителей. Подростки группы «редко и мало играющих» существенно уступают по этой позиции подросткам группы риска. Лишь треть девочек (35,9%) и около 40% мальчиков (39,2%) из этой группы «удостоены» внимания обоих родителей. Но подросткам «редко и мало играющим» больше уделяется внимания со стороны матери, чем подросткам группы риска (различия достоверны $p < 0,001$) (Рис. 3, 4). Уделяется внимание и осуществляется контроль со стороны родственников 8% мальчиков и 11,3% девочек группы риска, а в группе «редко и мало играющих» - 8% мальчиков и 5% девочек. Различия достоверны только в отношении девочек ($p < 0,001$).

Несмотря на то, что около 11% подростков в обеих группах не имеют родителей, только 6% подростков обделены каким-либо вниманием со стороны родственников или взрослых ($p > 0,05$).

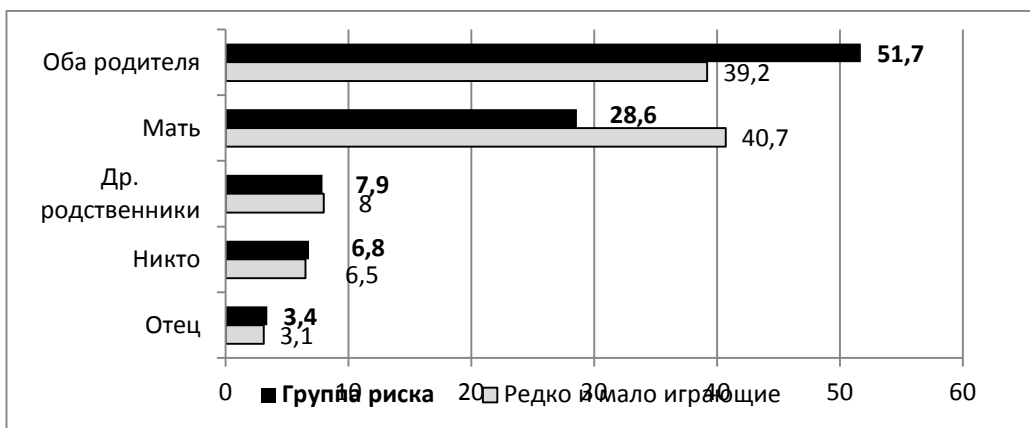


Рис. 3. Распределение подростков-мальчиков группы риска и «редко и мало играющих» по контролю и вниманию со стороны родителей (в %).

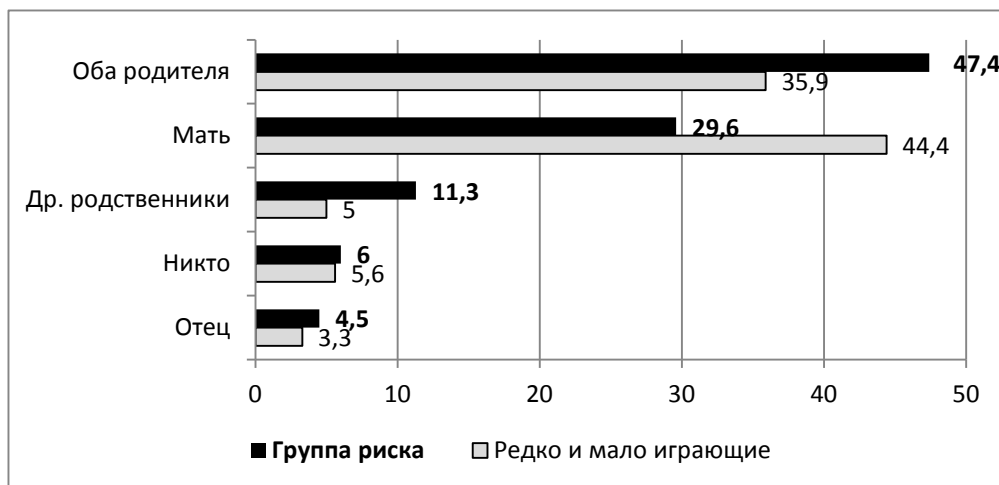


Рис. 4. Распределение подростков-девочек группы риска и «редко и мало играющих» по контролю и вниманию со стороны родителей (в %).

64,6% мальчиков и 53,1% девочек группы риска учатся удовлетворительно (рис. 5, 6), 27,1% мальчиков и 41,2% девочек этой группы учатся даже «хорошо», и только 8% мальчиков и 5% девочек этой группы имеют плохую успеваемость.

Подростки «редко и мало играющие» практически имеют такую же успеваемость. Небольшие отличия отмечаются лишь по «хорошо» успевающим. Мальчики группы риска достоверно уступают по хорошей учебе мальчикам «редко и мало играющим» ($p < 0,05$), среди девочек группы риска достоверно большее число «неуспевающих» по сравнению с девочками «редко и мало играющими» ($p < 0,05$).

Интересные факты выявило изучение проведения свободного времени подростками группы риска (табл. 3). Только 11,3% мальчиков и 4,2% девочек этой группы рассматривают КИ как основное свое занятие в свободное время. Еще 10,2% мальчиков и 14,4% девочек посвящают все свое свободное время исключительно интернету. Остальные подростки группы риска, несмотря на ежедневные продолжительные занятия компьютерными играми, находят время и для других видов досуга: 14,8% мальчиков и 11,2% девочек проводят время с друзьями во дворе; 13,8% мальчиков и 13,2% девочек имеют то или иное хобби; 6,4% мальчиков и 19,1% девочек помогают по дому; 25,7% мальчиков и 13,8% девочек посещают секции, кружки, фитнес-клубы (табл. 3). Более того, 4,7% мальчиков и девочек этой группы считают, что у них много содержательных занятий. Читают книги лишь 4,3% мальчиков и 9% девочек.

Сравнение характера проведения свободного времени подростками группы риска и подростками «редко и мало играющими» (табл. 3) обнаруживает только несколько существенных различий, а именно: подростки группы риска, как мальчики, так и девочки, достоверно чаще проводят время с друзьями, посещают секции, кружки и фитнес-клубы. Но они существенно уступают подросткам «редко и мало играющим» по числу имеющих много содержательных занятий (различия достоверны, $p < 0,001$). Кроме того, девочки группы риска превосходят девочек из группы «редко и мало играющих» по посещениям дискотек и помощи по дому.

Таблица 3.

Распределение подростков группы риска и «редко и мало играющих» по характеру проведения свободного времени (в %)

Вид занятий	«Группа риска»		«Редко и мало играющие»		Достоверность различий по критерию t	
	М	Д	М	Д	М	Д
С друзьями во дворе	14,8	11,2	10,9	8,1	5,1	3,4
ТВ, кино	2,0	3,2	1,8	3,3	0,6	0,2
Дискотека	2,0	1,9	2,4	1,0	1,2	2,4
Кафе, бар	2,5	2,6	1,8	2,0	2,1	1,3
КИ	11,3	4,2	9,0	1,9	3,2	5,8
Интернет	10,2	14,4	8,9	13,2	1,9	1,5
Чтение книг	4,3	9,0	3,7	8,3	1,3	0,8
Хобби	13,8	13,2	12,3	11,5	1,9	1,7
Помощь по дому	6,4	19,1	6,0	15,0	0,7	3,6
Волонтеры	1,1	1,4	0,8	1,7	1,3	0,8
Работа	0,6	0,5	0,9	0,8	0,5	1,2
Секции, кружки	25,7	13,8	19,0	10,4	7	3,4
Много содержательных занятий	4,7	4,7	21,7	22,2	22,2	16,1

Таким образом, сравнение подростков группы риска с группой «редко и мало играющих» показало, что подростки группы риска имеют некоторые более благоприятные условия жизни, а именно: по количеству проживающих в полной семье, по контролю и вниманию со стороны родителей, но уступают им по числу «хорошо» успевающих (мальчиков) и числу имеющих много содержательных занятий.

Если резюмировать в целом социально-гигиенический «портрет» подростка группы риска, то это, как правило, подросток, проживающий в полной семье, которому уделяется достаточно внимания со стороны обоих родителей. Несмотря на ежедневные продолжительные занятия КИ он имеет «удовлетворительную» успеваемость и находит время для других видов досуга: либо посещения секций, кружков, фитнес-клуба, либо встреч с друзьями и занятий любимым хобби. И в 90 % случаев этот подросток не имеет «патологического» пристрастия, сверхсильной увлеченности КИ, которое могло бы свидетельствовать о формировании зависимости от КИ.

Однако на подростков группы риска необходимо обращать внимание, поскольку именно в этой группе находятся те 10% подростков, которые имеют «чрезмерное пристрастие» к КИ и которые не хотят (или, возможно, уже не могут) променять это занятие ни на что другое. Именно этих подростков необходимо выявлять для своевременного оказания им специализированной психотерапевтической помощи, направленной на предотвращение формирования зависимости от КИ.

ЛИТЕРАТУРА

1.Аветисов А. А. Психологические особенности игроков в компьютерные игры // Психология. Журнал Высшей школы экономики. - 2011. - Т. 8, № 4. - С. 36-37.

2.Агibalова Н. И., Данилова М. В. Особенности компьютерной игровой зависимости среди подростков // Молодой ученый. - 2014. - № 20. - С. 547-549.

3.Войскунский А.Е., Аветисова А.А. О психологической диагностике игровых и образовательных интернет-ресурсов (на материале ресурсов для дошколь-

ников) // Методология и история психологии: научный журнал. 2009. Т. 4. Выпуск 4. URL: http://mhp-journal.ru/rus/2009_v4_n4_07 (дата обращения: 6.07.2016).

4. Волкова Е.Н., Гришина А.В. Оценка распространенности игровой компьютерной зависимости у младших школьников // Вестник Минского университета. 2014, № 3. URL: <http://vestnik.mininuniver.ru/upload/iblock/7f2/2-otsenka-rasprostranennosti-igrovoy-kompyuternoy-zavisimosti-u-mladshikh-podrostkov.pdf> (дата обращения: 6.07.2016).

5. Гришина А.В. Психологические факторы возникновения и преодоления игровой компьютерной зависимости в младшем подростковом возрасте: Автореферат дис. канд. психол. наук. - Нижний Новгород, 2011. - 26 с.

6. Липков А.И. Ящик Пандоры: Феномен компьютерных игр в мире и в России. - М.: Изд-во ЛКИ, 2008. - С. 28-61.

7. Научный отчет по выполнению проекта «Изучение распространенности игровой зависимости среди молодежи и разработке мер по ее профилактике», поддержанного грантом в соответствии с распоряжением Президента Российской Федерации от 14 апреля 2008 года № 192-рп. URL: <http://refdb.ru/look/3941755.html> (дата обращения: 6.07.2016).

8. Пережогин Л.О., Вострокнутов Н.В. Нехимическая зависимость в детской психиатрической практике // Российский психиатрический журнал. - 2009. - № 4. - С. 86-91.

9. Сизов С.В., Синичкин Д.В. Интернет-аддикция как форма нехимической зависимости и ее распространенность в среде студентов СГМУ им. В.И. Разумовского // Бюллетень медицинских интернет-конференций. Выпуск № 3, том 3, 2013. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/internet-addiksiya-kak-forma-nehimicheskoy-zavisimosti-i-eyo-rasprostranyonnost-v-srede-studentov-sgmui-v-i-razumovskogo> (дата обращения: 6.07.2016).

10. Скворцова Е.С., Постникова Л.К. Занятия компьютерными играми и интернетом среди городских российских школьников 15-17 лет (по данным мониторинга 2010-2011 гг.). Информационное письмо. - М.: ЦНИИОИЗ, 2014. - 24 с.

11. Скворцова Е.С., Постникова Л.К. Занятия компьютерными играми и интернетом среди городских подростков, учащихся училищ начального профессионального образования в России в 2013-2014 гг. Ч.2 (по данным мониторинга 2013-2014 гг.). Информационное письмо. - М.: ЦНИИОИЗ, 2015г. - 32 стр.

12. Урсу А.В. Сверхценное увеличение компьютерными играми детей и подростков. Распространенность и клинико-психопатологические проявления: Автореф. дис. канд. мед. наук. - М., 2012. - 19 с.

13. Филатова Т.П. Особенности организации и проведения первичной психолого-педагогической профилактики компьютерной игровой аддикции среди подростков // Психология и педагогика: методика и проблемы практического применения. Выпуск № 47. - 2015. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-organizatsii-i-provedeniya-pervichnoy-psihologo-pedagogicheskoy-profilaktiki-kompyuternoy-igrovoy-addiksii-sredi> (дата обращения: 6.07.2016).

14. Фомичева Ю.В., Шмелев А.Г., Бурмистров И.В. Психологические корреляты увлеченности компьютерными играми // Вестник МГУ. Психология. - 1991. - № 3. - С. 27-39.

15. Щевлягина М.Б. Методика диагностика компьютерной зависимости. // Материалы Сборника тезисов Всероссийской научной конференции: современная психодиагностика в изменяющейся России, 2008 г. URL: http://dep.psytest.ru/ru/Poleznaja_informacija/Stati/Schevljagina_M.B._Metodika_diagn

ostiki_kompjuterno_zavisimosti. (дата обращения: 6.07.2016).

1. Avetisov A. A. Psihologicheskie osobennosti igrokov v komp'juternye igry // Psihologija. Zhurnal Vysshej shkoly jekonomiki. - 2011. - T. 8, № 4. - S. 36-37.

2. Agibalova N. I., Danilova M. V. Osobennosti komp'juternoj igrovoj zavisimosti sredi podrostkov // Molodoy uchenyj. - 2014. - № 20. - S. 547-549.

3. Vojskunsij A.E., Avetisova A.A. O psihologicheskoy diagnostike igrovyyh i obrazovatel'nyh internet-resursov (na materiale resursov dlja doskol'nikov) // Metodologija i istorija psihologii: nauchnyj zhurnal. 2009. T. 4. Vypusk 4. URL: http://mhp-journal.ru/rus/2009_v4_n4_07 (data obrashhenija: 6.07.2016).

4. Volkova E.N., Grishina A.V. Ocenka rasprostranennosti igrovoj komp'juternoj zavisimosti u mladshih shkol'nikov // Vestnik Minskogo universiteta. 2014, № 3. URL: <http://vestnik.mininuniver.ru/upload/iblock/7f2/2-otsenka-rasprostranennosti-igrovoy-kompyuternoy-zavisimosti-u-mladshikh-podrostkov.pdf> (data obrashhenija: 6.07.2016).

5. Grishina A.V. Psihologicheskie faktory vozniknovenija i preodolenija igrovoj komp'juternoj zavisimosti v mladšem podrostkovom vozraste: Avtoreferat dis. kann. psiholog. nauk. - Nizhnij Novgorod, 2011. - 26 s.

6. Lipkov A.I. Jashhik Pandory: Fenomen komp'juternyh igr v mire i v Rossii. - M.: Izd-vo LKI, 2008. - S. 28-61.

7. Nauchnyj otchet po vypolneniju proekta «Izuchenie rasprostranennosti igrovoj zavisimosti sredi molodezhi i razrabotke mer po ee profilaktike», podderzhannogo grantom v sootvetstvii s rasporyazheniem Prezidenta Rossijskoj Federacii ot 14 aprelya 2008 goda № 192-rp. URL: <http://refdb.ru/look/3941755.html> (data obrashhenija: 6.07.2016).

8. Perezhogin L.O., Vostroknutov N.V. Nehimicheskaja zavisimost' v detskoj psihiatricheskoy praktike // Rossijskij psihiatricheskij zhurnal. -2009. - № 4. - S.86-91.

9. Sizov S.V., Sinichkin D.V. Internet-addikcija kak forma nehimicheskoy zavisimosti i ee rasprostranennost' v srede studentov SGMU im. V.I. Razumovskogo // Bjulleten' medicinskih internet-konferencij. Vy-pusk № 3, tom 3, 2013. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/internet-addiktsiya-kak-forma-nehimicheskoy-zavisimosti-i-eyo-rasprostranyonnost-v-srede-studentov-sgmu-im-v-i-razumovskogo> (data obrashhenija: 6.07.2016).

10. Skvorcova E.S., Postnikova L.K. Zanjatija komp'juternymi igrami i internetom sredi gorodskih rossijskih shkol'nikov 15-17 let (po dan-nym monitoringa 2010-2011 gg.). Informacionnoe pis'mo. - M.: CNIIOIZ, 2014. - 24 s.

11. Skvorcova E.S., Postnikova L.K. Zanjatija komp'juternymi igrami i internetom sredi gorodskih podrostkov, uchashhihsja uchilishh nachal'nogo professional'nogo obrazovaniya v Rossii v 2013-2014 gg. Ch.2 (po dannym monitoringa 2013-2014 gg.). Informacionnoe pis'mo. - M.: CNIIOIZ, 2015g. - 32 str.

12. Ursu A.V. Sverhcnnoe uvelichenie komp'juternymi igrami detej i podrostkov. Rasprostranennost' i kliniko-psihopatologicheskie proyavleniya: Avtoref. dis. kand. med. nauk. - M., 2012. - 19 s.

13. Filatova T.P. Osobennosti organizacii i provedeniya pervichnoj psihologo-pedagogicheskoy profilaktiki komp'juternoj igrovoj addik-cii sredi podrostkov // Psihologija i pedagogika: metodika i problemy prakticheskogo primeneniya. Vypusk № 47. - 2015. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-organizatsii-i-provedeniya-pervichnoy-psihologo-pedagogicheskoy-profilaktiki-kompyuternoy-igrovoy-addiktsii-sredi> (data obrashhenija: 6.07.2016).

14. Fomicheva Ju.V., Shmelev A.G., Burmistrov I.V. Psihologicheskie korreljaty uvlechennosti komp'juternymi igrami // Vestnik MGU. Psihologija. - 1991. - № 3. - S.

27-39.

15. Shhevljagina M.B. Metodika diagnostika komp'juternoj zavisimosti. // Materialy Sbornika tezisov Vserossijskoj nauchnoj konferencii: sovremennaja psihodiagnostika v izmenjajushhejsja Rossii, 2008 g. URL: http://dep.psyttest.ru/ru/Poleznaja_informacija/Stati/Schevljagina_M.B._Metodika_diagnostiki_kompjuterno_zavisimosti

16. Charlton J.P., Danforth I.D.W. Distinguishing addiction and high engagement in the context of online game playing // Computers in Human Behavior. - 2007. - № 23. - P. 154.

17. Chiu S., Lee J., Huang D. Video game addiction in children and teenagers in Taiwan // Cyberpsychology & Behavior. – 2004. – № 7. – P. 571.

18. Conrad, B. Child video game addiction – facts and solutions [Electronic resource] // B. Conrad. – Access mode: <http://www.techaddiction.ca/child-videogame-addiction.html>.

19. Griffiths M.D. Online gaming addiction: the role of sensation seeking, self-control, neuroticism, aggression, state anxiety, and trait anxiety / M.D. Griffiths, M. Mehroof // Cyberpsychology, behavior, and social networking. – 2010. – No. 13(3). – P. 313-316.

E.S. Skvortsova

THE PHENOMENON OF THE DAILY DURATION OF EMPLOYMENT IN COMPUTER GAMES AMONG ADOLESCENTS

(PREVALENCE, STRUCTURE, IMPLICATIONS AND PROBLEMS)

FGBI "Central Research Institute for Public Health" of the Russian Federation Ministry of Health (Moscow).

Summary. Research is devoted to the study of the socio-sanitary characteristics of adolescents, students of schools of initial vocational training, every day dealing with computer games and more than three hours a day. It was found that only about one-third of these teens because prolonged occupation electronic games have a number of problems: the decline in academic performance, absenteeism in PU, quarrels with parents, etc. Some of these teens say the deterioration of memory and attention, and about 10% of adolescents have symptoms of excessive enthusiasm for computer games with the risk of dependence on them.

Keywords: adolescents, computer games, the prevalence of the "risk group" problem.

РОЛЬ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЕМЕЙНОЙ ПОЛИТИКИ В ФОРМИРОВАНИИ И РАЗВИТИИ ТРАДИЦИОННЫХ СЕМЕЙНЫХ ЦЕННОСТЕЙ: ИСТОРИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

Российский государственный социальный университет (Москва).

Резюме. Рассмотрены вопросы государственной семейной политики, касающиеся проблем поддержки молодой семьи. Представлен краткий анализ реализации государственной семейной политики в советский период, выявлены позитивные и негативные её моменты. Дана характеристика государственной социальной политики в отношении института семьи, традиционных семейных ценностей в переходный период России, начиная с 1991 г. Рассмотрены и прокомментированы основные положения принятой Концепции государственной политики в отношении молодой российской семьи. Предложен ряд мер по улучшению сложившейся ситуации в России, связанной с развитием института традиционной семьи.

Ключевые слова: государственная семейная политика, молодая семья, зарегистрированный брак, гражданский брак, традиционные семейные ценности, семейные отношения.

Государственная семейная политика во все исторические периоды развития российского государства выступала важнейшим социальным инструментом, консолидирующим общество, снижающим социальную напряженность на основе актуализации традиционных ценностей семьи и семейного образа жизни. Наличие множества проблем в развитии традиционной российской семьи сегодня, трансформация системы ценностей общества побуждает государство к поиску новых форм осуществления семейной политики, направленных на сохранение и укрепление престижа семьи и семейного образа жизни, признающих общественную и личную значимость семейной жизни³.

Анализ исторического развития и современного состояния государственной семейной политики в нашей стране показывает, что она долгое время отождествлялась с государственной социальной политикой России. За время исторического становления и развития нашей страны был накоплен большой опыт по ее выработке и реализации, который, несомненно, несет в себе высокий потенциал (социально-политический, социально-педагогический, организационно-правовой, др.) [1-6].

Особый интерес в разработке и реализации государственной семейной политики представляет советский период. В этой связи представляем краткий обзор эволюции развития государственной семейной политики начиная с 1917 г.⁴.

1 этап включает период с 1917 г. до первой половины 1930-х гг. Были созданы особые условия для работающих женщин-матерей: выплата пособий по беременности и родам, оплачиваемые перерывы на кормление ребенка. При этом материальные меры были направлены не на семью в целом, а конкретно на городских женщин-работниц как особую социально-демографическую группу населения.

2 этап, включающий период со второй половины 30-х гг. до 70-гг., характеризуется пропагандой многодетности. Вводятся пособия на детей многодетным матерям, запрещаются аборт, ужесточается процедура разводов и, как следствие, увеличиваются размеры алиментов на детей. Вместе с тем необходимо отметить, что на

³Макдональд П. Низкая рождаемость и государство: эффективность политики // Низкая рождаемость в Российской Федерации: вызовы и стратегические подходы: матер. междунар. семинара. - М., 15–16 сентября 2006 г. С. 27–56.

⁴Климантова Г.И. Государственная семейная политика в условиях социально-политической трансформации современной России.- М.: Триада Лтд.2001 г.- С. 29-35.

государственном уровне пропагандируется только роль многодетной матери (вводятся награды «Медаль материнства», «орден «Материнская слава»). Впервые в 1944 г. вводятся пособия на детей одиноким матерям. Роль отца нивелирована.

На 3-м этапе (70-80-е гг.) с целью преодоления малообеспеченности семей с детьми были введены пособия на детей следующим категориям семей: малообеспеченным (1974 г.); с детьми-инвалидами (1979 г.); вдовам, не получающим на детей пенсии по случаю потери кормильца (1986 г.); на детей, родители которых уклоняются от уплаты алиментов (1985 г.). Также были увеличены пособия одиноким матерям (1981 г.). Основная мера материальной поддержки семей с детьми на данном этапе – отпуска и пособия по уходу за малолетним ребенком до достижения им возраста одного года (1981-1983 гг.), полутора лет (с 1989 г.).

Таким образом, завершая краткий обзор государственной семейной политики в советский период, необходимо отметить, что она оформилась в виде важной самостоятельной области социальной политики РФ. В определенном смысле следует согласиться с учеными-фамилистами, что в рассматриваемый период советская семья была поставлена в прямую зависимость от государства и не могла нормально существовать без его поддержки на принципах государственного патернализма⁵.

Начало 90-х гг. характеризуется как период социально-политической, социокультурной и экономической трансформации России. Наблюдаются кардинальные, революционные изменения во всех сферах и областях жизнедеятельности нового российского общества. Происходит переоценка государственной социальной политики в отношении института семьи, традиционных семейных ценностей. Многие изменения закрепляются в Конституции РФ, принятой в 1993 г. Институт семьи, материнства, отцовства и детства, охрана которых гарантирована в ст. 38 Конституции РФ, является предметом особой защиты российского государства. Можно говорить о том, что данный период характеризуется началом процесса модернизации государственной семейной политики в соответствии с новыми социально-экономическими реалиями.

Несмотря на все трудности переходного периода, возросшее внимание к семье получило отражение в Семейном кодексе РФ, в подзаконных актах. В эти годы принимались самые различные меры по законодательному закреплению семейных прав граждан (пособия на детей, налоговые и другие социальные льготы). Заметно усилилось внимание к проблемам семьи в регионах страны. Формировались органы власти и сеть учреждений и организаций, занимающихся проблемами семьи, женщин, детей, их поддержкой и социально-педагогическим сопровождением.

В 2000-е гг. сформировались позитивные тенденции в деятельности российского государства по отношению к семье. Возникла необходимость принятия радикальных мер по оптимальной и качественной реализации государственной семейной политики. В ряде концептуальных документов нашли отражение интересы семей, в том числе и молодых семей, являющихся в настоящее время активными социальными субъектами процесса реализации мер государственной семейной политики.

Отметим, что одним важнейшим концептуальным документом, который позволил не только установить статус молодой семьи, но и определил критерии ее благополучия, является разработанная ведущими учеными-фамилистами (А.И. Антонов, Г.И. Климантова, Т.К. Ростовская) Концепция государственной политики в отношении молодой семьи⁶ (далее – Концепция), которая была утверждена Минобрнауки РФ 8 мая 2007 г. Необходимость разработки обозначенной Концеп-

⁵Патернализм — система отношений, основанная на покровительстве, опеке и контроле старшими младших (подопечных), а также подчинении младших старшим.

⁶Письмо Минобрнауки России от 08.05.2007 № АФ-163/06.

ции была связана с рядом объективных и субъективных факторов. Отметим наиболее существенные:

Во-первых. В современном российском социуме возникла сложная социокультурная ситуация, обусловленная усиливающейся тенденцией по деградации традиционных ценностей в обществе, требующая срочных мер по формированию традиционных семейных ценностей в молодежной среде, их мотивации на создания прочной, счастливой семьи, ориентированной на рождение и воспитание детей (не менее трех).

Во-вторых. В РФ значительную часть российских семей составляют молодые семьи (более 10 млн. семей), которые представляют важный стратегический ресурс, обеспечивающий безопасность российского государства и общества, прежде всего, демографическую, социокультурную, трудовую. Следовательно, возникла целесообразность формирования автономной государственной социальной политики в отношении молодой российской семьи.

В-третьих. Выделение молодых семей в отдельную категорию способствует более эффективному и адресному решению их социально-экономических проблем, что, безусловно, влияет на улучшение демографического потенциала страны. Деторождение, а следовательно развитие человеческого капитала (потенциала) в РФ связано с жизнедеятельностью благополучной молодой семьи (3/4 общего числа детей - у родителей моложе 30 лет).

Таким образом, благодаря настоящей Концепции впервые на государственном уровне в качестве оценки при анализе различных типов молодых семей была апробирована модель благополучной молодой семьи, которая отражает, прежде всего, *юридическую оформленность супружеских отношений и полноту семьи* (семья должна состоять из родителей и детей)⁷.

Рассмотрим более подробно обозначенные выше критерии модели благополучия молодой семьи.

1. Молодая семья осуществляет свою жизнедеятельность в зарегистрированном браке – путем его государственной регистрации в органах ЗАГС.

Несмотря на такое довольно распространенное явление в молодежной среде, как «гражданский брак», уровень брачности по-прежнему выступает важнейшим индикатором ценности брака для российской молодежи. *Брачный статус* – это положение человека по отношению к институту брака⁸. Брачный статус включает в себя только отношения супружества. Безусловно, следует согласиться с ведущим социологом А.И. Антоновым⁹, что в современном российском обществе важное значение для семьи как социального института имеет наличие или отсутствие официальной регистрации брачных отношений, юридического их оформления. С момента государственной регистрации заключения брака в органах ЗАГС у супругов не только возникают права и обязанности как личного, так и имущественного характера (ст. 31-46 СК РФ), но и отмечается высокий уровень ответственности мужчины за сохранение семьи в целом.

В этой связи являются актуальными помощь и поддержка в развитии и становлении благополучной (традиционной) молодой семьи в качестве субъекта социальной структуры российского общества. Формирование образа благополучной молодой российской семьи, живущей в зарегистрированном браке, ориентированной на рождение и воспитание детей на основе традиционной для России системы

⁷Ростовская, Т.К. Благополучие молодой семьи - основа качества жизни молодежи/ Ростовская Т.К.// Международный академический вестник. - № 1. – 2014. - С.30-33.

⁸Демография : учебник для высших учебных заведений //Под редакцией проф. Волгина Н.А. и проф. Рыбаковского Л.Л. - М.,2003. - 263 с.

⁹Социология семьи : учебник. / Под редакцией А.И.Антонова. - М., 2005. - С.291.

ценностей, является приоритетным направлением Основ государственной молодежной политики в РФ на период до 2025 г. (далее – Основы ГМП до 2025 г.)¹⁰.

Также необходимо подчеркнуть, что впервые в российском обществе в качестве основного критерия отнесения к категории молодой семьи обозначается ценность первого зарегистрированного брака. Таким образом, в настоящее время статус молодой семьи определен Основами ГМП до 2025 г. и обозначает семейную пару, «...состоящую в первом зарегистрированном браке, в которой возраст каждого из супругов либо одного родителя в неполной семье не превышает 30 лет (для участников жилищных программ поддержки молодых семей возраст супругов увеличивается до 35 лет)».

Обозначая динамику брачной структуры молодежи в РФ, в первую очередь необходимо подчеркнуть ценность первого зарегистрированного брака - критерий, который впервые включен в *статус благополучной молодой семьи*.

2. Молодая семья ориентирована на детность и многодетность – воспроизводство здорового и полноценного потомства.

Одной из главных функций, которые реализуются в семье, является демографическая, репродуктивная (детородная). К сожалению, в современном российском обществе нарушена историческая социокультурная преемственность, касающаяся традиционных основ семьи (рождения трех и более детей, воспитательной роли родителей, матери-хозяйки, др.).

Анализ создавшейся ситуации в стране говорит о том, что эта функция осуществляется далеко не в полной мере, что во многом предопределяет недостаточную степень воспроизводства человеческого капитала и содержит серьезную угрозу для национальной безопасности. Ведущие российские ученые связывают обозначенные негативные тенденции с демографическим кризисом, который проявляется в устойчивых установках в массовом сознании, прежде всего молодых граждан, на малодетность или даже на бездетность.

Разумеется, не менее важным фактором развития молодой детной семьи являются экономические условия ее жизнедеятельности. В этой связи отметим основные направления государственной поддержки экономической устойчивости молодой семьи в современной России.

1. Улучшение жилищных условий членов молодых семей – одна из важнейших задач государственной социальной политики. Благодаря действующей подпрограмме «Обеспечение жильем молодых семей», входящей в состав федеральной целевой программы «Жилище», в 2011-2015 гг. за счет средств федерального бюджета и консолидированного бюджета субъектов РФ более 159 тысяч молодых семей улучшили свои жилищные условия; в 2016 г. социальные выплаты до конца года должны были получить 18,91 тыс. молодых семей¹¹.

Безусловно, поддержка молодых семей при решении жилищной проблемы является основой стабильности условий жизнедеятельности для этой наиболее активной части населения, влияет на улучшение демографической ситуации. Вместе с тем следует обратить внимание, что для многих членов молодых семей приобретение жилья является трудновыполнимой задачей, связанной, в первую очередь, с комплексом социально-бытовых и экономических проблем. Зачастую молодая семья, не имея достаточных материальных возможностей, пытается жить самостоятельно от родителей, оплачивая не только ипотечный кредит, но и арендованное (съемное) жилье, что приводит к существенным экономическим проблемам жиз-

¹⁰Распоряжение Правительства Российской Федерации от 29 ноября 2014 г. № 2403-р «Об утверждении Основ государственной молодежной политики в Российской Федерации до 2025 года»

¹¹Российский строительный комплекс. - 2016-январь-февраль. С.30-31.

недеятельности членов молодых семей.

Считаем, что решение данной проблемы носит комплексный характер, затрагивающий всю сложную систему социальных взаимодействий молодой семьи (культура отношений со своими родителями, экономическая грамотность во взаимодействии с финансовыми структурами, навыки взаимодействия при ведении общего семейного хозяйства и др.). В этой связи необходимо в молодежной среде формировать и развивать культуру социального взаимодействия и межпоколенной коммуникации.

2. С 1 января 2007 г. при рождении второго ребенка или последующих детей выплачивается материнский (семейный) капитал. Данная мера имеет положительный эффект и способствует стимулированию рождаемости в молодых семьях, так как более 95,1% семей, воспользовавшись средствами материнского (семейного) капитала, направили их на улучшение жилищных условий (в 2015 г. размер материнского (семейного) капитала составил 453 026 тыс. рублей)¹². Вместе с тем считаем целесообразным рассмотреть вопрос о внесении изменений и дополнений в Федеральный закон от 29.12.2006 г. № 256-ФЗ (ред. от 02.07.2013 г.) «О дополнительных мерах государственной поддержки семей, имеющих детей»¹³ в части выплаты материнского семейного капитала на каждого ребенка (а не одного, как в настоящее время) при рождении второго и последующих детей. Также следует рассмотреть и принять другие стимулирующие законы (законопроекты) по данному направлению. Имеет смысл выдача льготных кредитов на улучшение жилищных условий молодым семьям на рождение трех и более детей с последующим погашением за счет государства.

Отмечая роль государственной демографической политики в решении социально-экономических проблем российской молодежи, необходимо подчеркнуть, что динамика показателей рождаемости в России будет во многом зависеть в дальнейшем от того, насколько успешно будут реализованы меры, направленные на ее повышение, на поддержку детной (многодетной) молодой семьи. Речь при этом идет не о предусмотренном и уже осуществляющемся повышении размеров пособий и материнского (семейного) капитала в зависимости от инфляции (такого рода действия не будут расцениваться населением как развитие системы помощи семьям с детьми), а о принципиально новых мерах¹⁴.

Однако следует отметить, что только меры социальной и материальной поддержки молодой семьи не способны повысить рождаемость до уровня воспроизводства населения. Эффективность экономических мер не будет достигнута без создания в обществе атмосферы приоритета традиционных семейно-нравственных ценностей, поддержки и всестороннего укрепления института семьи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Егорычев А.М. Женщина русского мира: взгляд через историю // Женщина и наука: матер. научно-практ. конф. «Женщина и традиционные ценности российского общества» (5 апреля 2016 г.): сб. науч. ст. / под ред. Г.И. Климантовой. – М.: Изд-во РГСУ, 2016. – С. 108-116.

2. Егорычев А.М. Женщина русского мира: взгляд через историю // Женщина и наука: матер. научно-практ. конф. «Женщина и традиционные ценности российского общества» (статья) М.: Изд-во РГСУ. – С. 108-116.

3. Егорычев А.М. Женщина русского мира: образ прошлого и настоящего // Имидж женщины XXI века: успех, красота, стабильность: матер. III Межд. женского конгр. (Москва, 10 марта 2016) / под ред. Е.А. Петровой. – М.: Изд-во Ака-

¹²Российский строительный комплекс. - 2016-январь-февраль.С.30-31. "

¹³Собрание законодательства РФ, 01.01.2007, N 1 (1 ч.), ст. 19.

¹⁴Ростовская Т.К., Рязанцев С.В. Социально-демографические характеристики российской молодежи. Государственный советник, № 2, 2015, С. 66-75

дем. имеджелогии, 2016. – С. 289-295.

4. Егорычев А.М. Истоки основ формирования психологии мужчины и женщины славянского мира (исторический социально-философский анализ) // Ответственное отцовство: актуальные проблемы и пути их решения: сб. науч. статей / под ред. Е.А. Петровой. - М.: Изд-во Академия имиджелогии, 2015. – С. 76-90.

5. Егорычев А.М., Пинчук Д.Ю. Повышение педагогической культуры родителей дошкольников средствами народной педагогики // Ученые записки РГСУ. – 2015. – Т 14. – № 4 (131). – С. 168-176.

6. Ростовская Т.К., Егорычев А.М. Роль русской женщины в развитии социальной сферы государства // Человек в мире культуры: электронный научный журнал. 2016. - № 2 (18). - С. 31-38.

1. Egorichev A.M. Jenschina russkogo mira_ vzglyad cherez istoriyu // Jenschina i nauka_ mater. nauchno_prakt. konf. «Jenschina i tradicionnie cennosti rossiiskogo obshchestva» 5 aprelya 2016 g., sb. nauch. st. / pod red. G.I. Klimantovoi. – M.: Izd-vo RGSU. 2016. - S. 108-116.

2. Egorichev A.M. Jenschina russkogo mira vzglyad cherez istoriyu // Jenschina i nauka mater. Nauchno prakt. konf. «Jenschina i tradicionnie cennosti rossiiskogo obshchestva» _statya. - M.: Izd vo RGSU. – S. 108-116. Klimantovoi. – M.: Izd-vo RGSU. 2016. - S. 108-116.

3. Egorichev A.M. Istoki osnov formirovaniya psihologii mujchini i jenshini slavyanskogo mira istoricheskii socialno filosofskii analiz // Otvetstvennoe otcovstvo aktualnie problemi i puti ih resheniya sb. nauch. statei / pod red. E.A. Petrovoi. - M.: Izd-vo Akad. Imidjelogii. 2015. – S. 76-90.

4. Egorichev A.M. Jenschina russkogo mira: obraz proshlogo i nastoyaschego // Imidj jenshini XXI veka: uspeh krasota stabilnost mater. III Mejd. jenskogo kongr. – Moskva, 10 marta 2016 / pod red. E.A. Petrovoi. - M.: Izd-vo Akadem. Imedjelogii. 2016. – S. 289-295.

5. Egorichev A.M. Pinchuk D.Yu. Povishenie pedagogicheskoi kulturi roditelei doshkolnikov sredstvami narodnoi pedagogiki // Uchenie zapiski RGSU. – 2015. – Т 14. – № 4(131). – С. 168-176.

6. Rostovskaya T.K., Egorichev A.M. Rol russkoi jenshini v razvitii socialnoi sferi gosudarstva // Chelovek v mire kulturi elektronii nauchnii jurnal. 2016. - № 2(18). - S. 31-38.

T.K. Rostovskaya, A.M. Egorychev

THE ROLE OF THE STATE OF FAMILY POLICIES IN FORMATION AND DEVELOPMENT OF TRADITIONAL FAMILY VALUES: HISTORICAL ASPECT

FGBOU "Russian State Social University" (Moscow).

Summary. The problems of the state family policy concerning young family support issues. A brief analysis of the implementation of the state family policy in the Soviet period, revealed its positive and negative points. The characteristic of the state social policy in respect of the institution of family, traditional family values during the transition period in Russia, since 1991. Considered and commented on the basic provisions adopted by the Concept of state policy in relation to Russia's young family. A number of measures to improve the situation in Russia, coupled with the development of the traditional institution of the family.

Keywords: state family policy, a young family, a registered marriage, civil marriage, traditional family values, family relations.

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

О.П. Шмакова, Н.А. Мазаева**КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ОРГАНИЧЕСКИХ
ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, ДИАГНОСТИРОВАННЫХ
В ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (Москва).**

Резюме. Проанализированы клиничко-социальные исходы органических психических расстройств (ОПР), диагностированных психиатрами у детей в возрасте от 2 до 15 лет. Оценена эффективность помощи, оказанной до совершеннолетия. Прослежены 498 несовершеннолетних, зарегистрированных по поводу ОПР в ПНД № 21 г. Москвы. В 82% случаев ОПР компенсировались к моменту наступления совершеннолетия. ОПР, проявлявшиеся/сопровождаявшиеся выраженным снижением интеллекта, безремиссионным течением пароксизмальных состояний, декомпенсированным психопатоподобным синдромом, микстовые формы болезни становились причинами пожизненной инвалидизации. Показана высокая эффективность полипрофессиональной помощи.

Ключевые слова: органические психические расстройства, дети, подростки, полипрофессиональная помощь.

Органическая патология в структуре психических заболеваний детей и подростков может быть как самостоятельной нозологической категорией, так и биологической основой для формирования иных психических и поведенческих нарушений.

Изучение механизмов формирования и отдаленных исходов органических психических расстройств (ОПР) - весьма важный аспект детско-подростковой психиатрии. Органические психические расстройства относятся к наиболее часто встречающимся у несовершеннолетних. В контингенте, зарегистрированном ПНД, несовершеннолетние с ОПР составляют до 40% [3-5], среди пациентов подростковых полустационаров – 34%-40% [5, 7]¹⁵. Непсихотические формы ОПР по распространенности занимают первое/второе место в группе непсихотических расстройств [6, 9]. Среди патологии психотического уровня, регистрируемой у несовершеннолетних (при общей невысокой распространенности психозов в данной возрастной группе), органические психозы также занимают второе/первое место. Органические психические расстройства у подростков преобладают в судебно-психиатрической практике [1, 2]. Лица с ОПР составляют более 40% стационарно обследуемых допризывников [8].

Катамнестическое исследование в данной области позволяет уточнить динамику диагностирования расстройств, долгосрочные клиничко-социальные исходы болезни, эффективность проведенного лечения. Опосредованным показателем полезности профессиональных усилий является социально-трудовая адаптация пациентов во взрослом возрасте.

Целью настоящего исследования стал анализ клиничко-социальных исходов ОПР, диагностированных в детско-подростковом возрасте; рассмотрение факто-

¹⁵В МКБ-10 органические (в том числе симптоматические) психические расстройства составляют рубрику F0. ОПР детско-подросткового возраста в подавляющем большинстве случаев, согласно сложившейся практике, диагностируются с использованием подрубрик F06, F07.

ров, значимых в процессе формирования клинической картины ОНР и определяющих исход органической болезни, оценка эффективности помощи, оказанной больным до совершеннолетия.

Материал и методы. Материал исследования составили больные 1990-1992 гг. рождения, у которых на протяжении детско-подросткового возраста (с 2 лет 9 мес. до 15 лет 6 мес., средний возраст первичного обращения к психиатру $M \pm \sigma$: $8,2 \pm 3$ года), когда выставлялся диагноз органического психического расстройства. Исследование начиналось на базе ПНД № 21 г. Москвы. Позже, в связи с расформированием учреждения, пациенты распределились по двум диспансерам - филиалам ГКУЗ ПБ № 1 ДЗ г. Москвы «ПНД № 23» и «ПНД № 13», на базе которых происходило их дальнейшее катamnестическое прослеживание.

Работа включала в себя несколько этапов: 1-й – осмотр ребенка (подростка) при первичном обращении; 2-й – прослеживание на протяжении несовершеннолетия до 17 лет 11 мес. (1993-2007 гг.); 3-й – завершающий катamnестический, обследование по миновании подросткового периода с 18 до 23-25 лет (2008-2015 гг.). Общая длительность наблюдения составила: от 7,5 до 22 лет ($M \pm \sigma$: $17,3 \pm 3,5$ года).

Методы исследования: Клинико-психопатологический и клинико-катamnестический с привлечением экспериментально-психологических и инструментальных данных. Статистическая обработка, вычисление средних показателей (M), стандартных отклонений (σ) проводились с использованием статистических функций EXCEL.

Таблица 1.

Диагностическое и поло-возрастное распределение пациентов с органическими психическими расстройствами (человек)

Диагноз (по МКБ-10)	На момент включения в исследование n-527 (м. - 452; ж. - 75)	На момент завершающего катamnеза n-498 (м. - 431; ж. - 67)
Органическое расстройство настроения (F06.3)	7 (м. - 6; ж. - 1)	6 (м. - 5; ж. - 1)
Органическое эмоционально-лабильное расстройство (F06.6)	113 (м. - 100; ж. - 13)	108 (м. - 98; ж. - 10)
Органическое эмоционально-лабильное расстройство вследствие эпилепсии (F06.62)	9 (м. - 5; ж. - 4)	8 (м. - 5; ж. - 3)
Легкое когнитивное расстройство (F06.7)	34 (м. - 24; ж. - 10)	31 (м. - 23; ж. - 8)
Другие уточненные органические психические расстройства (F06.8)	226 (м. - 203; ж. - 23)	212 (м. - 191; ж. - 21)
Непсихотические органические психические расстройства вследствие эпилепсии (F06.822)	15 (м. - 9; ж. - 6)	15 (м. - 9; ж. - 6)
Расстройство личности и поведения вследствие травмы головного мозга (F07.00, F07.2)	5 (м. - 5; ж. - 0)	4 (м. - 4; ж. - 0)
Расстройство личности вследствие эпилепсии (F07.82)	14 (м. - 7; ж. - 7)	14 (м. - 7; ж. - 7)
Расстройство личности и поведения сложного генеза (F07.08, F07.88)	104 (м. - 93; ж. - 11)	100 (м. - 89; ж. - 11)

Характеристика материала. Общее количество больных 1990-1992 г.р., взятых под наблюдение (консультативное и диспансерное) в ПНД в детско-подростковом возрасте составило 1205 человек; м. - 917(76%), ж. - 288(24%) (м:ж $\approx$ 3:1). Из них с ОПР - всего 527 человек (44% от всех больных), м. - 452; ж. - 75 (м:ж $\approx$ 6:1) (см. табл. 1). К завершению исследования из него выбыли 29 больных (в связи с переездом, невозможностью сбора катamnестических данных). До завершающего этапа дошли 498 человек (м. - 431; ж. - 67) от 23 до 25 лет ($M \pm \sigma$ 24,5 $\pm$ 0,8 лет).

Диагностическое распределение 498 пациентов (м. - 415; ж. - 83): F06 - 380 чел. (м. - 331; ж. - 49); F07-118 чел. (м. - 100; ж. - 18); в том числе эпилепсией страдали 37 (м. - 21; ж. - 16).

Степень тяжести клинической картины на каждом из этапов прослеживания оценивалась по шкале CGI-S (Общее клиническое впечатление-тяжесть); уровень интеллектуальных нарушений – методикой Векслера.

Результаты. За период прослеживания диагностика состояния 70 больных претерпела изменения. Запоздалая констатация ОПР имела место у 42 человек (8,4%) и обуславливалась первоначальной недооценкой выраженности органической симптоматики у детей с нарушениями развития (F8) - у 18 человек, когнитивным снижением достигающим уровня умственной отсталости (F7) – у 8 человек, при вынесении заключения о наличии расстройств, специфичных для детского возраста (F9) – у 8 детей; 4 детей первоначально оказались расценены как пациенты с невротическими нарушениями (F4), по 2 больных - как страдающие патологией личности (F6) и расстройствами настроения (F3).

Избыточная (гипердиагностическая) констатация ОПР (28 человек -5,3%) чаще обуславливалась включением в число больных с ОПР лиц с впоследствии пересмотренным диагнозом в пользу шизофрении (F2) - 9 пациентов, умственной отсталости (F7) - 8 человек, расстройств личности (F6) - 7 человек, расстройств, специфичных для детского возраста (F9), – 2 человека; невротических (F4) и расстройств настроения (F3) - по 1 человеку.

Из 498 прослеженных лишь 88 (м. - 76; ж. - 12), 17,7%, по достижении совершеннолетия продолжали наблюдаться и посещать психиатра. У 82,3% динамика ОПР оказалась регрессионной вплоть до полной компенсации, что подтверждалось осмотрами во взрослом возрасте, в том числе комиссионными (при проведении стационарных и амбулаторных экспертиз).

Необходимо отметить, что все больные в детстве проходили курсовое лечение хотя бы однократно, получали иные виды комплексной помощи (неврологическую, логопедическую, дефектологическую, психологическую), 17% госпитализировались в стационары.

В ходе исследования была проанализирована полипрофессиональная помощь, оказанная пациентам досовершеннолетия. Амбулаторное лечение в условиях детских поликлиник получили 498 человек (100%). Больные проходили курсы терапии препаратами психотропного (нейролептики, антидепрессанты, транквилизаторы), ноотропного, сосудистого, дегидратационного, нейротрофического действия, получали витаминотерапию, физиолечение. Стационарная психиатрическая помощь была оказана 84 пациентам (17%); в детских санаториях психоневрологического профиля побывали 42 человека (8%). Коррекционные детские сады (логопедические, психоневрологические) посещали 79 (16%) из 498 катamnезированных больных. На протяжении школьного возраста щадяще обучались 40% (198 человек) пациентов (пребывали в коррекционных классах; имели 1 свободный

день в неделю; обучались индивидуально, в экстернате, на семейном обучении). За социально-психологической помощью в условиях школ, детских поликлиник, социально-психологических городских служб обращались 102 человека (20%).

Лучший социальный исход и больший процент компенсации состояния наблюдался у больных, наблюдавшихся в детстве в связи с органическим эмоционально-лабильным расстройством, неврозоподобными расстройствами; худший - у тех, в состоянии которых в детстве фиксировались психопатоподобные расстройства, психоорганический синдром, когнитивное снижение.

Наиболее благоприятный исход органической болезни наблюдался у пациентов, не имевших повторных органических вредностей и получивших на протяжении детства этапную, длительную, многокомпонентную полипрофессиональную помощь (стационар → санаторий → амбулаторное наблюдение психиатром → социопедагогическая коррекция в образовательном учреждении → благополучная опекающая семья).

Все лица с регрессирующей динамикой расстройств (410 чел.) на момент катмнеза имели общее среднее образование. 27% - занимали неквалифицированные рабочие места; 32% получили среднее профессиональное и 11% высшее образование, трудились по специальности; 16 % продолжали обучение в вузах; 14% были не заняты по разным причинам (в том числе находились в отпуске по уходу за детьми, имели временные заработки без официального трудоустройства и др.).

88 больных (17,7%) (м. - 76; ж. - 12) к моменту катмнеза продолжали получать лечение у психиатра, из них 18 человек оказались инвалидами; 43 наблюдались в связи с сохраняющимися симптомами ОНР, требовавшими терапевтического вмешательства; 27 наблюдались психиатром в связи с развившимися расстройствами настроения, невротическими, реактивными образованиями, при этом ОНР хотя и сохраняли актуальность, диагностически трактовались как коморбидные («фоновые»).

Инвалидизация в связи с ОНР как в детстве, так и в молодом взрослом возрасте оказалась не столь значительной, как при иных психических заболеваниях (шизофрении, умственной отсталости) (см. табл. 2).

Таблица 2.

Диагностическое и поло-возрастное распределение инвалидов вследствие органических психических расстройств (человек)

	Дети инвалиды n - 18 (м. - 10; ж. - 8)	Взрослые инвалиды n - 18 (м. - 11; ж. - 7)
Расстройство личности и поведения эпилептического генеза (F07.82)	7 (м. - 4; ж. - 3)	8 (м. - 5; ж. - 3)
Органические непсихотические расстройства вследствие эпилепсии (F06.822, F06.62)	4 (м. - 2; ж. - 2)	3 (м. - 2; ж. - 1)
Расстройство личности и поведения неэпилептического генеза (F07.88)	4 (м. - 2; ж. - 2)	4 (м. - 2; ж. - 2)
Органические непсихотические расстройства неэпилептического генеза (F06.61, F06.828)	3 (м. - 2; ж. - 1)	3 (м. - 2; ж. - 1)

Детями-инвалидами вследствие ОНР из всех включенных в исследование лиц с ОНР (527 больных) были признаны только 18 чел. (м. - 10; ж. - 8), т. е. 3,4%. Практически все они остались нетрудоспособными, достигнув взрослого возраста.

Инвалидами II группы признаны 14; I и III групп – по 2 человека соответственно. Лишь одной больной инвалидность не была продлена в связи с ремиссией эпилепсии, одному пациенту с углублением когнитивного дефекта вследствие эпилепсии назначена впервые в 18,5 лет. Наиболее частыми причинами инвалидизации как в детстве, так и во взрослости становилась эпилепсия (11 чел.), неэпилептические органические расстройства личности (4 чел.).

На момент завершающего катamnестического обследования ни один взрослый инвалид с ОПР не трудоустроился. Значительно снижали возможности социальной адаптации совершеннолетних пациентов следующие факторы: низкий интеллект (достигавший степени умеренной, тяжелой, глубокой умственной отсталости), безремиссионное течение эпилепсии, декомпенсированный психопатоподобный синдром, микстовые состояния: сочетание органических расстройств с эндоформными, либо с зависимостями.

Во взрослом возрасте пациенты с ОПР, не имевшие инвалидности, но продолжавшиеся наблюдаться психиатрами (70 больных), все получили общее среднее образования (закончили 9 классов); 21% занимали неквалифицированные рабочие места; 39 % получили среднее профессиональное образование; 3% - высшее образование и трудились по специальности; 4% продолжали обучение в вузах; 33 % оказались не трудоустроены по разным причинам. Таким образом, их адаптация во взрослом возрасте оказалась заметно ниже, чем у тех, динамика ОПР которых была регрессиентной.

Полученные данные демонстрируют, что лица мужского пола чаще обращались за помощью к психиатрам в связи с ОПР, женского - реже (м:ж≈6:1). Вместе с тем девочки, наблюдающиеся психиатрами, страдали менее благоприятными формами органической болезни (процент инвалидизации при ОПР среди женщин катamnестической группы составил 10%, среди мужчин - 2,6%). По-видимому, фактор пола необходимо учитывать при планировании социотерапевтических усилий, как один из факторов прогноза.

Обсуждение. Клинико-социальные исходы органических психических расстройств, диагностированных детско-подростковыми психиатрами, в целом оказались благоприятны. В большинстве (82%) случаев эти нарушения компенсировались к моменту совершеннолетия, что происходило не только по причине регрессиентности резидуально-органических расстройств. Для прогноза существенное значение имел характер органической вредности, клиническое оформление психопатологического синдрома, его синдромальная структура в момент наиболее развернутой клинической картины. Лучший социальный исход и больший процент компенсации состояния отмечен у наблюдавшихся в детстве в связи с органическим эмоционально-лабильным расстройством, неврозоподобными расстройствами; худший - у лиц с психопатоподобными расстройствами, психоорганическим синдромом, снижением интеллекта, безремиссионным течением пароксизмальных состояний, микстовыми формами болезней.

Социотерапевтические вмешательства на протяжении детско-подросткового возраста, отсутствие повторных органических вредностей улучшали прогноз состояния больных по мере их взросления. Компенсацию с высоким уровнем социальной адаптации во взрослом возрасте демонстрировали пациенты, которые в детстве активно лечились и наблюдались психиатром, получали этапную многокомпонентную помощь.

Клиническая динамика ОПР на протяжении наблюдения за больными чаще была регрессиентной. Синдромальная структура состояния в период наблюдения за

пациентами редко претерпевала кардинальные видоизменения. Личностные расстройства оформлялись в полной мере к пубертатному возрасту. Грубые личностные расстройства и значительное когнитивное снижение (деменция) (в том числе: вследствие эпилепсии, посттравматического генеза) являлись основными причинами пожизненной инвалидизации.

Практические рекомендации. Органическая психическая патология верифицируется, как правило, достаточно своевременно, приближенно к моменту органического воздействия (перинатального, интранатального, постнатального). В дальнейшем эти расстройства редко видоизменяются. Поэтому адекватную терапию можно начинать рано и проводить ее качественно. При длительном полипрофессиональном ведении даже пациенты со среднетяжелыми и тяжелыми расстройствами дают заметную положительную динамику. В целом больные с ОПР это «благодарный контингент» в плане перспектив благоприятного исхода заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Булатова М.В. Современные вопросы клинической и экспертной квалификации органического расстройства личности в подростковом возрасте // Психическое здоровье. - 2011, № 9(64). - С. 53-58.
2. Вандыш-Бубко В.В., Ражба Ю.А., Берсенева Ю.А., Березина И.Ю. Судебно-психиатрическая оценка органического личностного расстройства (клинико-нейрофизиологические критерии): Пособие для врачей. - М.: ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2004. - 32 с.
3. Головина А.Г., Шмакова О.П., Кравченко Н.Е., Суетина О.А. Развитие амбулаторного звена психиатрической помощи детям и подросткам в Москве // Российский психиатрический журнал. - 2016, № 4. - С. 28-38.
4. Головина А.Г., Шмакова О.П., Жук Е.И. Десятилетняя динамика обращаемости за высокоспециализированной детской психиатрической консультативно-лечебной помощью в крупном мегаполисе // Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы. XVI съезд психиатров России. - 2015. - С. 182-183.
5. Мазаева Н.А., Головина А.Г., Герасимов Н.П., Пыхтарев В.Н., Место медико-педагогического лечебно-реабилитационного подросткового центра в системе реабилитации подростков с психическими расстройствами // Психиатрия. - 2003, № 3 (03). - С. 41-48.
6. Макушкин Е.В., Демчева Н.К., Творогова Н.А. Психические расстройства в детском и подростковом возрасте у городских и сельских жителей Российской Федерации в 1991–2012 годах // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуск. – 2014, № 1, вып. 2. - С. 3–13.
7. Примоченок А.А. Экзогенно-органические психические расстройства у подростков (клинико-эпидемиологическое исследование). Автореф. дисс...к.м.н. - М., 2010. - 24 с.
8. Стоялова Т.В., Иванова Т.И., Крахмалева О.Е. Динамика структуры психической заболеваемости допризывников. Материалы XV съезда психиатров России. - М., 2010. - С. 162.
9. Ходырева Е.А., Чуркин А.А. Динамика показателей распространенности непсихотических психических расстройств среди детей и подростков в возрасте 0–14, 15–17 лет в г. Москве в 2000–2009 гг. // Вестн. неврол., психиатр. и нейрохир. - 2012, № 2. - С. 15–21.

1. Bulatova M.V. Sovremennyye voprosy klinicheskoy i jekspertnoj kvalifikacii organicheskogo rasstrojstva lichnosti v podrostkovom vozraste // Psihicheskoe zdorov'e.

- 2011, № 9(64). - S. 53-58.

2. Vandysh-Bubko V.V., Razhba Ju.A., Berseneva Ju.A., Berezina I.Ju. Sudebno-psihiatricheskaja ocenka organicheskogo lichnostnogo rassstrojstva (kliniko-nejrofiziologicheskie kriterii): Posobie dlja vrachej. - M.: GNC SSP im. V.P. Serbskogo, 2004. - 32 s.

3. Golovina A.G., Shmakova O.P., Kravchenko N.E., Suetina O.A. Razvitie ambulatornogo zvena psihiatricheskoj pomoshhi detjam i podrostkam v Moskve // Rossijskij psihiatricheskij zhurnal. - 2016, № 4. - S. 28-38.

4. Golovina A.G., Shmakova O.P., Zhuk E.I. Desjatiletnjaja dinamika obrashhaemosti za vysokospecializirovannoj detskoj psihiatricheskoj konsul'tativno-lechebnoj pomoshh'ju v krupnom megapolise // Psihijatrija na jetapah reform: problemy i perspektivy. XVI s#ezd psihiatrov Rossii. - 2015. - S. 182-183.

5. Mazaeva N.A., Golovina A.G., Gerasimov N.P., Pyhtarev V.N., Mesto mediko-pedagogicheskogo lechebno-reabilitacionnogo podrostkovogo centra v sisteme rehabilitacii podrostkov s psihicheskimi rassstrojstvami // Psihijatrija. - 2003, № 3 (03). - S. 41-48.

6. Makushkin E.V., Demcheva N.K., Tvorogova N.A. Psihicheskie rassstrojstva v detskom i podrostkovom vozraste u gorodskih i sel'skih zhitelej Rossijskoj Federacii v 1991–2012 godah // Zhurnal nevrologii i psihii im. S.S. Korsakova. Specvypusk. – 2014, № 1, vyp. 2. - S. 3–13.

7. Primochenok A.A. Jekzogenno-organicheskie psihicheskie rassstrojstva u podrostkov (kliniko-jepidemiologicheskoe issledovanie). Avtoref. diss...k.m.n. - M., 2010. - 24 s.

8. Stojalova T.V., Ivanova T.I., Krahmaleva O.E. Dinamika struktury psihicheskoj zaboлеваemosti doprizyvnikov. Materialy XV s#ezda psihiatrov Rossii. - M., 2010. - S. 162.

9. Hodyreva E.A., Churkin A.A. Dinamika pokazatelej rasprostranennosti nepsihoticheskikh psihicheskikh rassstrojstv sredi detej i podrostkov v vozraste 0–14, 15–17 let v g. Moskve v 2000–2009 gg. // Vestn. nevrol., psihiatr. i nejrohr. - 2012, № 2. - S. 15–21.

O.P. Shmakova, N.A. Mazaeva

SOCIAL ADAPTATION OF PATIENTS WITH ORGANIC MENTAL DISORDERS IN CHILDHOOD, ANALYSIS OF THE EFFECTIVENESS OF POLYPROFESSIONAL HELP

The Mental Health Research Center (Moscow).

Summary. The clinical and social outcomes of organic mental disorders in childhood were analyzed, the effectiveness of the polyprofessional help was evaluated. 498 children with organic mental disorders were followed. In 82% of cases the disorder reduced by the time of adulthood. Severe forms of disorders were stable. Disorders with severe intellectual impairment, paroxysmal disorders, psychopathic syndrome were causes a lifelong disability. Polyprofessional help was highly effective at these disorders.

Keywords: organic mental disorders, children, adolescent, polyprofessional help.

Е.В. Дьяченко, М.А. Уфимцева, Е.В. Москвина, Н.В. Самойленко,
К.И. Николаева

**ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ ДЕТЕЙ
В ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ
В КОНТЕКСТЕ МЕДИКО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ
В УСЛОВИЯХ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ
ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет»,
ГКОУ СО «Специальное учебно-воспитательное учреждение закрытого типа
для обучающихся с девиантным (общественно-опасным) поведением» (Ека-
теринбург).**

Резюме. Представлено исследование психоэмоционального благополучия детей в трудной жизненной ситуации, показаны его роль и значение в медико-профилактической работе, предложены направления сотрудничества врачей, психологов и педагогов по обеспечению физического и психического здоровья воспитанников интерната закрытого типа.

Ключевые слова: психоэмоциональное благополучие, дети в трудной жизненной ситуации, межведомственное взаимодействие.

По данным Федеральной службы государственной статистики за последние пять лет количество детей-инвалидов в России увеличилось и составляет около 2% детского населения. В структуре причин инвалидности наиболее часто наблюдаются психические расстройства и расстройства поведения (22,8%) [3]. По мере изменения структуры причин болезненности детского и подросткового населения преобразуется «методология» и подходы оказания помощи детям [13]. Одним из направлений подобного преобразования выступает междисциплинарный подход, трактуемый как комплексная помощь ребенку специалистами различного профиля.

Проблема *механизма* межведомственного взаимодействия специалистов практического здравоохранения, социальных и психологических служб, образовательных организаций и т. д. по сути не является новой. Различные модели межведомственного взаимодействия и опыт их реализации в отдельных городах и регионах представлен авторами в публикации разного рода [1]. Но зачастую этот опыт уникален, не содержит сведений о четкой методологии и технологии реализации междисциплинарной помощи ребенку.

Тема межведомственного партнерства в оказании медико-профилактической, психолого-педагогической и социальной помощи детям, попавшим в трудную жизненную ситуацию, также периодически актуализируется и обсуждается в различных государственных ведомствах и структурах. Так, например, активно разрабатывается Концепция комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов (расп. правительства РФ от 31.08.2016 г. № 1839-р) в направлении разработки межведомственного плана по формированию эффективной комплексной системы реабилитации детей-инвалидов до 2020 г. (приказ Минтруда и соц. защиты РФ от 27.10.2015 г. № 781). Но дети-инвалиды, дети с ограниченными возможностями здоровья, это всего лишь небольшая группа из немалого количества детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации. Требуемая им комплексная реабилитационная и профилактическая помощь значительно возрастает по эффективности при условии скрининга состояния ребенка группой специалистов междисциплинарного профиля. Однако на сегодняшний день межведомственное взаимодействие при оказании помощи детям в трудной жизненной ситуации по-прежнему не имеет четкой норматив-

но-правовой основы как на федеральном, так и на региональном уровнях; частично носит инициативный и зачастую несогласованный характер [9].

Дети, оказавшиеся в трудной жизненной ситуации, являются группой риска по целому спектру заболеваний, включая психическое и физическое здоровье. Так, по заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), данная группа детей является наиболее уязвимой в связи с более ранним началом половой жизни по сравнению с ровесниками, проживающими в семьях, а также с недостаточным уровнем информированности по вопросам репродуктивного здоровья [6]. Успешная реализация противоэпидемических мероприятий в уязвимых группах, направленных на предупреждение и ограничение дальнейшего распространения ИППП, возможна только при междисциплинарном подходе. Сложно переоценить роль психолого-педагогического сопровождения медико-профилактической работы с детьми в трудной жизненной ситуации по предупреждению ИППП. Оценка психоэмоционального благополучия ребенка значительно проясняет возможности и потенциал медико-профилактической работы с ним. Подобная оценка, с одной стороны, выступает основой для психокоррекционной работы психолога и педагога с ребенком, с другой, – информацией для педагогов образовательного учреждения с целью индивидуализации учебного процесса.

Обратимся к рассмотрению феномена психоэмоционального благополучия ребенка, попавшего в трудную жизненную ситуацию, в контексте медико-профилактической работы с ним в условиях межведомственного взаимодействия. Проблема психоэмоционального благополучия (ПЭБ) личности является одной из фундаментальных в области гуманитарных и социальных наук. В данной работе феномен благополучия рассматривается на стыке медицины и психологии. В медицине ПЭБ связывается с такими составляющими здоровья, как качество жизни и психическое здоровье. Интерес к проблеме ПЭБ со стороны отечественных психологов во многом обусловлен тенденциями, происходящими в нашем обществе. По данным Института мозга человека РАН, проблемы с психическим здоровьем имеют 15% детей, 25% подростков и до 40% молодых людей, призывного возраста. Каждый третий взрослый нуждается в психологической поддержке, чтобы противостоять стрессу. Свыше 70% населения России живут в состоянии затяжного психоэмоционального стресса, вызывающего рост депрессий и реактивных психозов [8].

Теоретический обзор позволяет дефинировать ПЭБ как функционально-динамическое образование, оптимальный уровень которого способствует позитивному развитию личности и непосредственно зависит от внешних (средовых) воздействий и внутренних (индивидуально-психологических) предпосылок. В настоящем исследовании феномен ПЭБ операционализирован через показатели психоэмоционального состояния и работоспособности (в терминах теории М. Люшера) и напряженности–фрустрированности потребностной сферы (в терминах теории Л. Сонди) [2]. Особый контекст изучения проблемы ПЭБ возникает, когда мы рассматриваем человека на разных возрастных этапах развития. В детском возрасте эмоциональная саморегуляция, субъективная эмоциональная оценка ребенком себя находится в стадии формирования. Ребенок зависим в поведении и самовосприятии от влияния среды и жизненной ситуации развития.

Определение понятия «трудная жизненная ситуация» дано в статье 3 ФЗ от 10.12.1995 г. № 195-ФЗ «Об основах социального обслуживания населения в РФ». «Трудная жизненная ситуация – это ситуация, объективно нарушающая жизнедеятельность гражданина (сиротство, безнадзорность, малообеспеченность, безработица, отсутствие определенного места жительства, конфликты и жестокое обращение в се-

мье, одиночество и т. п.), которую он не может преодолеть самостоятельно» [14].

В статье 1 ФЗ РФ от 24.07.1998 г. № 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка РФ» сформулированы типичные трудные жизненные ситуации для ребенка: «дети, оставшиеся без попечения родителей; дети-инвалиды; дети с ограниченными возможностями здоровья, ... дети-жертвы насилия; ... дети, находящиеся в специальных учебно-воспитательных учреждениях; дети, проживающие в малоимущих семьях; дети с отклонениями в поведении; дети, жизнедеятельность которых объективно нарушена в результате сложившихся обстоятельств и которые не могут преодолеть данные обстоятельства самостоятельно или с помощью семьи...» [12].

Настоящее исследование направлено на изучение роли и значения психоэмоционального благополучия детей в трудной жизненной ситуации (в условиях интерната) в результативности медико-профилактической работы. Исследовательской базой выступило специальное учебно-воспитательное учреждение закрытого типа для обучающихся с девиантным (общественно-опасным) поведением. Воспитанники в возрасте от 11 до 17 лет, всего 56 чел., средний возраст 13,8 лет, все подростки мужского пола.

Основная задача коллектива учреждения – создание условий для формирования позиции осознанной позитивной самореализации подростка с девиантным поведением после его выпуска из учреждения закрытого типа. Одной из ключевых задач работы интерната является диагностика происходящих с подростком изменений по всем направлениям как деятельности (учебной, общественно-полезной), так и личности [4].

Эмпирическим критерием ПЭБ в исследовании выступили цветовые предпочтения, измеренные посредством цветового теста М. Люшера в модификации Л.Н. Собчик [10]. Цветовые выборы «отражают устойчивый компонент психофизиологического состояния испытуемого и через него опосредованно психоэмоциональные особенности личности и специфику актуального психофизиологического состояния и работоспособности». Индивидуальные цветовые выборы воспитанников позволили вычислить два ключевых коэффициента их нервно-психического состояния: нервно-психическая напряженность и функциональная способность организма к энергозатратам (обоснование и расчет коэффициентов представлены в руководстве к тесту М. Люшера [15]. Сравнение индивидуального цветового выбора с так называемой «цветовой аутогенной нормой» (по Вальнефферу) позволило выявить воспитанников с непродуктивной нервно-психической напряженностью (неумеренно завышенным расходом нервно-психических ресурсов при неумеренно низком коэффициенте полезного действия).

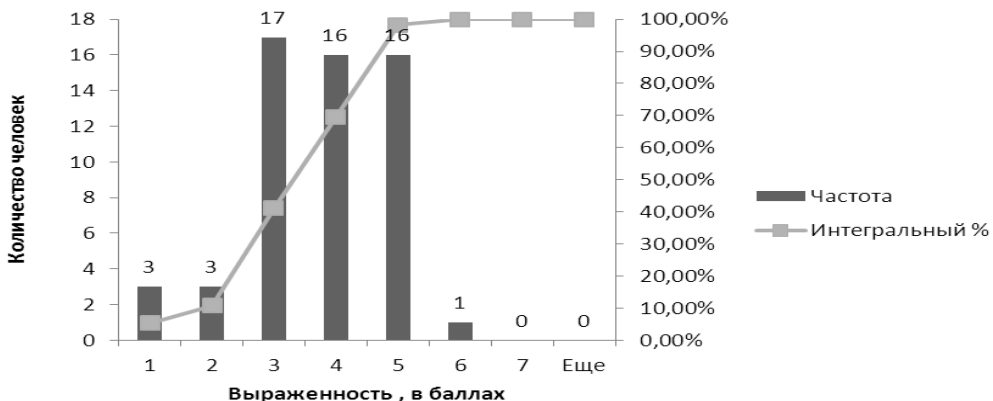


Рис. 1. Гистограмма значений показателя нервно-психической напряженности

Выраженность баллов:

1-2 балла – аутогенная норма; оптимистичный эмоциональный настрой, высокий коэффициент полезности действий, сохранность волевого самоконтроля;

3-4 балла – незначительное отклонение от аутогенной нормы, способность справляться с обязанностями в пределах средних по трудности требований, сохранность волевых усилий для преодоления усталости, но в самочувствии длинный «шлейф» сниженной работоспособности; требуется соблюдение режимов учебной деятельности и отдыха;

5-6-7 баллов – повышенная утомляемость и отвлекаемость, высокий уровень непродуктивной нервно-психической напряженности; преобладание тревоги, бессилия, установки на бездействие.

Установлено (рис. 1), что лишь у 10,7% воспитанников (6 чел.) наблюдается отсутствие непродуктивной нервно-психической напряженности. У 40,1% (23 чел.) – незначительное отклонение от аутогенной нормы и у 30,6% (17 чел.) – высокий уровень непродуктивной нервно-психической напряженности, утомляемость, установка на бездействие.

Цветовой тест позволил вычислить так называемый «вегетативный коэффициент» (по К. Шапошу). Теоретической основой выступает представление, что в тесте М. Люшера есть мобилизующие, ассоциированные с активностью цвета (красный и желтый) и цвета пассивные, ассоциированные с бездействием (синий, зеленый). Отношение к этим двум парам цветов отражает энергетическую установку, или функциональный уровень работоспособности организма (истощенность, установку на бездействие; либо избыточное возбуждение, суетливость).

Выявлено (рис. 2), что оптимальную мобилизацию физических и психических ресурсов и установку на активное действие обнаруживают 46% подростков (диапазон 4-5 баллов). Невысокий энергетический потенциал, но достаточный для успешной деятельности в спокойных, но не экстремальных условиях – у 39% воспитанников; а избыточный, граничащий с суетливостью – у 3,6%. «Группа риска» – это 11% обучающихся, у которых зафиксированы истощенность, хроническое переутомление, пассивное реагирование на трудности, неготовность к напряжению и адекватным действиям в стрессовых ситуациях.

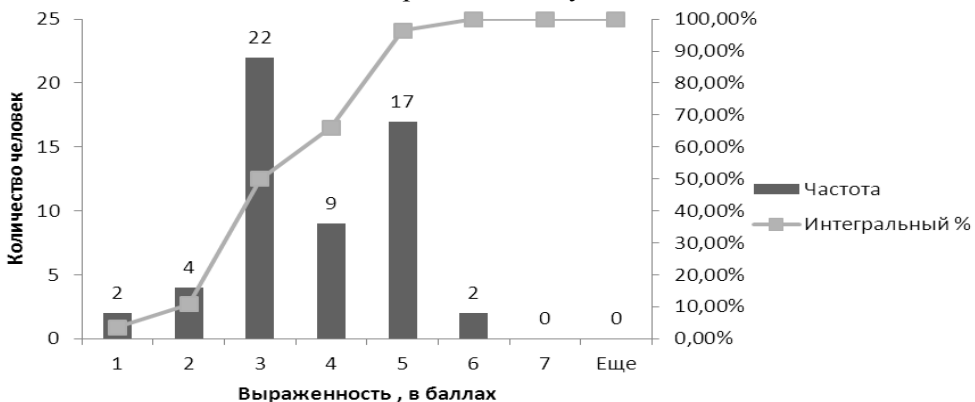


Рис. 2. Гистограмма значений показателя функциональной способности организма к энергозатратам

Выраженность ВК:

1-2 балла – истощенность, установка на бездействие;

3 балла – установка на оптимизацию расходования сил;

4-5 баллов – оптимальная мобилизация психических и физических ресурсов, установка на активное действие;

6-7 баллов – избыточное возбуждение, суетливость

Ключевым показателем ПЭБ, измеряемым в данной работе, выступила напряженность – фрустрированность потребностной сферы воспитанников интерната (в терминах теории Л. Сонди) [11].

Установлено (рис. 3), что более чем 40% подростков свойственна напряженность следующих потребностей: сексуальные влечения (h); потребность к разрушению и саморазрушению (s); поиск удовольствий как проявление маниакальности (m). Высоковероятно, что напряженность данных потребностей у участников исследования-подростков нормативно обусловлена «пубертатным» возрастом, а также неблагоприятными средовыми условиями их социальной жизни, «протестными» отношениями со взрослыми и конформно-асоциальными со сверстниками, что подтверждают анамнезы их жизни.

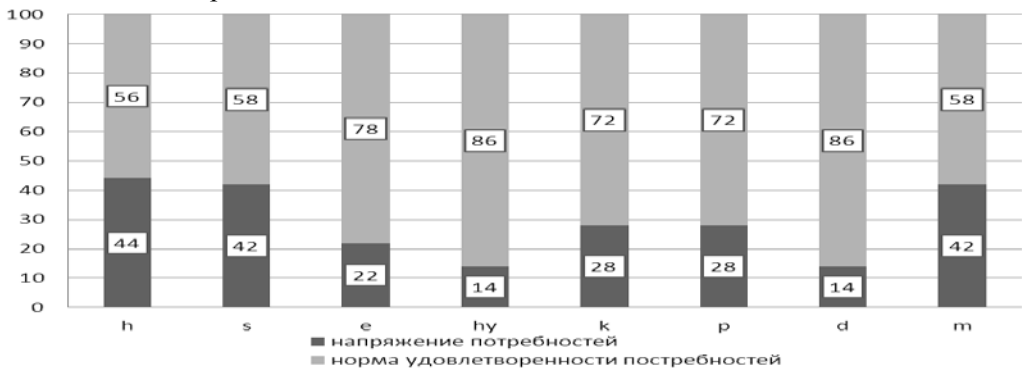


Рис. 3. Процентное соотношение количества воспитанников с различной степенью напряженности потребностей (по их видам): напряженность и удовлетворенность (в терминах теории Л. Сонди)

Сексуальные потребности (влечения):

h — сексуальные влечения; **s** — потребность к разрушению и саморазрушению;

Я-потребности:

e — эпилептоидные тенденции (гнев, ревность и т. д.);

hu — истерические проявления (демонстративность и т. д.);

Пароксизмальные потребности (морально-этическое поведение):

k — кататонные тенденции (замкнутость, обидчивость и т. д.);

p — паранойяльные тенденции;

Контактные потребности:

d — депрессивно-меланхолические черты (грусть, тяга к занятиям чем-то необычным);

m — маниакальные проявления (повышенное настроение, поиск удовольствий в жизни).

Медико-профилактическая работа была основана на реализации структурно-функциональной модели организации медико-социальной помощи детям-сиротам и детям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации [5, 7].

С целью повышения информированности детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, проведены информационно-обучающие семинары до и после анкетирования по вопросам репродуктивного здоровья. Обучающие семинары были направлены на формирование системы знаний в сфере гигиенического воспитания, здорового образа жизни, предотвращение распространения ИППП среди

данной социально уязвимой группы детей. Программа семинаров разработана психологами и дермато-венерологами медицинского университета и основывалась на материалах, рекомендованных ВОЗ. Занятия проводили тренинг-волонтеры, обладающие навыками коммуникативного общения с детьми данной социальной группы. Тренинг-волонтеры знакомили подростков с информацией о возможностях доступного обследования, лечения. Проводились экспресс-опросы, связанные с отношением обучающихся к социально значимым и взаимозависимым проблемам — проституции, наркомании, алкоголизму, последствиям нежелательной беременности. Семинар завершался свободной групповой дискуссией, обменом мнениями, ответами на вопросы, получением обратной связи от участников о пользе и качестве проводимой профилактической работы по ИППП [16].

Результаты исследования психоэмоционального благополучия воспитанников интерната закрытого типа – детей, попавших в трудную жизненную ситуацию, – позволили определить следующие направления межведомственного сотрудничества специалистов по мониторингу психического и физического здоровья воспитанников и профилактике соматических заболеваний и психического неблагополучия.

1. Медико-профилактическая работа с детьми в трудной жизненной ситуации является результативной в условиях учета информации об их психологическом статусе в области психоэмоционального благополучия.

2. Направлением работы, предшествующим диспансеризации воспитанников интерната, является дифференцированный подход к подросткам в реализации комплексных психолого-педагогических программ по нормализации их психоэмоционального состояния в сторону благополучия.

3. Просветительская работа по профилактике ИППП эффективна при опоре на сведения о структуре и напряженности–фрустрированности потребностной сферы воспитанников интерната.

4. Существенной составляющей межведомственного взаимодействия выступает психологическое просвещение педагогических работников интерната по проблеме психоэмоционального состояния воспитанников, а также планирование учебно-воспитательного процесса с учетом психологических особенностей подростков с социально-опасным поведением в условиях интерната закрытого типа.

Медико-профилактическая работа с детьми, попавшими в трудную жизненную ситуацию, при согласованном взаимодействии психологов, педагогов и социальных работников и их сопровождающей деятельности является перспективным вариантом модели межведомственного партнерства. Значительным ограничением механизма реализации подобной помощи является отсутствие отработанных на нормативно-правовом уровне механизмов и порядка междисциплинарной помощи детям, попавшим в трудную жизненную ситуацию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барсукова Т.М. Мир семьи: новые технологии работы. Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Отрадное» (Москва). // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2004 (4), № 2. С. 83-86.

2. Давыдова Н.С., Дьяченко Е.В., Уфимцева М.А., Москвина Е.В., Самойленко Н.В., Николаева К.И. Психоэмоциональное благополучие детей в трудной жизненной ситуации и его роль в медико-профилактической работе // Психическое здоровье человека XXI века. Сборник научных статей по материалам Конгресса «Психическое здоровье человека XXI века» (Москва, 7-8 ноября 2016 г.) / ред. В.И. Бородин. М.: Изд. дом «Городец», 2016. С. 37-39.

3. Концепция развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 г. [Электронный ресурс]. URL: <http://government.ru> (дата обращения: 200.12.2016).

4. Москвина Е.В. Диагностика изменений позиций личности подростка с девиантным поведением в процессе его реабилитации в учреждении закрытого типа // Педагогическое образование в России. 2014, № 5. С. 88-93.

5. Николаева К.И., Бочкарев Ю.М. Структурно-функциональная модель организации медико-социальной помощи детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей // Современные проблемы науки и образования. 2015, № 5. С. 232.

6. Николаева К.И., Уфимцева М.А., Сырнева Т.А. Организация первичной профилактики инфекций, передаваемых половым путем, среди детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации // Вестник дерматологии и венерологии. 2016. № 4. С. 39-41.

7. Петрова Н.Г., Эпельман Б.В., Калининченко О.В., Петров М.В., Степанова М.Н. Новые организационные технологии в оказании медико-социальной помощи детям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации // Академический журнал Западной Сибири. 2011, №4-5. С.7.

8. Римащевская Н.М., Будилова Е.В., Мигранова Л.Д., Терехин А.Т. Влияние различных факторов на здоровье населения // Народонаселение. 2008. № 1. С. 9-19.

9. Смолева Е.О. Анализ системы работы с детьми и семьями, находящимися в трудной жизненной ситуации // Гуманитарные научные исследования. 2015. № 10 [Электронный ресурс]. URL: <http://human.snauka.ru/2015/10/12645> (дата обращения: 20.12.2016).

10. Собчик Л.Н. МВЦ – метод цветowych выборов. Модифицированный восьмицветовой тест Люшера. Прак. рук-во. СПб.: Речь. 2001. 112 с.

11. Собчик Л.Н. Модифицированная методика Сонди. Тест восьми влечений. СПб.: Речь. 2003. 128 с.

12. Статья 1 ФЗ РФ от 24.07.1998 г. № 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка РФ» сформулированы типичные трудные жизненные ситуации для ребенка. – [Эл. ресурс]. URL: <http://минобрнауки.рф>. (дата обращения: 29.04.2016 г.)

13. Сухотина Н.К., Куприянова Т.А., Коновалова В.В., Крыжановская И.Л. Психоневрологическая помощь детям в учреждениях образовательной системы как проблема, требующая научного и практического обоснования // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2008 (8). № 1. С. 79-84.

14. ФЗ от 10.12.1995 № 195-ФЗ «Об основах социального обслуживания населения в РФ». – [Эл. ресурс]. URL: <http://base.consultant.ru>. (дата обращения: 29.04.2016 г.)

15. Цветовой тест М. Люшера. Методическое руководство. СПб.: Иматон. 2001. 31 с.

16. Щепин О. П., Лысыков И. В. Актуальные проблемы диспансеризации детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации // Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2012, № 3. С.1-2.

1. Barsukova T.M. Mir sem'i: novye tehnologii raboty. Social'no-reabilitacionnyj centr dlja nesovershennoletnih «Otradnoe» (Moskva). // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. 2004 (4), № 2. S. 83-86.

2. Davydova N.S., D'jachenko E.V., Ufimceva M.A., Moskvina E.V., Samojlenko N.V., Nikolaeva K.I. Psihojemocional'noe blagopoluchie detej v trudnoj zhiznennoj situacii i ego rol' v mediko-profilakticheskoj rabote // Psihicheskoe zdorov'e cheloveka XXI veka. Sbornik nauchnyh statej po materialam Kongressa «Psihicheskoe zdorov'e cheloveka XXI veka» (Moskva, 7-8 nojabrja 2016 g.) / red. V.I. Borodin. M.: Izd. dom «Gorodec», 2016. S. 37-39.

3. Konceptcija razvitiya rannej pomoshhi v Rossijskoj Federacii na period do 2020

g. [Elektronnyj resurs]. URL: <http://government.ru> (data obrashheniya: 200.12.2016).

4. Moskvina E.V. Diagnostika izmenenij pozicij lichnosti podrostka s deviantnym povedeniem v processe ego rehabilitacii v uchrezhdenii zakrytogo tipa // Pedagogicheskoe obrazovanie v Rossii. 2014, № 5. S. 88-93.

5. Nikolaeva K.I., Bochkarev Ju.M. Strukturno-funkcional'naja model' organizacii mediko-social'noj pomoshhi detjam-sirotam i detjam, ostavshimsja bez popechenija roditel'ej // Sovremennye problemy nauki i obrazovanija. 2015, № 5. S. 232.

6. Nikolaeva K.I., Ufimceva M.A., Syrneva T.A. Organizacija pervichnoj profilaktiki infekcij, peredavaemyh polovym putem, sredi detej-sirot i detej, okazavshijsja v trudnoj zhiznennoj situacii // Vestnik dermatologii i venerologii. 2016. № 4. S. 39-41.

7. Petrova N.G., Jepel'man B.V., Kalinichenko O.V., Petrov M.V., Stepanova M.N. Novye organizacionnye tehnologii v okazanii mediko-social'noj pomoshhi detjam, okazavshimsja v trudnoj zhiznennoj situacii // Akademicheskij zhurnal Zapadnoj Sibiri. 2011, №4-5. S.7.

8. Rimashevskaja N.M., Budilova E.V., Migranova L.D., Terehin A.T. Vlijanie razlichnyh faktorov na zdorov'e naselenija // Narodonaselenie. 2008. № 1. S. 9-19.

9. Smoleva E.O. Analiz sistemy raboty s det'mi i sem'jami, nahodjashhimisja v trudnoj zhiznennoj situacii // Gumanitarnye nauchnye issledovanija. 2015. № 10 [Elektronnyj resurs]. URL: <http://human.snauka.ru/2015/10/12645> (data obrashheniya: 20.12.2016).

10. Sobchik L.N. MVC – metod cvetovyh vyborov. Modificirovannyj vos'micvetovoj test Ljushera. Prakt. ruk-vo. SPb.: Rech'. 2001. 112 s.

11. Sobchik L.N. Modificirovannaja metodika Soni. Test vos'mi vlechenij. SPb.: Rech'. 2003. 128 s.

12. Stat'ja 1 FZ RF ot 24.07.1998 g. № 124-F3 «Ob osnovnyh garantijah prav rebenka RF» sformulirovany tipichnye trudnye zhiznennye situacii dlja rebenka. – [Jel. resurs]. URL: <http://minobrnauki.rf>. (data obrashheniya: 29.04.2016 g.)

13. Suhotina N.K., Kuprijanova T.A., Konovalova V.V., Kryzhanovskaja I.L. Psihonevrologicheskaja pomoshh' detjam v uchrezhdenijah obrazovatel'noj sistemy kak problema, trebujushhaja nauchnogo i prakticheskogo obosnovanija // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. 2008 (8). № 1. S. 79-84.

14. FZ ot 10.12.1995 № 195-FZ «Ob osnovah social'nogo obsluzhivanija naselenija v RF». – [Jel. resurs]. URL: <http://base.consultant.ru>. (data obrashheniya: 29.04.2016 g.)

15. Cvetovoj test M. Ljushera. Metodicheskoe rukovodstvo. SPb.: Imaton. 2001. 31 s.

16. Shhepin O. P., Lysikov I. V. Aktual'nye problemy dispanserizacii detej-sirot i detej, nahodjashhijsja v trudnoj zhiznennoj situacii // Bjulleten' nacional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshhestvennogo zdorov'ja imeni N.A. Semashko. 2012, № 3. S.1-2.

E.V. Dyachenko, M.A. Ufimceva, E.V. Moskvina, N.V. Samoilenko, K.I. Nikolaeva
PSYCHOEMOTIONAL HEALTH OF CHILDREN IN DIFFICULT LIVE SITUATIONS IN THE CONTEXT OF MEDICAL AND PROFILACTIC WORK IN CONDITIONS INTERAGENCY COOPERATION

Ural State Medical University, Special educational institution of closed type for learners with deviant (socially dangerous) behavior (Yekaterinburg).

Summary. Presented research a psychoemotional health of children in difficult live situations, presents its role and importance in medical and prophylactic work, proposed directions of cooperation of doctors, psychologists and teachers to ensure the physical and psychical health of pupils closed-boarding school.

Keywords: psychoemotional health, difficult live situations, medical-prophylactic and psychology-pedagogical cooperation.

**ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ СЕМЬЕ
ПРИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ**

¹Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, ²ФГБНУ «Центр защиты прав и интересов детей» (Москва).

Резюме. В статье рассматривается структура патологического развития внутрисемейных отношений при формировании зависимости от психоактивных веществ у несовершеннолетнего ребенка. Приводится описание фаз семейного реагирования на употребление психоактивных веществ несовершеннолетними и решаемые задачи психотерапевтической помощи семье в каждой фазе.

Ключевые слова: психоактивные вещества, психотерапевтическая помощь, зависимость.

С момента обнаружения факта наркотизации несовершеннолетнего его родителями всегда имеется определенный период времени, в процессе которого семейные взаимоотношения претерпевают ряд динамических трансформаций. В структуре патологического развития внутрисемейных отношений при формировании зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) можно выделить четыре фазы семейного реагирования на употребление ПАВ: аффективная, гиперконтроля, экстернализации, индифферентная. Под фазами подразумеваются составляющие единый процесс, закономерные, последовательные, взаимосвязанные и взаимообусловленные изменения межличностного взаимодействия родителей и несовершеннолетнего, употребляющего ПАВ.

Первая фаза - аффективная. Социально-психологические особенности этой фазы связаны с тем, что родственники в настоящее время достаточно осведомлены о драматичности взаимоотношений человека с ПАВ. Однако существует дефицит достоверной информации о том, как действовать в подобной ситуации, куда обращаться за помощью, с кем обсудить возникшую проблему. Отношение к пациентам в этой фазе представляют собой сменяющие друг друга, а то и существующие вместе чувства вины, возмущения, ненависти, жалости, собственного бессилия. Проблему пытаются замолчать, чуть ли не самым главным оказывается стремление, чтобы никто ничего не узнал. Очень часто родственники не понимают, как это невозможно не употреблять, как невозможно отказаться от ПАВ.

Задачи психотерапевтической помощи семье такие: уменьшить чрезвычайно эмоциональное, болезненное отношение родителей (родителя) к возникшей проблеме; дать четкие рекомендации о возможностях психологической, медицинской, в том числе специализированной коррекционной и реабилитационной помощи; оказать содействие включению родителей в группы родительской поддержки; обеспечить родителей информацией о методах контроля повторного приема ПАВ; при необходимости разобщения группы наркотизирующихся подростков принять меры к установлению взаимодействия с работниками органов внутренних дел, комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав.

Вторая фаза - гиперконтроль. Для этой фазы типично стремление родственников к установлению максимального контроля над пациентом, его контактами. При этом они зачастую не в состоянии реально оценить болезненный характер интернальной мотивации на употребление ПАВ. Тем более что их представления и действия оказываются релевантными житейской психологии. Родственники могут получать дополнительные стимулы, подтверждающие якобы правильность своего

поведения как со стороны знакомых, которые в курсе их проблем, так и со стороны, как это ни парадоксально, самого больного, который, приспособившись к данной ситуации, демонстрирует формально-позитивный стиль поведения. Все это ведет к внутриличностной максимизации патологического статуса, когда реакция на пациента становится узкоспецифической, спонтанно-автоматической. Родственники вытесняют большую часть поступающей новой информации, если она не соответствует их взглядам и установкам, так как, находясь в этом личностном статусе, оказываются неспособны к адекватному восприятию, следствием чего является снижение эффективности взаимодействия с окружающей действительностью. На короткий период времени внутрисемейный гиперконтроль оказывает сдерживающее влияние, но в целом быстро выявляется его несостоятельность. Она обусловлена тем, что родственники при установлении гиперконтроля ставят перед собой в действительности нереальную цель. Идя по этому пути, родственники вынуждены все больше ужесточать меры контроля и ограничивать поведение пациента. Это вызывает единственное стремление больного - избавиться от контроля любыми средствами и путями, включая обман, пренебрежение требованиями родных. Следствием этого является усугубление семейной дисфункциональности, наряду с этим прогрессирует симптоматика зависимости от ПАВ.

В семье складывается ситуация, прямо препятствующая стойкой ремиссии. Мало того что остается нерешенной та ситуация, которая способствовала употреблению ПАВ, возникают дополнительные механизмы, замыкающие порочный круг. Родственники то проявляют уверенность в успехе терапии и семейной реабилитации, то высказываются о бесперспективности и бесполезности терапии, фатальной обреченности больного.

Нахождение семьи в фазе гиперконтроля с соответствующими внутрисемейными отношениями является негативным для формирования самостоятельного и ответственного решения несовершеннолетним о прекращении употребления ПАВ. Это объясняется тем, что экстернально заблокированное безынициативное состояние позволяет ему существовать только в зоне стремления к реализации своих внутренних потребностей, где одной и, быть может, основной в этой ситуации является патологическая потребность в ПАВ. В этот период в семье формируются признаки патологической созависимости, которая может становиться причиной неадекватной коммуникации как внутри самой семьи, так и в отношениях со значимыми другими лицами.

Задачи специалистов в данной фазе заключаются в следующем: диагностика ригидных созависимых родительско-детских отношений с определением значимых объектов («мишеней») для психологической и психотерапевтической коррекционной работы. Необходимо выделить следующие «мишени» (в целом они отражают признаки нарастающей патологичности в созависимых родительско-детских отношениях): гиперконтроль в сочетании с повышенной подозрительностью к различным проявлениям поведения подростка и с преимущественно аффективным характером реагирования на его проступки; использование ребенка и факта его наркотизации в качестве средства манипулирования в отношениях между родителями, а также между родителями и другими членами семьи (например, бабушкой и дедушкой); непоследовательность в отношениях и ожиданиях с частыми, мало мотивированными переходами от уверенности в преодолении ребенком зависимости к высказываниям о бесперспективности любых видов помощи с упреками ребенка в слабости, с акцентированием его вины за происходящее; переживание родителями чувства стыда и вины с доминантной или сверхценной фиксацией на

наркотизации ребенка с непониманием роли и значения собственных усилий, направленных на изменение своего поведения, с нарушением способности слышать других, с утратой внимания к другим семейным проблемам.

Третья фаза - экстернализации. В этой фазе пациент перестает скрывать свое употребление ПАВ, может бравировать пренебрежением требований родных или давать неоднократные обещания прекратить употребление ПАВ, но каждый раз у него возникают «объективные» причины, в силу которых употребление ПАВ возобновляется. Такая «концепция зависимости» принимается родственниками, и в такой ситуации они начинают обвинять самих себя, друзей и знакомых, говорят о недостаточности наркологической помощи со стороны государственных учреждений. В большинстве случаев родственники начинают возлагать основные надежды на меры медицинского характера, однако при обращении за диагностической и лечебно-оздоровительной помощью стремятся избегать учреждений государственной наркологической службы, чтобы не ставить пациента на наркологический учет. При этом сам несовершеннолетний оказывается как бы вне осознанной родственниками ситуации. Его формальные попытки лечения и директивные заявления о желании прекратить употреблять ПАВ интернализируются родственниками. Это иногда приводит к парадоксальным с житейской точки зрения поступкам. Так, посредством эмоционально-психологических манипуляций подросток может вынуждать самих родственников приобретать ему ПАВ или давать деньги на их покупку. При этом они сами не расценивают свой поступок как микросоциальный фактор «узаконивания» употребления ПАВ. Родственники, находящиеся в данной фазе, могут оказывать на специалистов постоянное эмоционально-директивное давление. Оно выражается в попытках диктовать условия оказания помощи, требования довести до ребенка определенную информацию, являющуюся, с их точки зрения, необходимой, игнорировании объективной информации, безапелляционном обвинении всех, кто так или иначе связан с их проблемой.

Задачи специалиста, оказывающего помощь семье в этой фазе, значительно усложняются и требуют междисциплинарного взаимодействия, которому соответствует бригадный принцип организации. В оказании помощи родителям несовершеннолетнего, употребляющего ПАВ, на первый план выходят групповые формы работы с родителями: проведение различных форм индивидуального и семейно-группового психологического консультирования родителей (при консультировании могут рассматриваться все особенности формирования зависимости у ребенка, характер взаимоотношений с ним, вопросы этапности и последовательности терапевтических воздействий); оказание психологической и психотерапевтической коррекционной помощи родителям на основе организации открытых, постоянно действующих дискуссионных групп или групп психологического консультирования для родителей.

При групповых формах работы в качестве ключевых задач необходимо прорабатывать следующие темы: повышение компетентности родителей с изменением их реакции от поиска причин, «виноватого» к реалистичному отношению с осознанием ответственности за свою роль в преодолении ребенком зависимости; преодоление мотивов ухода от обсуждения реальных проблем и намерений переложить вину за неуспех различных способов противодействия употреблению ПАВ и лечения на окружающих или специалистов; развитие у родителей способностей к активному, осознанному наблюдению за состоянием ребенка, включая при необходимости методы тестового контроля, и их готовности к активному реагированию на любые проблемы, связанные с продолжением его наркотизации.

Очень важной остается задача обеспечения взаимодействия родителей со специалистами социально-профилактических служб, включая подразделения по делам несовершеннолетних органов внутренних дел, в целях разобщения групп наркотизирующихся подростков и пресечения каналов поступления наркотиков в их среду.

Четвертая фаза – индифферентная. Эта фаза развивается в связи с повторяющимися срывами после неоднократных попыток оказания коррекционной помощи, лечения или семейной реабилитации. На этой фазе происходит своеобразная капитуляция, нарастает отчуждение, которое сопровождается активной неприязнью членов семьи друг к другу, стойкими конфликтами и раздражением. При этом стойкие конфликтные отношения сопровождаются тем, что и пациент, и родственники продолжают существовать в своеобразных автономных условиях. Происходит фактический распад семьи как единого организма.

На этой фазе созависимые состояния принимают стереотипные, застывшие формы. Они включают повышенную склонность к аффектам, обвиняющим реакциям, выраженную фиксацию на семейной ситуации с уходом от обсуждения реальных проблем.

Исходом индифферентной фазы могут быть либо разрыв внутрисемейных отношений при продолжающемся употреблении ПАВ пациентом, либо реинтеграция этих отношений при отказе несовершеннолетнего от ПАВ. В этот период в большинстве случаев у пациентов появляется интернальная мотивация для отказа от ПАВ, и он уже осознанно обращается за медико-психологической помощью. При проведении семейной реабилитации в этой фазе следует учитывать то обстоятельство, что на биологическом уровне функционирования пациента процесс потребления ПАВ становится в большей степени негативным. Велика частота интеркуррентных заболеваний. ПАВ в этот период оказывают только нормализующий эффект.

Помощь в этой фазе концентрируется на психокоррекционной и психотерапевтической работе с несовершеннолетним, употребляющим ПАВ, его родственниками и значимыми другими лицами.

В застывших, неадекватных внутрисемейных отношениях заложен фактор срыва в периоде семейной реабилитации, поэтому необходима систематическая коррекционная работа с родителями и значимыми другими лицами. Коррекционная работа должна быть ориентирована на следующие задачи: психологическая поддержка родителей в преодолении моментов отчаяния, подкрепление их уверенности в том, что они правильно действуют, несмотря на продолжающиеся срывы у подростка; снижение уровня негативных переживаний с осознанием необходимости преодоления собственной деструктивной конфликтности; проработка конкретных личных проблем в групповом процессе с осознанием негативной роли личностного механизма проецирования своих состояний на окружающих.

Использование индивидуальных и групповых психокоррекционных техник на данном этапе не только способствует снижению эмоциональной силы сложившихся созависимых отношений и их разрушению, но и в определенной мере приводит к оздоровлению внутрисемейного психологического климата и изменению семейной ситуации. Второй аспект психокоррекционной работы по сути направлен на преодоление негативных последствий семейного кризиса и его разрешение при успешной семейной реабилитации несовершеннолетнего, употребляющего ПАВ.

Таким образом, в своей динамике несовершеннолетний, употребляющий ПАВ, и его родители переживают ряд закономерных, взаимосвязанных изменений

семейного функционирования и эту динамику, ее фазы необходимо всегда учитывать при работе специалиста с несовершеннолетним, который включился в наркотизацию, и с его родителями. Особенно важно уметь выявлять положительные стороны таких отношений, которые могут быть использованы как основания для реадaptации и ресоциализации несовершеннолетних, их возвращения в семью.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вострокнутов Н.В., Харитонов Н.К., Пережогин Л.О., Девятова О.Е. Методическое обеспечение социального партнерства при проведении профилактической и реабилитационной работы в семье // Руководство под. ред. Н.В. Вострокнутова. – М., 2005. – 256 с.

2. Булатников А.Н. Особенности семейной дисфункции при наркологических заболеваниях // Актуальные вопросы биологической, клинической и профилактической наркологии. Мат-лы науч.-практ. конф. с международным участием 14-15 мая 2007 г. - М., 2007. - С. 23-24.

3. Булатников А.Н. Основные проблемы психолого-педагогической коррекции в процессе реабилитации детей и подростков // Профилактика зависимостей. 2015. № 4. С. 77–80.

4. Булатников А.Н. Здоровый образ жизни как профилактика формирования аддиктивного поведения // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2014 (14). № 2. С. 83-89.

5. Булатников А.Н. Формирование здорового стиля жизни как профилактика употребления психоактивных веществ // Общественное здоровье и здравоохранение: наука, практика, учебная дисциплина. Сборник научных трудов / Отв. ред. Санников А.Л. - Архангельск, изд. Северный государственный медицинский университет, 2015. - С.19-30.

6. Булатников А.Н. Фундаментальные компоненты системы реабилитации при наркологических расстройствах (концептуальный обзор) // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2016 (16). № 1. С. 97-103.

7. Зарецкий В.В. Критерии мониторинговой оценки эффективности профилактической работы, реализуемой в образовательной среде // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2010 (10). № 2. С. 118-130.

8. Зарецкий В.В., Булатников А.Н. Регламентация профилактической антинаркотической деятельности в образовательной среде – обеспечение системности // Профилактика зависимостей. 2015. № 2. С. 89–122.

9. Зарецкий В.В. Семья как субъект антинаркотической деятельности в образовательной среде // Профилактика зависимостей. 2015. № 4. С. 81-93.

10. Зарецкий В.В. Концептуализация профилактики – шаг к системной деятельности (Комментарии к Концепции профилактики употребления психоактивных веществ в образовательной среде) // Профилактика зависимостей. 2015. № 1. С. 44-67.

1. Vostroknutov N.V., Haritonova N.K., Perezhogin L.O., Devjatova O.E. Metodicheskoe obespechenie social'nogo partnerstva pri provedenii profilakticheskoy i reabilitacionnoj raboty v sem'e // Rukovodstvo pod. red. N.V. Vostroknutova. – М., 2005. – 256 s.

2. Bulatnikov A.N. Osobennosti semejnoy disfunkcii pri narkologicheskikh zabolevanijah // Aktual'nye voprosy biologicheskoy, klinicheskoy i profilakticheskoy narkologii. Mat-ly nauch.-prakt. konf. s mezhdunarodnym uchastiem 14-15 maja 2007 g. - М., 2007. - S. 23-24.

3. Bulatnikov A.N. Osnovnye problemy psihologo-pedagogicheskoy korrekcii v

processe rehabilitacii detej i podrostkov // Profilaktika zavisimostej. 2015. № 4. S. 77–80.

4. Bulatnikov A.N. Zdorovyj obraz zhizni kak profilaktika formirovanija addiktivnogo povedenija // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. 2014 (14). № 2. S. 83–89.

5. Bulatnikov A.N. Formirovanie zdorovogo stilja zhizni kak profilaktika upotreblenija psihoaktivnyh veshhestv // Obshhestvennoe zdorov'e i zdravooohranenie: nauka, praktika, uchebnaja disciplina. Sbornik nauchnyh trudov / Otv. red. Sannikov A.L. - Arhangel'sk, izd. Severnyj gosudarstvennyj medicinskij universitet, 2015. - S.19–30.

6. Bulatnikov A.N. Fundamental'nye komponenty sistemy rehabilitacii pri narkologicheskikh rasstrojstvakh (konceptual'nyj obzor) // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. 2016 (16). № 1. S. 97–103.

7. Zareckij V.V. Kriterii monitoringovoj ocenki jeffektivnosti profilakticheskoy raboty, realizuemoj v obrazovatel'noj srede // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. 2010 (10). № 2. S. 118–130.

8. Zareckij V.V., Bulatnikov A.N. Reglamentacija profilakticheskoy antinarkoticheskoy dejatel'nosti v obrazovatel'noj srede – obespechenie sistemnosti // Profilaktika zavisimostej. 2015. № 2. S. 89–122.

9. Zareckij V.V. Sem'ja kak sub#ekt antinarkoticheskoy dejatel'nosti v obrazovatel'noj srede // Profilaktika zavisimostej. 2015. № 4. S. 81–93.

10. Zareckij V.V. Konceptualizacija profilaktiki – shag k sistemnoj dejatel'nosti (Kommentarii k Konceptcii profilaktiki upotreblenija psihoaktivnyh veshhestv v obrazovatel'noj srede) // Profilaktika zavisimostej. 2015. № 1. S. 44–67.

A.N. Bulatnikov¹, V.V. Zareckij²

PSYCHOTHERAPEUTIC AID FAMILIES IN SUBSTANCE ABUSE

¹Federal State Budgetary Educational Institution of Further Professional Education «Russian Medical Academy of Continuous Professional Education»,

²Federal State Budgetary Research Institution «Centre for Protection of Rights and Interests of Children» (Moscow).

Summary. The article describes the structure of the pathological development of relations within the formation of substance dependence in minor child. The description of the phases of the family to respond to drug use by minors and problem solving psychological assistance to families in each phase.

Keywords: psychoactive substances, psychotherapeutic aid dependence.

Л.Н. Касимова, Ж.В. Альбицкая, В.В. Дворянинова
**ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ АУТИЗМА У ДЕТЕЙ НА РАННИХ ЭТАПАХ
(АНКЕТИРОВАНИЕ РОДИТЕЛЕЙ)**

ГБОУ ВПО Нижегородская государственная медицинская академия
Минздрава России. Кафедра психиатрии и медицинской психологии
(Нижний Новгород).

Резюме. Проблема поздней диагностики аутизма становится все более актуальной по причине неуклонного роста распространенности этого заболевания в мире и связанных с этим серьезных социально-экономических последствий. В статье рассматриваются основные факторы, затрудняющие распознавание раннего детского аутизма (РДА) на всех этапах диагностики, начиная с момента возникновения жалоб у родителей и первичного обращения за медицинской помощью до установления диагноза.

Ключевые слова: ранний детский аутизм, факторы, затрудняющие выявление аутизма, задержка развития речи, поведенческие нарушения, средний возраст первичного обращения, средний возраст диагностики.

Актуальность проблемы. Ранний детский аутизм впервые был описан Каннером в первой половине XX века [7]. С тех пор актуальность этой проблемы только растет, что объясняется неуклонным повышением распространенности расстройств аутистического спектра (РАС). При сравнении данных многочисленных исследований, проведенных в период с 1966 по 2001 гг., было выяснено, что показатель распространенности аутизма удваивался каждые два года, его рост составил около 1300% [5, 6]. По данным Центра по контролю заболеваемости и профилактике и Государственного агентства по эпидемиологии (США) от 2012 г. распространенность аутизма составляет 1:88 [4].

Основные проявления РДА определяются триадой симптомов: качественные отклонения в социальных взаимодействиях, в коммуникации, а также ограниченные, стереотипные, повторяющиеся интересы и действия. Клинической картине аутизма посвящено огромное количество публикаций, а все симптомы заболевания подробно описаны [1, 2, 3]. Несмотря на это, диагностика РДА по-прежнему представляет большие трудности для врачей различных специальностей. Еще в конце XX века был определен возраст, в рамках которого РДА должен быть диагностирован – до 24 месяцев [8]. В настоящее время диагностика аутизма во всем мире сильно запаздывает, в нашей стране в большинстве случаев диагноз РДА устанавливается в 4–5-летнем возрасте. Позднее выявление РДА существенно влияет на прогноз и исход заболевания, т. к. именно своевременное начало психолого-педагогической коррекции и, при необходимости, медикаментозной терапии позволяет минимизировать аутистические проявления во взрослом возрасте и достигнуть максимально возможного уровня социальной адаптации и интеграции детей в общество [1].

Целью и задачами исследования являлось определение факторов, затрудняющих выявление РДА на всех этапах диагностического процесса.

Задачи исследования: анализ основных жалоб, предъявляемых родителями при первичном обращении за медицинской помощью, определение среднего возраста обращения за медицинской помощью и первичного осмотра детским психиатром, а также анализ оказываемой медицинской помощи до момента постановки диагноза.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие родители 79 детей с диагнозом РДА с началом заболевания до 3 лет и типичными клиническими прояв-

лениями (F84.0, МКБ-10). Исследование проводилось с помощью анкеты, включающей вопросы о возрасте появления первых жалоб родителей на нарушения в психическом и моторном развитии у ребенка, характере жалоб, возрасте обращения за медицинской помощью и анализе оказанной помощи до диагностики РДА.

В результате исследования все дети были разделены на 4 группы в зависимости от возраста появления у родителей первых жалоб на развитие ребенка: в период до 1 года, от 1 года до 2 лет, с 2 до 3 лет, после 3-летнего возраста. В каждой группе проанализированы основные проявления аутизма, которые вызывали беспокойство у родителей.

Результаты и обсуждение. В результате анализа анкет нами было выявлено, что в 1 группе (10 случаев, 12,8%) жалобы на здоровье ребенка появлялись у родителей до 1 года. В данной группе основными причинами для обращения за медицинской помощью являлись нежелание ребенка находиться на руках, избегание тактильного контакта, отсутствие интереса к игрушкам, слабая эмоциональная реакция на близких (отсутствие радостного выражения лица, слабая реакция на голос родителей), отсутствие какой-либо реакции на физический дискомфорт, а также отставание в моторном развитии (дети позже переворачивались, садились) и слабое гуление, задержка появления лепета до 9-месячного возраста.

Во 2 группе, куда вошли 28 детей (35,9%), появление жалоб соответствовало возрасту ребенка от 1 года до 2 лет. В этом периоде родителей беспокоила задержка речевого развития (ЗРР) (15 из 28, 53,6%), при этом в 11 случаях родители отмечали остановку в развитии речи на 6 месяцев и дольше после произнесения ребенком первых слов в 11-12 месяцев. В 2-х случаях, несмотря на то что отсутствие речи являлось основной проблемой для родителей, звучали и другие важные для диагностики аутизма жалобы: отсутствие реакции на окружающих и регресс в ранее приобретенных навыках (дети переставали есть ложкой, пить из чашки, садиться на горшок и т. п.), что является характерным для аутизма симптомом [6]. В остальных 13 семьях аутистическое поведение либо интерпретировалось родителями как проявления «характера», либо игнорировалось. В 11 случаях (39,3%) в качестве первоочередной причины для обращения за медицинской помощью выступали такие поведенческие нарушения, как маневный бег, отсутствие реакции на свое имя и зрительного контакта, интереса к игрушкам (дети отдавали предпочтение предметам, не имеющим игрового значения – ключам, веревочкам, пробкам и т. п.) или однотипные игры (перекладывание мелких предметов из одной емкости в другую, выстраивание игрушек в ряды), отсутствие потребности в общении с близкими, боязнь нового (страх новых вещей, помещений, потребность в абсолютно одинаковом распорядке дня, маршруте прогулки). Данные жалобы обозначались родителями так: «странное поведение», «просто бегает, ничего больше не делает», «сам по себе» и т. д. Важно отметить, что только в одном случае основной жалобой являлось отсутствие контакта с детьми, еще в одном – нарушение пищевого поведения («не жует, не кусает», не пробует нового). При этом во всех случаях имелось отставание в развитии речи (отсутствие или небольшое количество слов в сочетании с лепетной речью, «дельфинийм визгом», мычанием), но особенно важно, что в данной группе выраженность поведенческих нарушений отодвигала эту жалобу (ЗРР) на второй план.

В 3 группе (22 случая, 28,2%) родители замечали отклонения в развитии ребенка только в возрасте с 2 до 3 лет. В данной группе на первый план выступали именно жалобы на нарушения поведения. В 11(50%) из 22 случаев родители говорили, что ребенок «необычный», «другой», «подолгу разглядывает свои руки», «ничего не просит», «бегает по кругу», «все ломает», «не реагирует на обращение», жаловались на

страхи, задержку формирования навыков самообслуживания и т. д. В 8 (36,4%) случаях основной причиной для обращения за медицинской помощью выступала задержка развития речи, но, хотя и второстепенно, родители все же отмечали и особенности поведения ребенка, характерные для РДА (стереотипные движения, отсутствия интереса к игрушкам, отсутствие реакции на имя). Только в 4 (18,2%) случаях поведение совсем не беспокоило родителей, неразвитая речь оказывалась единственной жалобой. В данном возрастном периоде родители часто отмечали такие специфические для аутизма нарушения развития речи, как лепетная речь, что обозначалось родителями как «говорит на своем языке», в одном случае семьей было отмечено, что ребенок не говорит слов, но называет буквы и цифры. В 3 случаях (13,6%) родители в первую очередь были обеспокоены отсутствием контакта со сверстниками.

В 16 случаях (20,5%) отклонения в развитии ребенка были замечены только после 3 лет, а именно: в 11 случаях – в период с 3 до 4 лет, в 3 случаях – с 4 до 5 лет и в 3 случаях – старше 5 лет. Родители трех детей предъявляли жалобы исключительно на недостаточное развитие речи, в остальных случаях семьи были обеспокоены поведением детей и трудностями контакта со сверстниками.

Все 79 детей до 1 года находились на диспансерном наблюдении у невролога с диагнозом «Перинатальное поражение центральной нервной системы», который у 19 детей (24,1%) в дальнейшем трансформировался в диагноз «резидуальное органическое поражение центральной нервной системы» (РОП ЦНС); данные дети состояли на учете, проходили курсы медикаментозного лечения. Среди остальных 60 детей (75,9%), не посещавших невролога регулярно и не получавших лечения, средний возраст обращения за медицинской помощью составил $2,7 \pm 1,25$ года, при этом в 35% случаев от момента появления жалоб до обращения за квалифицированной помощью проходило более одного года.

Только родители 14 детей (17,7%) обратились к врачу до достижения ребенком 2-летнего возраста. Более позднее обращение в значительной части случаев было обусловлено уверениями со стороны медицинских работников на профилактических осмотрах, других родственников, друзей, что ребенок «заговорит», либо малой доступностью медицинской информации и специализированной помощи.

В 43 случаях (54,4%) при первичном обращении к врачу дети были консультированы неврологом, но только 10 (12,7%) из них сразу направлены на консультацию к психиатру. В остальных случаях пациенты проходили лечение у невролога с диагнозом РОП ЦНС, задержка речевого и/или психического развития (ЗРР, ЗПР), а в части случаев их развитие признавалось нормальным, дети попадали в категорию «поздно говорящих» и оставались без медицинской помощи. В 15 случаях (19%) родители обращались за первичной помощью к психиатру по направлению различных специалистов (психолога, дефектолога, логопеда) или самостоятельно (табл. 1).

В дальнейшем из 52 детей, проходивших обследование и лечение или признанных здоровыми при первом осмотре, 38 (73%) были направлены на консультацию к детскому психиатру неврологом, а 14 (27%) обратились к психиатру самостоятельно. От момента обращения за медицинской помощью до направления на консультацию к детскому психиатру проходило от полугода до 5 лет, а средний возраст первичного обращения составил $3,5 \pm 1,1$ года. При этом в 51 случае (64,6%) из 79 диагноз РДА был установлен при первом осмотре детским психиатром, в остальных 28 случаях (35,4%) дети длительное время наблюдались психиатром с различными диагнозами, такими как ЗПР, ЗРР, умственная отсталость (УО), органическое поражение головного мозга (ОПГМ). Таким образом, средний возраст диагностики РДА в обследованной группе детей составил $4,0 \pm 1,9$ года.

Таблица 1.

Диагностика и терапевтическая тактика при первичном обращении за медицинской помощью

Возраст первичного обращения за медицинской помощью	Специалист (первичное обращение)	Диагноз	Количество детей	Терапевтическая тактика
Находились под наблюдением до 1 года (19 детей, 24,1%)	Невролог	РОП ЦНС	19 (24,1%)	Ноотропные препараты
Обращение в возрасте от 1 года до 2-х лет (14 детей, 17,7%)	Невролог	РОП ЦНС	8 (10,1%)	Ноотропные препараты
		Здоров	4 (5,1%)	Без лечения
	Психиатр	РДА	2 (2,5%)	Психолого-педагогическая коррекция, ноотропные препараты
Обращение в возрасте старше 2-х лет (46 детей, 58,2%)	Невролог (31 ребенок, 39,2%)	ЗРР, ЗПР	17 (21,5%)	Ноотропные препараты
		РДА?	10 (12,7%)	Направление к психиатру
		Здоров	4 (5,1%)	Без лечения
	Психиатр (15 детей, 19%)	РДА	9 (11,4%)	Психолого-педагогическая коррекция, ноотропные препараты, рисперидон при необходимости медикаментозной коррекции поведения
		Др. диагноз (ЗПР, УО, ОПГМ)	6 (7,5%)	Ноотропные препараты, при необходимости – корректоры поведения (тиоридазин, перициазин и др.)

Выводы.

1. Одним из основных факторов, затрудняющих диагностику РДА, является позднее появление жалоб на развитие ребенка, которые, по данным нашего исследования, в большинстве случаев возникали у родителей только после 2-летнего возраста, а также отсроченное обращение за специализированной медицинской помощью (после 24 мес.).

2. На этапе первичного обращения за медицинской помощью были выявлены серьезные проблемы, включающие в себя недооценку родителями симптомов, являющихся опорными в диагностике РДА (отсутствие контактов с детьми и использования личных местоимений, отсутствие указательного жеста, стремление к постоянству, стереотипные игры и отсутствие ролевой игры и др.), что в сочетании с неполным сбором анамнеза развития ребенка врачами первичного звена и приводило к ошибочной диагностике. Перечисленные факторы, в свою очередь приводили к позднему направлению на консультацию к детскому психиатру.

Именно тщательный анализ жалоб, предъявляемых родителями, позволяет заподозрить аутизм на ранних этапах:

1. В возрасте до 1 года сочетание задержки речевого и моторного развития с жалобами на слабую эмоциональность ребенка, избегание тактильного контакта и недостаточную реакцию на физический дискомфорт должно восприниматься спе-

циалистами первичного звена как возможные симптомы РДА, а таких детей следует отнести к группе риска.

2. В возрасте старше 1 года исключение аутизма обязательно при наличии задержки речевого развития, особенно в случаях, когда имеет место остановка в ее формировании и наличие лепетной речи. Следует помнить, что при оценке поведенческих нарушений одна из основных диагностических категорий – отсутствие контакта со сверстниками, как правило, не предъявляется родителями в качестве жалобы и требует активного выяснения.

Названные меры могут способствовать раннему выявлению симптомов аутизма и своевременному началу медикаментозного лечения и психолого-педагогической коррекции, что существенно снижает инвалидизацию детей, улучшает их социальную адаптацию и, как следствие, уменьшает социально-экономические последствия данного заболевания для семьи и общества.

ЛИТЕРАТУРА

1.Альбицкая Ж.В. Ранний детский аутизм – проблемы и трудности первичной диагностики при междисциплинарном взаимодействии // Медицинский альманах. 2016. Т.42. № 2. С. 108–111.

2.Башина В.М. Аутизм в детстве. М.: Медицина, 1999. С. 21–26.

3.Новоселова О.Г., Каркашадзе Г.А., Журкова Н.В., Маслова О.И. Перспективы диагностики расстройств аутистического спектра у детей // Вопросы современной педиатрии. 2014. Т. 13. № 3. С. 61–68.

1.Albitskaya Zh.V. Ranniy detskiy autizm – problemy i trudnosti pervichnoy diagnostiki pri mezhdistiplinarnom vzaimodeystvii. 2016. T.42. #2. S. 108 – 111.

2.Bashina V.M. Autizm v detstve. M.: Meditsina, 1999. S. 21 – 26.

3.Novoselova O.G., Karkashadze G.A., Zhurkova N.V., Maslova O.I. Perspektivyi diagnostiki rasstroystv autisticheskogo spektra u detey. Voprosyi sovremennoy pediatrii. 2014. T.13. #3. S. 61 – 68.

4.Filipek P.A., Accardo P.J., Ashwal S. et al. Practice parameter: screening and diagnosis of autism: report of Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Child Neurology Society. Neurology. 2000. Vol. 55. P. 468 – 479.

5.Fombonne E. Epidemiology of pervasive developmental disorders // Pediatr Res. 2009 Jun;65(6):591-8..

6.Fombonne E. The prevalence of autism // JAMA. 2003. Vol. 289. № 1, P. 87–89.

7.Kanner L. Problems of nosology and psychodynamics in early infantile autism // Am J Orthopsychiatry. 1949. Vol. 19. № 3. P. 416–426.

8.Wing L. Early childhood autism. 2-nd ed. Oxford. 1976. 342 p.

L.N. Kasimova, Zh.V. Albitskaya, V.V. Dvoryaninova DIFFICULTIES IN THE DIAGNOSIS OF AUTISM IN CHILDREN AT EARLY STAGES (SURVEY OF PARENTS)

Nizhni Novgorod State Medical Academy, Department of Psychiatry and Medical Psychology (Nizhni Novgorod).

Summary. The problem of late diagnosis of autism is becoming more urgent due to the steady increase in the prevalence of this disease and related serious socio-economic consequences. The article examines the main factors that hinder the early detection of childhood autism at all stages of the diagnostic sticks, starting from the moment of occurrence of complaints from parents and primary medical care before the diagnosis.

Keywords: early infantile autism, complaints, factors that hinder autism diagnosis, the delay of speech development, behavior disorders, the average age of primary treatment, the median age at diagnosis.

**РАЗРАБОТКА ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ
ФОРМИРОВАНИЯ НАВЫКОВ САМООБСЛУЖИВАНИЯ ДЛЯ РЕБЕНКА
С ТЯЖЕЛЫМИ МНОЖЕСТВЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ
ФГБУ "Сергиево-Посадский детский дом слепоглухих" Минтруда Рос-
сии (Сергиев Посад), Институт специального образования и комплексной ре-
абилитации ГАОУ ВО МГПУ (Москва).**

Резюме: В статье представлен практический опыт разработки индивидуальной программы формирования навыков самообслуживания для ребенка, имеющего тяжелые множественные нарушения развития, на первоначальном этапе обучения.

Ключевые слова: тяжелые множественные нарушения развития, навыки самообслуживания, диагностика, индивидуальная программа обучения

В связи с вступлением в действие Федерального государственного образовательного стандарта образования обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями), в котором в категорию обучающихся впервые включены дети с тяжелыми и множественными нарушениями развития, проблемам обучения и воспитания таких детей в настоящее время уделяется большое внимание.

Начиная с 2010 г. на базе учебно-диагностического отделения Сергиево-Посадского детского дома слепоглухих проходит апробация Метода систематизированного наблюдения для оценки уровня сформированности навыков самообслуживания воспитанников с тяжелыми нарушениями развития. Разработка этого метода обусловлена рядом причин. Прежде всего, это изменение качественного состава воспитанников. За последние годы все поступающие дети имеют множественные нарушения, причем чаще тяжелые. При этом большая вариативность комбинаций нарушений развития у воспитанников приводит к необходимости некоторой универсализации методов обследования, а тяжесть и вариативность нарушений, имеющих у воспитанников, не позволяют использовать существующие методики диагностики для их обследования.

В настоящее время для обследования социально-бытовых навыков, в том числе навыков самообслуживания, у детей с тяжелыми множественными нарушениями развития, в основном, используется ряд зарубежных методик:

- Брюс Л. Бейкер, Алан Дж. Брайтман. Путь к независимости. Обучение детей с особенностями развития бытовым навыкам. [1]
- Мойра Питерси, Робин Трилор. Маленькие ступеньки. Программа ранней педагогической помощи детям с отклонениями в развитии. [2]
- Джонсон-Мартин Н.М., Дженс К.Г., Аттермиер С.М., Хаккер Б. Дж. Программа «Каролина» для младенцев и детей младшего возраста с особыми потребностями. [3]
- Кипхард Эрнст Й. Как развивается ваш ребенок? [4]
- Х. С. Гюнцбург. Методика «Социограмма». Педагогический анализ социального развития людей с множественными нарушениями (форма PAC-S/P). [5]
- Шкала адаптивного поведения Вайнленд

Возможно, это связано с тем, что именно они в свое время были переведены на русский язык и, таким образом, стали доступны русскоязычным педагогам. Однако, анализ этих методик указывает на существенные трудности их использования при работе с детьми, имеющими выраженные сочетания нарушений развития. Главной проблемой, характерной для большинства вышеперечисленных методик является то, что оценивается целый навык, состоящий из нескольких операций или «миниситуация». При обследовании детей с тяжелыми нарушениями развития очень важно оценивать отдельные операции.

Ряд заданий в методиках не адаптирован для детей с сенсорными нарушениями.

Во всех методиках очень объемный диагностический инструментарий, который трудно применять, так как дети быстро устают и не удерживают внимание. Еще одной проблемой является трудность прослеживания динамических изменений в ходе коррекционной работы. Мы считаем, что эти методики больше подходят для детей, имеющих менее выраженные нарушения жизнедеятельности, чем наши воспитанники.

В процессе поиска решения данной проблемы нами была разработана методика педагогической диагностики самообслуживания детей с ТМНР, позволяющая обследовать детей с многовариантными множественными нарушениями развития на первоначальном этапе обучения.

Диагностическая карта уровня сформированности навыков самообслуживания является основным инструментом данной методики. Она состоит из 7 блоков. Первый блок характеризует физические возможности ребенка и доступные для него средства общения, остальные шесть блоков демонстрируют актуальный уровень овладения ребенком основных навыков самообслуживания: приема пищи, пользования туалетом, умывания, чистки зубов, причесывания и раздевания – одевания [6].

Для минимизации влияния восприятия педагога, проводящего оценку, на результат обследования, все навыки, представленные в Диагностической карте, разделены на однозначно трактуемые элементарные действия – операции – каждое из которых оценивается независимо от других. Представление последовательности действий, составляющих каждый навык, в порядке их ожидаемого развития позволяет не связывать умения ребенка с его возрастом. При проведении обследования оцениваются необходимость в помощи и степень участия самого ребенка в выполнении каждого действия. Также мы отделяем потребность в физической и стимулирующей помощи от побуждения к действию и равнозначно оцениваем модификацию ребенком определенного действия в зависимости от имеющихся нарушений или его общепринятое выполнение. Мы можем говорить о положительной динамике в развитии ребенка, если при повторных обследованиях выявляется снижение потребности в помощи [7].

Диагностика проводится в несколько этапов. На первом этапе осуществляется заполнение бланков Диагностической Карты по результатам наблюдения за ребенком и его интерпретация, которая осуществляется следующим образом:

- 0-1 балл – **низкий** уровень сформированности операции
- 2-3 балла – **средний** уровень сформированности операции
- 4-5 баллов – **высокий** уровень сформированности операции.

Ниже представлен пример составления индивидуальной программы для Владислава С., первого года обучения, 6,5 лет: задержка психоречевого развития; открытая внутренняя гидроцефалия; ДЦП, атонически-астатическая форма, плосковальгусная деформация стоп, дисплазия тазобедренного сустава; ретинопатия недоношенных IV ст. (левый глаз), V ст. (правый глаз), рубцовая фаза, афакия, авитрия.

При первичном обследовании мальчика были получены данные, которые в виде фрагментов Диагностической карты представлены в табл. 1-6:

Таблица 1.

Навыки пользования туалетом		Качество выполнения действия					
Ребенок:		0	1	2	3	4	5
Реагирует на неопрятность				+			
Снимает необходимую одежду, подготавливаясь к процессу				+			
Садится на унитаз (горшок)			+				
Аккуратен во время пользования туалетом			+				
Находит туалет (горшок)			+				
Сообщает о своей потребности адекватным способом			+				
Контролирует процесс днем			+				
Выходит из туалета одетым				+			

Показатель успешности Влада по навыку пользования туалетом составляет 0,24, что говорит о низком уровне сформированности данного навыка.

Таблица 2.

Навыки приема пищи		Качество выполнения действия					
Ребенок:		0	1	2	3	4	5
Сообщает о своем желании			+				
Пьет из поильника							+
Проглатывает пищу							+
Забирает пищу с ложки губами			+				
Пьет из чашки				+			
Берет ложку в руку				+			
Удерживает чашку			+				
Пододвигает чашку к себе			+				
Подносит ложку с пищей ко рту				+			
Пережевывает пищу				+			
Ест печенье, самостоятельно удерживая в руках				+			
Зачерпывает пищу ложкой			+				
Пододвигает тарелку к себе			+				
После окончания еды отодвигает тарелку, чашку				+			

Показатель успешности Влада по навыку приема пищи составляет 0,34, что говорит о низком уровне сформированности данного навыка.

Таблица 3.

Навыки умывания		Качество выполнения действия					
Ребенок:		0	1	2	3	4	5
Подставляет руки под струю воды							+
Трет руки друг о друга при мытье				+			
Смывает мыло с рук под струей воды			+				
Прикладывает мокрые руки к лицу при умывании				+			
Умывает все лицо			+				
Берет полотенце			+				
Вытирает лицо			+				
Опускает рукава после умывания				+			

Показатель успешности Влада по навыку умывания составляет 0,28, что говорит о низком уровне сформированности данного навыка.

Таблица 4.

Навыки чистки зубов		Качество выполнения действия					
Ребенок:		0	1	2	3	4	5
Берет правильно зубную щетку за ручку				+			
Вкладывает зубную щетку щетиной в рот			+				
Водит зубной щеткой слева направо щетиной по зубам			+				
Водит зубной щеткой сверху вниз щетиной по зубам			+				
Ополаскивает щетку после чистки зубов			+				
Убирает щетку на место после чистки зубов			+				
Выдавливает пасту на щетку			+				

Показатель успешности Влада по навыку чистки зубов составляет 0,2, что говорит о крайне низком уровне сформированности данного навыка.

Таблица 5.

Навыки причесывания		Качество выполнения действия					
Ребенок:		0	1	2	3	4	5
Правильно удерживает расческу				+			
Прикладывает расческу зубцами к волосам				+			
Выполняет целенаправленные движения расческой				+			
Вынимает из волос расческу, не запутывая ее в волосах				+			
Убирает расческу на место			+				
Находит расческу в привычном месте			+				

Показатель успешности Влада по навыку причесывания составляет 0,3, что говорит о низком уровне сформированности данного навыка.

Таблица 6.

Навыки одевания-раздевания		Качество выполнения действия					
Ребенок:		0	1	2	3	4	5
Снимает куртку, когда всего одна рука в рукаве					+		
Снимает незавязанную шапку					+		
Снимает незастегнутые ботинки					+		
Снимает свободные носки				+			
Снимает расстегнутую куртку				+			
Снимает свободные штаны				+			
Снимает трусы					+		
Просовывает руки в рукава, а ноги в штанины и вытаскивает – при раздевании							+
Надевает комнатные туфли				+			
Надевает ботинки не застегивая, тапочки			+				
Надевает шапку				+			
Стягивает частично снятую через голову кофту				+			

Показатель успешности Влада по навыку раздевания-одевания составляет 0,34, что говорит о низком уровне сформированности данного навыка.

Общий Показатель успешности мальчика, являющийся средним арифметическим Показателей успешности по всем навыкам, составляет 0,29.

Таким образом, по результатам обследования в процессе приема пищи Владислав показал низкий уровень сформированности умений сообщать о своем желании кушать, забирать пищу с ложки губами, удерживать чашку и пододвигать ее к себе, а умения пить из чашки и брать ложку в руку находились у мальчика на среднем уровне сформированности. При пользовании туалетом воспитанник продемонстрировал средний уровень сформированности умений реагировать на неопрятность, снимать необходимую одежду и выходить из туалета одетым, при этом, умения находить унитаз, садиться на него и аккуратно им пользоваться, а также сообщать о своей потребности адекватным способом и контролировать процесс в течение дня находились у Владислава на низком уровне сформированности.

При умывании мальчик продемонстрировал средний уровень сформированности умений тереть руки друг о друга при мытье, прикладывать мокрые руки к лицу и опускать рукава после умывания. В то же время умения смывать мыло с

рук под струей воды, умывать все лицо, брать полотенце и вытирать лицо находились у воспитанника на низком уровне сформированности.

При чистке зубов уровень сформированности всех операций соответствовал низкому за исключением умения правильно брать зубную щетку. При этом в процессе причесывания мальчик показал средний уровень сформированности умений правильно удерживать расческу, прикладывать ее зубцами к волосам и выполнять целенаправленные движения.

Как видно из табл. 6, Владислав продемонстрировал высокий уровень сформированности умений просовывать руки в рукава и ноги в штанины, вытаскивать их при раздевании; низкий уровень сформированности умения надевать ботинки, не застегивая, и тапочки; средний уровень сформированности умений снимать незастегнутые куртку, шапку, ботинки, свободные носки и штаны, снимать трусы и частично снятую через голову кофту, а также надевать шапку и комнатные туфли.

Таким образом, в развитии навыков самообслуживания мальчика отмечается определенная асинхрония: более сформированными являются навыки приема пищи и одевания-раздевания, а хуже всего сформирован навык чистки зубов.

Второй этап заключается в составлении индивидуальной программы для каждого ребенка на основе полученных при первичном обследовании данных и проведении диагностического обучения с ее использованием. При этом индивидуальная программа реализуется не менее 6 месяцев, а затем проводится повторное обследование, что составляет третий этап диагностики.

Приступая к составлению программы, следует, в зависимости от индивидуальных особенностей ребенка, выделить количество операций для одного этапа обучения (от одной до шести) по каждому навыку и сформулировать задачи: формировать операции низкого уровня, закреплять операции среднего уровня или тренировать операции высокого уровня сформированности. Учет зоны ближайшего развития и зоны актуального развития проявляется в строгом соблюдении указанной в Диагностической Карте последовательности данных действий. Соблюдение этих требований дает ребенку возможность в комфортном для него темпе осваивать новые элементы и чувствовать себя успешным в деятельности по самообслуживанию, что особенно важно для наших воспитанников, так как это создает дополнительную мотивацию к ее продолжению.

В результате интерпретации полученных данных, в индивидуальную программу воспитанника Владислава С. были включены следующие задачи:

Навыки приема пищи:

- формировать умение сообщать о своем желании покушать;
- формировать умение забирать пищу с ложки губами;
- закреплять умение пить из чашки и брать ложку в руку;
- формировать умение удерживать чашку и пододвигать ее к себе.

Навыки пользования туалетом:

- закреплять умение реагировать на неопрятность;
- закреплять умение снимать необходимую одежду, подготавливаясь к процессу;
- формировать умение садиться на унитаз, аккуратно пользоваться им, находить туалет.

Навыки умывания:

- закреплять умение тереть руки друг о друга при мытье, прикладывать мокрые руки к лицу при умывании;
- формировать умение смывать мыло с рук под струей воды и умывать все лицо.

Навыки чистки зубов:

–закреплять умение брать правильно зубную щетку за ручку;
 –формировать умение вкладывать зубную щетку щетиной в рот, водить зубной щеткой слева направо щетиной по зубам.

Навыки причесывания:

–закреплять умение правильно удерживать расческу, прикладывать расческу зубцами к волосам, выполнять целенаправленные движения расческой, вынимать из волос расческу, не запутывая ее в волосах.

Навыки одевания–раздевания:

–закреплять умение снимать незавязанную шапку, незастегнутые ботинки; снимать свободные носки, расстегнутую куртку, свободные штаны; снимать трусы;
 –закреплять умение надевать комнатные туфли;
 –формировать умение надевать ботинки не застегивая, тапочки.

Данная индивидуальная программа была реализована в течение 2014-2015 учебного года. В процессе работы, наблюдая за этим ребенком, мы убедились в правильности выбора индивидуальной программы, а успехи ребенка продемонстрировали нам его перспективы в усвоении других базовых жизненных компетенций.

Итак, данный пример иллюстрирует возможность и целесообразность использования данного метода для обследования самообслуживания детей с тяжелыми множественными нарушениями развития и составления индивидуальных программ формирования навыков самообслуживания.

В настоящее время мы провели более 100 обследований навыков самообслуживания у наших воспитанников как в ходе первичной диагностики, так и для оценки динамических изменений. Полученные результаты позволили сделать несколько важных выводов, которые, однако, еще нуждаются в уточнении в ходе дальнейшей апробации методики. В частности, было показано, что равномерное отставание по всем группам навыков встречается достаточно редко. Чаще отмечается асинхрония, при которой одни навыки развиты лучше, а другие хуже. Такая асинхрония особенно характерна для детей, в структуре нарушений которых отмечаются аутистические черты. Было показано также, что при разных сочетаниях нарушений последовательность овладения навыками самообслуживания различается. Например, у слепых детей с задержкой психического развития последовательность навыков по убыванию степени их сформированности выглядит следующим образом: навыки приема пищи, навыки пользования туалетом, навыки раздевания-одевания, навыки умывания. У слепых детей с умственной отсталостью она иная: навыки приема пищи, навыки причесывания, навыки умывания, навыки раздевания-одевания. Последовательность навыков по убыванию степени их сформированности у детей, имеющих сочетание интеллектуальных нарушений с двигательными, выглядит так: навыки приема пищи, навыки пользования туалетом, навыки умывания, навыки причесывания. Однако навыки приема пищи у детей всех групп развиты лучше всего, а навыки чистки зубов – хуже всего. Мы надеемся расширить и подтвердить эти наблюдения нашими дальнейшими исследованиями.

ЛИТЕРАТУРА

1.Брюс Л. Бейкер, Алан Дж. Брайтман. Путь к независимости. Обучение детей с особенностями развития бытовым навыкам. Пер. с английского 3-го издания книги «Steps to Independence», опубликованного в США издательством Paul H. Brookes Publishing Co., Inc. – М.: Теревинф, 2006.- 497 с.

2.Мойра Питерси, Робин Трилор. Маленькие ступеньки. Программа ранней педагогической помощи детям с отклонениями в развитии. Книги 1–8. Пер. с английского. - М.: Ассоциация Даун Синдром, 2001. Издание второе

3.Джонсон-Мартин Н.М., Дженс К.Г., Аттермиер С.М., Хаккер Б.Дж. Программа «Каролина» для младенцев и детей младшего возраста с особыми потребностями /Под ред. Н.Ю. Барановой. – СПб.: Санкт-Петербургский Институт раннего вмешательства, КАРО, 2005. – 336 с.

4.Кипхард, Эрнст Й. Как развивается ваш ребенок? Пер. с немецкого.- М.: Теревинф, 2006.- 112 с.

5.Шипицына Л.М. «Необучаемый» ребенок в семье и обществе. Социализация детей с нарушением интеллекта. 2-е изд., перераб. и дополн. — СПб.: Речь, 2005. — 477 с.

6.Переверзева М.В. Использование метода систематизированного наблюдения для оценки навыков самообслуживания у детей с тяжелыми нарушениями развития // Коррекционная педагогика. – 2012.- № 2 (49). - С.15-31.

7.Переверзева М.В. Критерии оценки при диагностике развития детей с тяжелыми множественными нарушениями на начальном этапе обучения // Детская и подростковая реабилитация. - 2013. - № 1 (20). - С.71-76.

1.Brjus L. Bejker, Alan Dzh. Brajtman. Put' k nezavisimosti. Obuchenie detej s osobennostjami razvitija bytovym navykam. Per. s anglijskogo 3-go izdaniya knigi «Steps to Independence», opublikovannogo v SShA izdatel'stvom Paul H. Brookes Publishing Co., Inc. – М.: Теревинф, 2006.- 497 с.

2.Mojra Piteri, Robin Trilor. Malen'kie stupen'ki. Programma rannej pedagogicheskoj pomoshhi detjam s otklonenijami v razvitii. Knigi 1–8. Per. s anglijskogo. - М.: Associacija Daun Sindrom, 2001. Izdanie vtoroe

3.Dzhonson-Martin N.M., Dzhens K.G., Attermier S.M., Hakker B.Dzh. Programma «Karolina» dlja mladencev i detej mladshogo vozrasta s osobymi potrebnoostjami /Pod red. N.Ju. Baranovoj. – SPb.: Sankt-Peterburgskij Institut rannego vmeshatel'stva, KARO, 2005. – 336 s.

4.Kiphard, Jernst J. Kak razvivaetsja vash rebenok? Per. s nemeckogo.- М.: Теревинф, 2006.- 112 с.

5.Shipicyna L.M. «Neobuchaemyj» rebenok v sem'e i obshhestve. Socializacija detej s narusheniem intellekta. 2-e izd., pererab. i dopoln. — SPb.: Rech', 2005. — 477 s.

6.Pereverzeva M.V. Ispol'zovanie metoda sistematizirovannogo nabljudenija dlja ocenki navykov samoobslužhivaniya u detej s tjazhelymi narushenijami razvitija // Korrekcionnaja pedagogika. – 2012.- № 2 (49). - S.15-31.

7.Pereverzeva M.V. Kriterii ocenki pri diagnostike razvitija detej s tjazhelymi mnozhestvennymi narushenijami na nachal'nom jetape obuchenija // Detskaja i po-drostkovaja reabilitacija. - 2013. - № 1 (20). - S.71-76.

M.V. Pereverzeva

CREATION OF THE INDIVIDUAL PROGRAM OF FORMATION OF SELF-SERVICE SKILLS

FOR THE CHILD WITH SEVERE MULTIPLE DISABILITIES

**Children's House for Deafblind (Sergiev Posad), Institute of Special Education
and Complex Rehabilitation of Moscow City Teacher's Training University (Moscow).**

Summary. The article presents practical experience in the creation of an individual program of formation of self-service skills for the child with severe multiple disabilities at the initial stage of training.

Keywords: severe multiple disabilities, self-service skills, diagnostics, individual training program

Л.Е. Никитина, Л.У. Звонарёва

**О СОДЕРЖАНИИ И КАЧЕСТВЕ КНИЖНОЙ И ВИДЕОПРОДУКЦИИ
ДЛЯ ДЕТЕЙ**

Резюме. Анализ содержания и качества книжной и видеопродукции для детей, предлагаемой российскими издательствами и телеканалами, показал их антипедагогическую направленность и психологическую несбалансированность относительно особенностей детского восприятия. Обществу и семьям с детьми следует осуществлять контроль данной продукции, а специалистам, политическим партиям, общественным объединениям необходимо отчетливо выражать программные и методические позиции по вопросам культурного, нравственного, эстетического компонентов воспитания и развития подрастающих поколений. В статьях Л.Е. Никитиной и Л.У. Звонаревой содержатся результаты аналитического обзора и выводы, которые легли в основу решений Общественного консультативного совета политических партий при Московской городской Думе в 2016 г.

Ключевые слова: дети, детская литература, книжная и видеопродукция, педагогическая безопасность, защита от вредоносной информации, социальная ответственность.

Вопросы содержания и качества книжной и видеопродукции для детей во всей остроте встал на повестку дня всех здоровых сил российского общества: политических партий, общественных объединений, религиозных конфессий, педагогических, культурологических и медицинских сообществ, родителей - и шире - российских семей с детьми. За два последних десятилетия не контролируемый государством так называемый «рынок» добрался до наших детей как потребителей, на которых можно зарабатывать. Отсутствие цензуры книжной, театральной, кино- и видеопродукции, которое воспринималось обществом в ее либеральной части как высшее завоевание победившей демократии, проявилось оборотной стороной в виде вакханалии «произведений» литературы, искусства и культуры, которые далеки и от культуры, и от нравственности, и от здравого смысла, поскольку закладывают огромной силы взрывчатое вещество под сами основы российского общества и государства.

Пропаганда культа жизненного успеха исключительно как успеха материального, вещного; навязывание норм и стандартов демонстративного сверхпотребления; понимания отдыха как праздника, а труда как наказания; восприятие требований общества, семьи, государства к выполнению каких-либо обязанностей, долга как ограничение свобод и прав личности; уважение исключительно своих прав и потребностей даже в ущерб другим людям - все это порождает в подрастающем поколении качества, которые в сочетании со слабой воспитанностью и плохим образованием становятся угрозой общественному спокойствию. Хороших, порядочных, воспитанных, сдержанных, уравновешенных, неэгоистичных, независтливых детей становится все меньше. Вырастающие дети не хотят создавать полноценные семьи; презирают старых, слабых и бедных; допускают, что свои жизненные проблемы можно решать за счет других людей; не верят государству; не уважают родителей и старшее поколение; аморальны или морально амбивалентны. Резко выросло количество детей с различными девиациями. Слабые усилия государства в попытке оградить детей от вредоносных влияний в виде некоторых законодательных мер, государственных программ, мер поддержки семей с детьми, отраслей культуры и искусства не достигают заметного результата, а возможности ограничены контекстом социально-экономической и политической реальности. Российская семья заведомо проигрывает другим субъектам и факторам социализации

подростающих поколений, которые в совокупности образуют фоновое воспитательное пространство, враждебное истинным целям и смыслам воспитания.

Изучение вопроса о книжной, театральной, кино- и видеопродукции для детской и молодежной аудитории привело к следующим выводам:

1. Содержание данной продукции не контролируется или контролируется очень слабо при маркировании возраста «потребления». (Например, демонстрируемый в июне в прайм-тайм по каналу Россия 1 отечественного ТВ сериал «На дальней заставе», помеченный как 12+, содержит многочисленные откровенные сцены сексуального характера и адюльтер ВСЕХ главных героев фильма о пограничниках - в деталях и подробностях).

2. Интернет практически не контролируется уполномоченными инстанциями, поскольку многочисленные форумы, сайты и страницы в социальных сетях с вредоносным контентом доступны детям ЛЮБОГО возраста, умеющим пользоваться компьютером. (Например, сайт с призывами к самоубийству детей, созданный 13-летней девочкой, функционировал несколько месяцев и привел к гибели нескольких подростков; экстремистские сайты вербуют в ИГИЛ и другие подобные организации, как показала история со студенткой Варварой Карауловой; различные извращенцы и педофилы успешно решают свои задачи через Интернет). Реклама товаров и услуг сексуального характера навязчива и сопровождает любые поисковые системы, доступна всем без исключения. Родительский контроль неэффективен, поскольку сохраняется возможность создания аккаунтов несовершеннолетними под различными псевдонимами.

3. Театральные премьеры по произведениям российской классики, в том числе и включенным в школьную программу, не говоря уже о «творчестве» самопровозглашенных «гениев», содержащие вредоносный, разрушительный, аморальный контент, идут на сценах театров, пользующихся государственной поддержкой. (Например, «Евгений Онегин» в театре им. Вахтангова, «Князь» («Идиот») в Ленкоме, все постановки «Гоголь-центра», и даже в Большом театре в предыдущие годы: «Дети Розенталя», «Сон в летнюю ночь», «Руслан и Людмила»).

4. Реклама на отечественном ТВ уже давно и привычно опирается на низменные инстинкты человека, как правило, сексуального характера (например, Нагиев, рекламирующий мясо индейки, за семейным обедом мужа, жены и ребенка, как бы оговаривается: «жарить – это мое»...), либо эксплуатирует приемы обольщения, либо рекламируются товары, которые взрослые обычно тщательно прячут от несовершеннолетних членов семьи. Рекламные паузы с таким подтекстом длятся в совокупности столько же времени, сколько фильм, в удобное для семейного просмотра время, назойливо повторяясь и практически дезориентируя телезрителей в сюжете и психологических портретах киногероев. Особенно неприятно такое «соседство» с фильмами патристического, гражданского, драматического или классического направления. В психолого-педагогическом отношении такое положение дел формирует легкое, бездумное отношение к киноматериалу, опошляет и снижает духовный и культурный потенциал кинопродукции, и так, как правило, низкого качества.

5. Книжная продукция для детей состоит из двух основных частей: книжная классика, рассчитанная на покупку родителями проверенной литературной продукции (то, что читали в детстве сами, и то, что изучают в школе); и «новинки», анализ которых показал их почти полную вредоносность в педагогическом и культурном отношении (В.Роньшин, А.Усачев и др. авторы).

6. Мультипликация отечественная только в последние годы заявила о себе как конкурентоспособная и почти безупречная в психолого-педагогическом отношении с появлением цикла о русских богатырях. В остальной продукции, включая

и суперпопулярный мультсериал «Маша и медведь», содержится контент, в психолого-педагогическом отношении сомнительный или явно вредный.

7. Импортная мультипликация откровенно враждебна русской ментальности и ментальности других российских этносов, разрушает культурный код личности, основанный на духовной и культурной преемственности поколений российских людей, низкопробна и бездарна. В психолого-педагогическом отношении она должна быть запрещена к просмотру детской аудиторией за редкими исключениями. (Например, «Как приручить дракона» - пример положительный. «Шрек», «Дядюшка Скрудж», «Том и Джерри», «Симпсоны», «Гуффи», «Губка Боб» и многие другие – примеры отрицательные).

8. Как показал анализ партийных программ и иных партийных документов, политические партии озабочены вопросами воспитания и собственно образования исключительно в структурных, организационных, квалиметрических и псевдоидеологических аспектах. Содержание культурного фона, допущение рыночных механизмов в продукцию для детей и молодежи, антипедагогические и разрушающие культурный код личности «новации» и «эксперименты» в театральной среде, в кино-, видео- и библиоиндустрии являются личным гражданским интересом отдельных представителей политических сил и равнодушных граждан, рискующих попасть под обструктивное шельмование сильного лобби, зарабатывающего на детях.

9. Органы управления образованием и культурой на разных уровнях этого управления бездействуют, предпочитая нейтралитет или вовсе отстраняются от недвусмысленного отношения по вопросу детского «нематериального рынка». Запуганные обвинениями в ретроградстве, некомпетентности, консерватизме, тайном сталинизме и боясь прочих подобных «ярлыков», они предают интересы тех, кто не в состоянии себя защитить – детей. Финансируя из бюджета сомнительные кино- и театральные постановки, органы власти нарушают свои обязанности по отношению к налогоплательщикам.

Все здоровые силы общества должны проявить твердость в отстаивании интересов несовершеннолетних граждан в их праве на здоровую в нравственном и культурном отношении среду обитания, не поддаваясь на провокации рыночного и псевдолиберального лобби. Юные москвичи имеют право на защиту от вредоносного воздействия книжной и видеопродукции с антипедагогическим содержанием и чуждой идеологии.

Данное выступление Л.Е. Никитиной на заседании Общественного консультативного совета политических партий при Мосгордуме, поддержанное другими членами совета, представителями пятнадцати политических партий, позволило принять решение, опубликованное на сайте Мосгордумы. Также было принято Обращение Общественного консультативного совета политических партий при Московской городской Думе к государственным, общественным и частным каналам телевидения, в котором отражены позиции выступления Л.Е. Никитиной.

29 сентября 2016 г.

О содержании и качестве книжной и видеопродукции для детей.

Общественный консультативный совет политических партий при Московской городской Думе **р е ш и л:**

1. Считать необходимым законодательно ввести ограничения охранительного характера для товаров нематериального назначения, предназначенных для детского потребления.

2. Рекомендовать Департаменту образования города Москвы совместно с Департаментом культуры города Москвы провести контрольное исследование содержания книжного и видеорынка продукции для детей с последующими рекоменда-

циями в адрес поставщиков продукции, педагогических работников и родителей.

3. Поддержать предложение о создании при Московской городской Думе или Департаменте образования города Москвы Общественного консультативного совета по детской литературе и искусству, который мог бы выполнять функции грифования продукции, как это делается с учебной литературой. В состав такого органа могут войти представители всех заинтересованных групп: политики, родители, церковь, государство, общественность, писатели, деятели культуры.

4. Призвать государственные, общественные и частные каналы телевидения ответственно относиться к рекламной политике, с пониманием того простого и очевидного факта, что не все нужно рассматривать через призму доходности.

5. Приветствовать предложение Св. Патриарха Кирилла о создании «Золотого канона» литературы для детей и юношества, поскольку любые усилия в направлении духовно-нравственной ориентации уважаемых и внушающих доверие и уважение социальных институтов полезны и работают в контексте заботы об оздоровлении социально-психологической обстановки в обществе.

6. Предложить Правительству Москвы выстроить внятную и эффективную систему поддержки писателей, режиссеров, актеров, работающих на детскую аудиторию в нравственно здоровом и педагогически выверенном направлении.

7. Обратиться к советскому опыту выпуска массовых периодических изданий, доступных по цене и высокого качества, адресованных семье, детям разных возрастов, подросткам и молодежи, таких как «Веселые картинки», «Мурзилка», «Пионер», «Костер», «Пионерская правда», «Техника-молодежи», «Искатель», «Юность» и многие другие.

8. Рекомендовать московским региональным отделениям политических партий четко формулировать и пропагандировать свою позицию по защите духовно-нравственных основ общественного развития, в интересах семей с детьми и молодежи в целом.

9. Опубликовать данное решение, включая пояснительную записку с обоснованием данного решения, на сайте Мосгордумы и в партийных СМИ.

10. Контроль выполнения настоящего решения возложить на члена Совета Л.Е. Никитину.

Председатель Совета Е.С. Морозова

15 декабря 2016 г.

Общественный консультативный совет политических партий при Московской городской Думе решил:

Во исполнение п. 3 Решения Общественного консультативного совета политических партий при Московской городской Думе 29 сентября 2016 г. «О содержании и качестве книжной и видеопроизведения для детей»:

1. Принять Обращение Общественного консультативного совета политических партий при Московской городской Думе к государственным, общественным и частным каналам телевидения.

2. Опубликовать текст Обращения Общественного консультативного совета политических партий при Московской городской Думе к государственным, общественным и частным каналам телевидения на сайте Мосгордумы и в партийных СМИ.

3. Направить текст Обращения в Федеральную службу по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор), Федеральное агентство по печати и массовым коммуникациям (Роспечать), Государственную Думу РФ, Московскую городскую Думу, Департамент образования города Москвы, Департамент семейной и молодежной политики города Москвы, аппарат Правительства города Москвы.

4. Контроль исполнения решения возложить на Председателя Общественного консультативного совета политических партий при Московской городской Думе.

Л.У. Звонарёва. Негативные явления в новейшей детской литературе.

Через диалог и мировоззренческий спор с классиком отечественной детско-юношеской литературы старшего поколения А. Лихановым можно рассматривать повесть минских соавторов А. Жвалевского и Е. Пастернак «Время всегда хорошее» (М.: Время, 2013). В повести популярный в фантастике прием перенесения героев из одной исторической эпохи в другую позволяет сопоставить советскую 1980 г. и постсоветскую школьную реальность 2018 г., увиденную глазами творчески мыслящего подростка, убежденного, что из самой безвыходной и трагической ситуации можно найти достойный выход. Однако характеры героев прописаны весьма условно, скорее напоминают схему, чем живого юного человека. Это книга о первом столкновении воинственного атеистического школьного окружения с последствиями православного воспитания маленького человека в семье, что гораздо более глубоко и психологически выверено описали А. Лиханов в повести «Кресна» и А. Варламов в повести «Звездочка».

Заметно, что А. Лиханов, как и его коллеги, писатели старшего поколения, опираются на великие традиции русской классической литературы, в первую очередь, «Детство» Л. Толстого или «Подросток» Ф. Достоевского, и слово в его прозе музыкально, многозначно: уже в названиях его книг скрыт точный символ того, что происходило с русскими детьми в драматическую эпоху смены нравственных ориентиров и государственных установок – «Никто», «Сломанная кукла», «Слетки», «Мальчик, которому не больно», «Девочка, которой все равно».

У многих писателей новой волны, стремящихся в борьбе за души и внимание юных читателей писать на школьном, подростковом сленге, как это делают лауреаты всероссийских премий Пастернак и Жвалевский, или Ая Эн (автор прогремевшего романа «Библия в SMSках»), совсем иные эстетические ориентиры, чем у писателей старшего поколения. Они ориентируются на школьный сленг, чужой, а порой и непонятный читателям старшего поколения. Желая стать суперсовременными, на самом деле по сути встраиваются в совсем иную культурологическую традицию. Подобный процесс проходил в литературе Франции и США 30-90-х годов XX века, когда классическую литературу заметно потеснила маргинальная богемная культура. На молодежном сленге, призванном отделить культуру детей от поколения отцов, написаны роман о детстве «Смерть в кредит» Луи-Франсуа Селина (1894-1961), роман «Скалапендра и Плаксих» Бориса Виана (1920-1959), первым описавшего юных стилиз в эпоху джаза в послевоенной Франции, роман «Голый завтрак» 1962 г. американца Уильяма Бероуза (1914-1996) и знаменитый роман «Бойцовский клуб» (1995) молодого американца Чака Паланика.

Однажды на страницах журнала «Детская литература» Тим Собакин заметил, что детский писатель сегодня должен быть универсальным профессионалом, умеющим писать и стихи, и прозу. По этому пути стремительно шествует А. Усачев, автор более 120 книг (вышедших общим тиражом более 3 миллионов экземпляров), зарифмовавший правила этикета, сюжеты знаменитых картин из Третьяковской галереи и Эрмитажа, описания музыкальных инструментов из симфонического оркестра, создавший в стихах «Занимательную зоологию». Когда читаешь сборник «В Эрмитаж пришел поэт», написанный Усачевым в соавторстве с Г. Дядиной, удивляешься банальности и необязательности этих «рифмованных текстов». Вместо того чтобы подвести детей к сложному и трепетному миру искусства, научить тонко понимать и чувствовать, как это талантливо делают в своих книгах об искусстве для детей Л. Кудрявцева или

А. Чудецкая, обрушивать на детские головы пустовато-бытовое описание увиденного на полотне, завершающееся порой совершенно необязательным выводом. Судите сами: Как хорошо дружить с собакой! / На свете друга нет верней: / Открыть секрет ей можно всякий, / Вдвоем пойти в разведку с ней.

Что это? Никогда не догадаетесь: описание озорной и нежной в одно и то же время картины Мурильо «Мальчик с собакой». Можно ли писать хуже? Оказывается, можно: откройте зарифмованные «Самые нужные правила этикета» и банальность сравнений, неточность и почти обязательная «глагольность» рифм удивит и расстроит любого более-менее искушенного читателя: орать—собирать, вопить—купить, покупал—откопал – вот знаковые концевые рифмы из вошедшего в эту книжку стихотворения «Если вам не нравится подарок». Меццанское слово «кушать» – ключевое в стихотворении «Подарок» из той же книги: Моей знакомой лошади / Сегодня восемь лет. / Подарю я лошади / Цветов большой букет. / Лошадь их поставит в вазу / И не станет кушать сразу.

Популярный в современной детской литературе фантастический реализм помогает создать убедительный и узнаваемый мир лишь тем авторам, кто умело опирается на определенные законы, созданные за столетия существования фольклора, отечественной и зарубежной сказки, в которой за определенными персонажами, к примеру, зооморфного кода в славянских культурах закреплялась четкая позитивная или негативная окраска. Попытка разрушить эту традицию редко завершается впечатляющей удачей. Так, постоянно меняющий одежды говорящий таракан Аркаша из повести А. Соя «Про Маишу и Аркашу-Таракашу» не вызывает особой симпатии у читателей, и страстная привязанность к нему маленькой героини не кажется психологически убедительной. Неслучайно в стихотворной сказке московского П. Синявского «Таракан-американ», юный таракан-предприниматель – герой резко отрицательный, а завершается сказочная история утверждением автора: Потому что всем известно / Кроме истуканов, / Как прекрасно, как чудесно / Жить без тараканов.

Сомнительным, в духе раннего В. Войновича представляется памфлет на армию «Рядовой Горилла», вышедший из-под пера С. Востокова. Вот лишь одна цитата из беседы «подлого» старшины Сапогова с полковником Ампиловым-Вампировым: «После его (рядового Гориллы – прим. Л.З.) появления мои боевые товарищи отказались выполнять свой воинский долг неуставных отношений и стали все делать по уставу. Вы представляете, чем это может грозить нашей армии? Того и гляди, нам с вами запретят автоматы с патронами на базаре продавать, и на что мы тогда жить будем? Подумайте о своих жене-детях, товарищ полковник».

По замыслу автора, «единственный на всю страну призывник» рядовой Горилла (обезьяна с простыми, человеческими реакциями на все происходящее, пришивающая себе прямо на шерсть знаки воинского отличия) гораздо добрее и честнее руководства отечественной армии. Украденные и проданные офицерами со складов автоматы заменяются деревянными макетами, а генерал занят лишь строительством собственной дачи. Характерна следующая беседа полковника Вампирова с генералом, спрашивающим, почему автоматы на складах заменены деревянными макетами: «— Мы выполняем программу по разоружению! – нашелся быстрый на смекалку полковник Вампиров. – В рамках программы по демилитаризации мы с частью-побратимом из стана предполагаемого врага договорились заменить все наше вооружение на деревянные макеты. Был такой приказ даже, по-моему. Вы разве не помните? – Я? Нет, не помню. Может и был. Со стройкой этой дачи все на свете пропустишь. Ну, тогда молодцы!».

Думаю, произошло следующее. За последние годы молодой писатель С. Востоков завоевал популярность, и издательство предложило ему опубликовать текст, который сам он не считал творческой удачей, сегодня же звучащий как откровенное и бессмысленное оскорбление людей, выполняющих трудную и благородную задачу по защите отечества.

Не менее порой уязвимы и псевдоисторические изыски современных детских писателей. В постсоветское время руководство Русской Православной Церкви вместе с Российским детским фондом учредило «Орден благоверного царевича Димитрия», как известно, причисленного к лику святых. В 2016 г. этим орденом был награжден В. Бахревский, автор 15 исторических романов, на основе которых был поставлен замечательный телесериал «Раскол» (режиссер Де Сталь).

Автор популярных книг про Чебурашку Эдуард Успенский предложил другой взгляд на этого исторического персонажа в повести «Лжедмитрий Второй, настоящий», изобразив царевича «отвратительным ребенком». Вот небольшой фрагмент из этой повести: «В борьбе или сражении на саблях царевич зверел, кусал учителя и бил его деревянной саблей по-настоящему. «— Ты не царевич, — говорил чех с легким акцентом, — ты припадочный волчонок. Ты недолго просидишь на троне». Дмитрий еще больше злился, но сквозь злость крепко уважал сильного и умелого учителя. А свою злость и желание сесть на трон он показал еще зимой. Вместе с другими ребятами ставил снежные фигуры у крыльца и, срубая им головы прутком, приговаривал: «— Это Бориски голова! Это Щелкалова голова! Это Михаилы Битяговского башка!» Свои измышления на историческую тему Э. Успенский, предлагающий в качестве положительного исторического образца Лжедмитрия, прокомментировал следующим образом: «Начиная с девятого класса, я интересовался личностью Лжедмитрия. Его ругали все: за связь с иностранцами, за то, что был канонизирован угличский младенец. Историки — за то, что он разорил Россию. Но все это были словесные обвинения. А все тогда известные мне факты говорили только в пользу этого человека. Он был отчаянный и честный, он разбирался в искусстве и мог спать, положив под голову седло. Он преобразовал армию по римскому образцу и собирался создать в Москве университет. Все это было не по нутру тогдашним реакционерам. А так как ими была заполнена вся Россия, Дмитрий был обречен... Эта книга — хороший урок любой власти. В ней очень ясно объясняется, какая тяжелая расплата ждет временщиков, не уважающих и унижающих народ».

Можно предположить, вслед за литературоведом А. Большаковой, что в движении современной словесности как духовном, сущностном на смену антигерою, заполонившему страницы нынешних книг, приходит мысль как главный «герой нашего времени». Ведь именно «мысль дает бытию слово», как утверждает Хайдеггер в книге «Время и бытие». Вот только со свежими мыслями-то в текстах Андрея Усачева и Антона Сои явно туго: сплошь и рядом небрежно зарифмованные или пространно описанные в псевдосказочной прозе банальности. В псевдоисторической же повести Успенского сознательно меняются нравственные знаки у знаковых героев отечественной истории, обесценивается гражданский подвиг Минина и Пожарского, традиционный, выверенный историками и летописцами взгляд на историю Смутного времени подменяется плодом сомнительных изысканий и весьма уязвимыми версиями.

Итак, сегодня изменилась сверхзадача детской литературы: часть авторов книг для детей не ставит перед собой идеологических, нравственных или педагогических целей — транслировать в будущее сложившиеся за столетия этические правила и нормы, воспитывать или вдохновлять на достойные поступки младших

современников, приобщать их к отечественной или европейской традиционной культуре. Они предпочитают ограничиваться стремлением развлекать и смешить юного читателя, играть с ним, делая все для того, чтобы на смену человеку думающему и глубоко чувствующему пришел «человек играющий», клиент, «заточенный» на отдых и развлечение, а значит на получение как можно большего количества некачественных интеллектуальных услуг.

Сегодня традиционная культура и литература, безусловно, нуждаются в государственной поддержке. Об этом на учредительном собрании Общества любителей российской словесности недавно говорил президент РФ «...сбережение русского языка, литературы и нашей культуры – это вопросы национальной безопасности, сохранения своей идентичности в глобальном мире». Детскими писателями старшего поколения ведется работа по созданию общества поддержки и защиты традиционной сказки.

Наше предложение: создать при Думе, учитывая важность детской литературы, программирующей сознание будущих граждан, Консультативный совет по детской литературе, который бы мог бы, по запросам издателей, отрецензированным книгам давать грифы для публикации или короткие вступления-рекомендации, а также отказывать в праве на публикацию с грифом и рекомендациями входящих в Совет авторитетных профессионалов (список их, детских писателей старшего поколения и критиков, специалистов по детской литературе, можно подготовить).

ЛИТЕРАТУРА ПО ТЕМЕ

1. Аксиологические национальные приоритеты образования и воспитания // Материалы XVIII сессии Научного совета по проблемам истории образования и педагогической науки / Под ред. З.И. Равкина. – М.: ИТОП РАО, 1997. – 370 с.

2. Аналитический доклад к заседанию Совета при Президенте РФ по культуре и искусству «Культура и дети: проблемы формирования духовного мира подрастающего поколения», март 2002 г.

3. Божович Л.И. Проблемы формирования личности: Избр. психол. труды / Под ред. Д.И. Фельдштейна. – М.: Воронеж, 1995. – 349 с.

4. Венгер А.Л., Цукерман Г.А. Психологическое обследование младших школьников. – М.: Владос, 2007. – 159 с.

4. Воспитать человека: Сборник нормативно-правовых, научно-методических, организационно-практических материалов по проблемам воспитания / Под ред. В.А. Березиной, О.И. Волжиной, И.А. Зимней. – М.: Вента-Графф, 2002. – 384 с.

5. Караковский В.А. Воспитаю гражданина: Записки директора школы. – М.: Московский рабочий, 1987. – 144 с.

6. Леонтьев А.Н. Человек и культура. – М., 1961. – 115 с.

7. Лихачев Б.Т. Теория эстетического воспитания школьников: Учеб. пособие по спецкурсу для пед. ин-тов). – М.: Просвещение, 1985. – 176 с.

8. Липский И.А., Никитина Л.Е., Яшнова О.А. Единство обучения и воспитания в условиях модернизации системы образования. Монография. – М.: Государственный НИИ семьи и воспитания, 2006. – 90 с.

10. Никитина Л.Е. Состояние и проблемы современного воспитания: идеология и принципы развития // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2003 (3). – № 2. – С. 32-37.

11. Никитина Л.Е. Ценностный параметр и прогнозный фон педагогической реальности (воспитание) // Семья и дети в современной России: Материалы Всероссийской научно-практ. конференции. 26-27 окт. 2006 г. – М.: ГосНИИ семьи и воспитания, 2006. – С.117-124.

12. Рогова Р.М. Развитие гуманистического мировоззрения и ценностных

ориентаций личности. - М.: Институт развития личности, 1996. – 144 с.

13. Щуркова Н.Е. Воспитание: новый взгляд с позиции культуры. - М.: ОЦ «Пед. поиск», 1997. – 77 с.

1. Aksiologicheskie nacional'nye priority obrazovaniya i vospita-niya // Materialy XVIII sessii Nauchnogo soveta po problemam istorii obrazovaniya i pedagogicheskoy nauki / Pod red. Z.I. Ravkina. – М.: ITOP RAO, 1997. – 370 s.

2. Analiticheskij doklad k zasedaniyu Soveta pri Prezidente RF po kul'ture i iskusstvu «Kul'tura i deti: problemy formirovaniya duhovnogo mira podrastajushhego pokoleniya», mart 2002 g.

3. Bozhovich L.I. Problemy formirovaniya lichnosti: Izbr. psihol. trudy / Pod red. D.I. Fel'dshtejna. – М.: Voronezh, 1995. – 349 s.

4. Venger A.L., Cukerman G.A. Psihologicheskoe obsledovanie mladshih shkol'nikov. – М.: Vldos, 2007. -159 s.

4. Vospitat' cheloveka: Sbornik normativno-pravovyh, nauchno-metodicheskikh, organizacionno-prakticheskikh materialov po problemam vospitaniya / Pod red. V.A. Bere-zinoj, O.I. Volzhinoj, I.A. Zimnej. – М.: Venta-Graff, 2002. – 384 s.

5. Karakovskij V.A. Vospitaj grazhdanina: Zapiski direktora shkoly. – М.: Moskovskij rabochij, 1987. -144 s.

6. Leont'ev A.N. Chelovek i kul'tura. – М., 1961. - 115 s.

7. Lihachev B.T. Teorija jesteticheskogo vospitaniya shkol'nikov: Ucheb. posobie po speckursu dlja ped. in-tov). – М.: Prosveshhenie, 1985. – 176 s.

8. Lipskij I.A., Nikitina L.E., Jashnova O.A. Edinstvo obuchenija i vospitaniya v uslovijah modernizacii sistemy obrazovaniya. Monografija. – М.: Gosudarstvennyj NII sem'i i vospitaniya, 2006. – 90 s.

10. Nikitina L.E. Sostojanie i problemy sovremennogo vospitaniya: ideologija i principy razvitiya // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i pod-rostkov. – 2003 (3). - № 2. – S. 32-37.

11. Nikitina L.E. Cennostnyj parametr i prognoznnyj fon pedagogicheskoy real'nosti (vospitanie) // Sem'ja i deti v sovremennoj Rossii: Materialy Vserossijskoj nauchno-prakt. konferencii. 26-27 okt. 2006 g. – М.: GosNII sem'i i vospitaniya, 2006. – S.117-124.

12. Rogova R.M. Razvitie gumanisticheskogo mirovozzrenija i cennostnyh orientacij lichnosti. - М.: Institut razvitiya lichnosti, 1996. – 144 s.

13. Shhurkova N.E. Vospitanie: novyj vzgljad s pozicii kul'tury. - М.: OC «Ped. poisk», 1997. – 77 s.

L.E. Nikitina, L.U. Zvonarjeva

ON THE CONTENT AND QUALITY OF BOOK AND VIDEO FOR CHILDREN

Summary. Analysis of the content and quality of the book and video for children offered by Russian publishers and TV channels, showed them antipedagogical orientation and psychological imbalance in relation to the features of children's perception. Society and families with children should monitor these products, and professionals, political parties, public organizations need to clearly express the software and methodical positions on cultural, moral, aesthetic components of education and development of younger generations. Articles L.E. Nikitina and L.U. Zvonareva contains the results of the analytical overview and conclusions, which formed the basis of the decisions of the Public Advisory Board of the political parties at the Moscow City Duma in 2016.

Keywords: children, child literature, book and video products, teaching safety, protection from harmful information, social responsibility.

Ю.С. Шевченко

**КОМПЛЕКСНАЯ МНОГОУРОВНЕВАЯ ТЕРАПИЯ ДЕТЕЙ
С СИНДРОМАМИ РАННЕГО ДЕТСКОГО АУТИЗМА:
КОНЦЕПЦИИ И ПРАКТИКА (ЛЕКЦИЯ)¹****Российская медицинская академия последиplomного образования МЗ
РФ (Москва).**

Резюме. В работе рассматриваются стратегические (инклюзия, интеграция в обществе) и тактические модели реабилитационных мероприятий в отношении детей с различными формами расстройств аутистического спектра. В рамках последних предлагается программа комплексного, полипрофессионального лечебно-коррекционного подхода, осуществляемого на метаболическом, нейрофизиологическом, синдромальном, бихевиоральном и социально-личностном уровнях. На каждом уровне решаются как общие (этиопатогенетические), так и специфические (синдромально-психопатологические) задачи.

Ключевые слова: ранний детский аутизм, инклюзия, интеграция, нейропсихологическая коррекция, бихевиоральная терапия, интегративная психотерапия.

Четвертый уровень – поведенческий. Его задача - формирование и закрепление желательных и подавление нежелательных моделей поведения для облегчения социальной адаптации и повышения конформности в референтной группе с помощью бихевиоральной, когнитивной, суггестивной (в т. ч. в форме «материнского гипноза») и других видов психотерапии. В зависимости от возраста пациента и содержания «поведенческой мишени» (формирование того или иного навыка самообслуживания, преодоление конкретного страха, подавление агрессивных или аутоагрессивных действий и т. п.) бихевиорально-когнитивная модификация поведения - АВА-терапия [51] включает либо приемы непосредственного формирования или подавления тех или иных стереотипных моделей поведения (с помощью вдохновляющих, награждающих, принуждающих или наказывающих воспитательных воздействий), либо приемы «передачи ответственности» [3]. Другими вариантами данного подхода являются составление «семейного контракта» между подростком с синдромом Аспергера и родителями, либо моделирование «жизненных сценариев» (к примеру, неожиданных для аутиста ситуаций типа «пустой холодильник», «каша пригорела», «мама подвернула ногу»), приводящих вначале к экстрапсихическим, а затем и интрапсихическим изменениям в соответствии с постулатом «бытие определяет сознание» [4]. Моделирующие, аверсивные, десенсибилизирующие приемы поведенческого уровня следует отдельно планировать для домашней ситуации и ситуации детского коллектива.

Неспецифический аспект данного уровня, обуславливающий в ряде случаев необходимость именно с него начинать всю психокоррекционную программу, заключается в том, что прежде всего бывает необходимо добиться от ребенка элементарного послушания родителям, а затем и другим взрослым, с которыми ему предстоит работать. Только сформировав у ребенка принятие и выполнение инструкций «нельзя» и «надо» (с помощью приемов жесткого моделирования поведения, включая бихевиоральную холдинг-терапию), т. е. преодолев эти первые ступени индивидуальной «лестницы поведенческих проблем» пациента, можно приступать к работе на втором, третьем и пятом уровнях комплексной терапии, а также решать более

¹Окончание. Начало см. - Вопросы психического здоровья детей и подростков, 2016 (16), № 4..

высокие задачи диагностико-терапевтического процесса данного уровня.

Этапы диагностико-терапевтической «спирали» бихевиоральной терапии:

1. Проблемный анализ актуального поведения ребенка в фокусе *Настоящего*.
2. Формулирование цели - определение состояния *Должного*.
3. Формулирование терапевтического плана - последовательности работы с поведенческими «мишенями».
4. Проведение терапии – модификация поведения с помощью системы **поощряющих, наказывающих, принуждающих и вдохновляющих** воздействий.
5. Контрольные измерения.
6. Сравнение первоначального гипотетического представления с реальными результатами терапии и коррекция терапевтической тактики (возвращение к первому пункту).

В процессе поведенческой психотерапии преодолеваются ригидные архаические стереотипы психологической защиты, расширяется поведенческий диапазон реагирования в конфликтных ситуациях, осваиваются социально приемлемые способы экспрессивной канализации агрессии, приемы саморегуляции в эмоционально значимых ситуациях (аутогенная тренировка, парадоксальная интенция), десенсибилизируются индивидуально типичные стрессогенные факторы, анализируются и дезактуализируются вторичные рентные установки.

Известным примером бихевиорального преодоления страха «чужих» является случай, когда люльку с аутичным ребенком подвешивали в коридоре так, что каждый проходящий вынужден был прикасаться к ней и отодвигать, чтобы пройти. С помощью постепенных незаметных изменений можно существенно редуцировать дизадаптирующие проявления феномена тождества и навязчивые церемонии (к примеру, от длинного ремня который ребенок не выпускает из рук каждую ночь отрезать по одному сантиметру, а ритуальный маршрут постепенно разнообразить за счет подстроенных встреч с тем, что заведомо привлекательно для ребенка и способно спровоцировать отклонение от привычной «дорожной карты»). Для аутистов с завышенным порогом восприятия (порой, не чувствующих боли) показаны «сверхсильные», сенсбилизирующие сенсорные сигналы (вкусовые, обонятельные, осязательные, тактильные, зрительные, слуховые) в сочетании с организацией моноканальности информационного потока (вплоть до тугого пеленания или жесткой фиксации рук и ног на коленях у родителя, что актуализирует зрительное или слуховое восприятие).

Инстинкт самосохранения обуславливает порочный круг, формируемый изначальной энергетической недостаточностью детей с разными формами РДА и естественным стремлением экономить собственные силы, что обуславливает уклонение и протест при любых попытках привлечь их к самообслуживанию, физической работе и умственной деятельности, крайне необходимыми для психического развития, но не входящими в круг их крайне ограниченных и искаженных потребностей. В связи с этим следует настойчиво противодействовать стихийно складывающемуся стереотипу манипулирования руками родителей, невыполнения их инструкций, а также ограничения познавательно-игровой деятельности аутистической телевизионно-компьютерной активностью. И уж если не удалось избежать привязанности ребенка к телевизору или «планшету», то следует использовать доступ к ним исключительно как награду за выполнение тех или иных развивающе-социализирующих инструкций.

Чем сохраннее интеллект ребенка-аутиста, тем более бихевиоральный подход может быть дополнен когнитивными и иными психотерапевтическими технологиями.

Переход к следующему уровню осуществляется в процессе реконструкции уровней онтогенеза общения [23] – ситуационно-личностного; ситуационно-делового; внеситуационно-познавательного; внеситуационно-личностного. При этом, опора на, как правило, наиболее сохраненные у аутистов средние уровни общения («деловой» и «познавательный») предполагает расширяющее движение (в

виде «позитивного регресса» и «психоэлевации») к первому и четвертому уровням в соответствии с принципами онтогенетически ориентированной (реконструктивно-кондуктивной) психотерапии [47]. Это последовательно реализуется в разнообразных семейных парах - во взаимодействии с матерью, отцом, бабушкой, дедушкой и т. д., а также в процессе моделируемого взаимодействия детей на музыкальных занятиях, в групповых подвижных играх, уроках живописи, играх в песочнице, играх по правилам, сюжетных и сюжетно-ролевых играх, чтения, сочинения и разыгрывания сказок и историй и т. п. Иными словами, через присоединение взрослого к сверхценно-автономной активности ребенка, ситуационно-деловое взаимодействие с ним, практическое сотрудничество и организующую помощь (сопровождаемую вербальным и невербальным проявлением доброжелательного внимания, подбадривания и одобрения) оживляется и удовлетворяется инстинктивная потребность в непосредственном общении с реальными людьми (позитивный регресс к ситуационно-личностному уровню общения). А через не связанное с конкретной ситуацией удовлетворение познавательной потребности аутиста (с постепенным расширением информации об окружающей среде за счет включения в нее сведений о мире людей, их чувствах, мыслях и желаниях) формируется потребность во взаимопонимании и сопереживании другим людям, находящимся вне непосредственного контакта с ним. Это служит основой для освоения внеситуационно-личностного уровня онтогенеза общения, находящегося в «зоне ближайшего развития» социально-коммуникативной сферы ребенка [23].

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

В зависимости от инклюзивного или интегративного приоритета социально-личностных перспектив ребенка с той или иной формой РДА выбирается соответствующий коррекционно-психотерапевтический подход. В работе с интеллектуально сохранными детьми ключевой организационно-методической формой работы на этом уровне является интегративная семейно-групповая методика интенсивно-экспрессивной психотерапии и психокоррекции (ИНТЭКС), разработанная Ю.С. Шевченко и В.П. Добриденем [46] на основе концепции онтогенетически ориентированной (реконструктивно-кондуктивной) психотерапии [47].

Сутью данной концепции является решение актуальных экстра- и интрапсихических задач, обеспечивающих саногенное развитие ребенка и его семьи в трех пространственно-временных координатах: «сейчас и здесь» (в зоне актуального функционирования), «тогда и там» (в процессе позитивного регресса к предыдущим сенситивным периодам развития), «вскоре и вблизи» (за счет активного освоения зоны ближайшего развития - психоэлевации). Особенности проведения методики ИНТЭКС - 8 дней подряд непрерывного погружения в психотерапевтический процесс (минимум 64 часа собственно лечебно-коррекционной работы), завершаемого сеансом эмоционально-стрессового воздействия, построенного по сценарию традиционно-архетипического ритуала инициации, позволяют, помимо всего прочего, разрушить инертные механизмы устойчивого патологического состояния социальной системы аутист-общество. Методика успешно применяется в отношении пациентов дошкольного возраста и старше. Интегративные задачи обуславливают включение аутистов в детско-родительские группы, где присутствуют близкие по возрасту пациенты с разными диагнозами, а не только с РДА.

По этим же соображениям крайне важным является обеспечение контактов аутистов более младшего возраста с разными детьми (в массовых или коррекционных детских садах, на игровых площадках и т. п.), дабы максимально продуктивно использовать естественный механизм взаимного подражания. Продуктивной в от-

ношении как детей, так и их матерей (подверженных хроническому психогенно-депривационному влиянию вынужденного симбиоза с больным ребенком) представляется инклюзивно-интегративная ситуация пролонгированного (месяц и более) пребывания в семейных психоневрологических санаториях, зимних и летних лагерях отдыха, реабилитационных деревнях и т. п., где работа специалистов дополняется положительным влиянием непрерывного нахождения среди здоровых детей, детей с пограничными расстройствами неаутистического спектра и их родителей.

В отношении аутистов с интеллектуальной недостаточностью (еще в большей степени, чем для умственно отсталых без аутизма) крайне важным является преодоление престижного стремления их родителей во что бы то ни стало определить ребенка в массовую школу. Это вряд ли способствует их социальной инклюзии и гарантированно обуславливает то, что дети не усвоят даже тех знаний, которые могли бы усвоить, обучаясь «по профилю» (в коррекционной школе). При этом выбор варианта обучения в начальной школе в соответствии с Федеральным Государственным Образовательным Стандартом (ФГОС), а именно: общеобразовательная программа с нахождением в среде нормально развивающихся сверстников; такая же интегративная, но пролонгированная программа; программа специального (отличного от общеобразовательного) образования в пролонгированные сроки (с пребыванием в классах инклюзивного обучения, коррекционных классах и школах разного вида); специальная, пролонгированная и индивидуализированная программа развития (СИПР) для детей с тяжелыми интеллектуальными и множественными нарушениями выступает не как альтернатива, а как базис для реализации рассматриваемого многоуровневого подхода к реабилитации детей с РДА.

В отношении многих родителей семейная психотерапия начинается с замены их воспитательных установок с пассивно-ожидательных и тревожно-снисходительных на активно-прагматическую. Длительный, многолетний характер лечебно-коррекционной работы и не всегда оптимальный прогноз предполагает необходимость соответствующих мер по профилактике эмоционального выгорания у родителей (особенно в неполных семьях и семьях, не имеющих здоровых детей), включающих при необходимости назначение им дневных транквилизаторов и малых антидепрессантов. Психотерапевтический принцип обязательности заботы о себе может быть категорически выражен следующим тезисом: «Не бывает счастливых детей у несчастных родителей» и сопровождается наглядной метафорой – инструкция для авиапассажиров гласит: «В случае аварийной ситуации наденьте кислородную маску вначале на себя, потом на ребенка».

В задачи семейной терапии входит переориентация родителей детей-аутистов, имеющих интеллектуальную недостаточность, с «академической» на «практическую» модель воспитания, предполагающую единые, последовательные и индивидуализированные (в отношении возможностей конкретного ребенка) усилия всех членов семьи на привитие им навыков самообслуживания и трудовых навыков, что реально может способствовать их лучшей социализации.

Представленный пятиуровневый, интегративный и полипрофессиональный подход, несмотря на достаточную условность границ между уровнями и относительную специфичность вышеперечисленных лечебно-реабилитационных приемов, позволяет воздействовать на все «слои» телесно-душевно-духовной организации человека, на все звенья этио-патогенетической цепи психического расстройства в патогенетическом, индивидуально-личностном и симптоматическом направлениях и осуществлять комплексную терапевтическую, коррекционную, воспитательную и социализирующую помощь детям и подросткам с ранним детским аутизмом.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Архипов Б.А., Максимова Е.В., Семенова Н.Е. Нарушение восприятия себя, как основная причина формирования искаженного психического развития особых

детей: Сборник статей. - М.: Диалог-МИФИ, 2012. - 64 с.

2. Ахутина Т.В., Пылаева Н.М. Преодоление трудностей учения. Нейропсихологический подход: Серия: Детскому психологу/ - СПб.: ПИТЕР, 2008.

3. Байярд Р., Байярд Дж. Ваш беспокойный подросток: практическое руководство для отчаявшихся родителей. /Пер с англ. М.: Просвещение, 1991.- 224 с.

4. Бихевиорально-когнитивная психотерапия детей и подростков / Под общей ред. проф. Ю.С. Шевченко. - СПб.: Речь, 2003.- 552 с.

5. Бобров А.Е., Сомова В.М. Нарушения коммуникации у больных синдромом Аспергера // Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2013. - № 3. - С. 17-24.

6. Боев И.В. Пограничная аномальная личность. - Ставрополь, изд-во СГУ, 1999. - 362 с.

7. ВОЗ. Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте. Классификация психических и поведенческих расстройств у детей и подростков в соответствии с МКБ-10. - М.: Смысл, СПб.: Речь, 2003. - 408 с.

8. Воронков Б.В. Детская и подростковая психиатрия. - СПб.: Наука и Техника, 2009. - 240 с.

9. Выготский Л.С. Собрание сочинений. Т. 2. Проблемы общей психологии. - М., Педагогика, 1982. - 417 с.

10. Глезерман Т.В. Мозговые дисфункции у детей. - М.: Наука, 1983.- 239 с.

11. Драпкин Б.З. Психотерапия материнской любовью. - М.: ДеЛи принт, 2004. - 232 с.

12. Зверева Н.В., Горячева Т.Г. Клиническая психология детей и подростков. - М.: ИЦ АCADEMIA, 2012. - 371 с.

13. Ковалев В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. - М.: Медицина, 1985. - 288 с.

14. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. - М.: Медицина, 1995. - 560 с.

15. Каган В.Е. Аутизм у детей. - Л.: Медицина, 1981. - 190 с.

16. Комплексная коррекция трудностей обучения в школе / под ред. Ж.М. Глозман, А.Е. Соболевой. 2 изд. - М.: Смысл, 2016. - 544 с.

17. Корнеева В.А. Сенсомоторная коррекция при нарушениях психического развития у детей младшего школьного возраста // Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. Лечение детей с психосоматическими расстройствами. - СПб.: Речь, 2002. - С. 462-483.

18. Корнеева В.А., Шевченко Ю.С. Нейропсихологическая коррекция пограничных состояний у детей и подростков (теория и практика). - М.: ИД «ТАКТ», 2010. - 154 с.

19. Котляр (Корепанова) И.А. Некоторые аспекты инклюзивного образования Германии // Вопросы психического здоровья детей и подростков. - 2014 (14), № 2, - С. 62-70.

20. Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей. Учебное пособие. - М.: Изд. МГУ, 1985.- 162 с.

21. Лебединский В.В., Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. - М., Изд. МГУ, 1990. - 197 с.

22. Либлинг М.М. Метод холдинг-терапии в системе психологической помощи семьям, воспитывающим детей с аутизмом. Автореф. дис. канд. психол. наук. - М., 2000. - 24 с.

23. Лисина М.И. Проблемы онтогенеза общения. - М.: Педагогика, 1986. - 145 с.

24. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. Изд. 2-е, доп. и перераб. - Л.: Медицина, 1983. - 255 с.

25. Менделевич В.Д., Соловьева С.Л. Неврология и психосоматическая медицина. - М.: МЕДпресс-информ, 2002. - 608 с.

26. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок. Пути

помощи. – М.: Теревинф, 2000. – 336 с.

27.Певзнер М.С. Клиника психопатий в детском возрасте. Опыт лечебно-педагогической работы. Гос. учебно-педагогическое изд-во Наркомпроса РСФСР. – М., 1941. – 120 с.

28.Попов Ю.В. Новый подход к диагностике психопатий (расстройств личности) // Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева, № 2, 1991. – С. 5-14.

29.Раевский В.В. Онтогенез медиаторных систем мозга. – М.: Наука, 1991. – 144 с.

30.Свааб Д. Мы – это наш мозг: От матки до Альцгеймера / Пер. с нидерл. – СПб.: Изд-во Ивана Лимбаха, 2014. – 544 с.

31.Северный А.А. Перспективы многоосевой диагностики в детской психиатрии // Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте. Классификация психических и поведенческих расстройств у детей и подростков в соответствии с МКБ-10: Учеб. пособие / науч. ред. русского текста А.Н. Моховикова / - 2-е изд. испр. - М.: Смысл; Изд. центр «Академия», 2008. - С. 8-12.

32.Северный А.А., Шевченко Ю.С. Организационные проблемы системы охраны детского психического здоровья // Вопросы психического здоровья детей и подростков. - 2013 (13), № 2. – С. 5-11.

33.Семенович А.В., Архипов Б.А. и соавт. Комплексная методика сенсорной коррекции. – М., МГПУ, 1998. – 76 с.

34.Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте: Учеб. пособие для высш. учеб. заведений. – М.: Изд. центр «Академия», 2002. – 232 с.

35.Симашкова Н.В. Расстройства аутистического спектра у детей. Научно-практическое руководство / Под ред Н.В. Симашковой. – М.: Авторская академия, 2013. – 264 с.

36.Симсон Т.П. Невропатии, психопатии и реактивные состояния младенческого возраста. –М.–Л.: Госуд. Мед. изд., 1929. – 256 с.

37.Скворцов И.А. Развитие нервной системы у детей (нейроонтогенез и его нарушения). – М., Тривола, 2000. – 208 с.

38.Скворцов И.А., Башина В.М. Нарушение развития коммуникативных функций у детей при заболеваниях аутистического спектра. – Тула: Имидж Принт, 2013.- 320 с.

39.Смулевич А.Б. Расстройства личности. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007. – 192 с.

40.Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. – М.: Медицина, 1955, т. 1. – 458 с.

41.Сухарева Г.Е.. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. М.: Медицина, 1959, т. 2. – 406 с.

42.Хайретдинов О.З. Клинико-этиологическая дифференциация аутистических расстройств в детском возрасте. Автореф. дисс. канд. мед. наук. – СПб., 2015. – 24 с.

43.Чобану И.К. Основы психотерапевтической кинезиологии: руководство. 3-е изд. – М., Институт кинезиологии, 2014. – 272 с.

44.Чуприков А.П., Хворова А.М. Расстройства спектра аутизма: медицинская и психолого-педагогическая помощь. Изд.2-е. – Львов: Мс. 2013.- 272 с.

45.Шевченко Ю.С., Баздырев Е.И. Концепция многоуровневой терапии и психокоррекции детей с гиперактивностью // Бихевиорально-когнитивная психотерапия детей и подростков / Под общей ред. проф. Ю.С. Шевченко. – СПб.: Речь, 2003. – С. 83-96.

46.Шевченко Ю.С., Добридень В.П. Радостное взросление: развитие личности ребенка (Методика ИНТЭКС). – СПб.: Речь, 2004. – 202 с.

47. Шевченко Ю.С. Онтогенетически ориентированная (реконструктивно-кондуктивная) психотерапия детей и подростков // Вопросы психического здоровья детей и подростков. - 2008 (8), № 2. - С.29-41.

48. Шевченко Ю.С. Психопатии // Детская и подростковая психиатрия: Клинические лекции для профессионалов / под ред. Ю.С. Шевченко. - М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2011. - С. 256-274.

49. Шевченко Ю.С., Великанова Л.П. Психотерапия психосоматических расстройств (концепция многоуровневого подхода) // Психотерапия, № 6 (126), 2013. - С. 16-22.

50. Шеманов А.Ю. Значение имплицитной антропологической концепции в исследованиях качества жизни людей с ограниченными возможностями здоровья // Вопросы психического здоровья детей и подростков. - 2014 (14), № 2. - С. 41-47.

51. Шпраам Р. Детский аутизм и АВА (Applied Behavior Analysis): терапия, основанная на методах прикладного анализа поведения / пер. с англ. - Екатеринбург: Рама Паблишинг, 2013. - 208 с.

1. Arhipov B.A., Maksimova E.V., Semenova N.E. Narushenie vospriyatija sebja, kak osnovnaja prichina formirovanija iskazhennogo psihicheskogo razvitiya osobyh detej: Sbornik statej. - M.: Dialog-MIFI, 2012. - 64 s.

2. Ahutina T.V., Pylaeva N.M. Preodolenie trudnostej uchenija. Nejropsihologicheskiy podhod: Serija: Detskomu psihologu/ - SPb.: PITER, 2008.

3. Bajjard R., Bajjard Dzh. Vash bespokojnyj podrostok: prakticheskoe rukovodstvo dlja otchajavshijsja roditelej. /Per s agl. M.: Prosveshhenie, 1991.- 224 s.

4. Bihevioral'no-kognitivnaja psihoterapija detej i podrostkov / Pod obshhej red. prof. Ju.S. Shevchenko. - SPb.: Rech', 2003.- 552 s.

5. Bobrov A.E., Somova V.M. Narushenija kommunikacii u bol'nyh sindromom Aspergera // Obozrenie psihiatrii i medicinskoj psihologii imeni V.M. Behtereva. 2013. - № 3. - S. 17-24.

6. Boev I.V. Pogranichnaja anomal'naja lichnost'. - Stavropol', izd-vo SGU, 1999. - 362 s.

7. VOZ. Mnogoosevaja klassifikacija psihicheskikh rasstrojstv v detskom i podrostkovom vozraste. Klassifikacija psihicheskikh i povedencheskikh rasstrojstv u detej i podrostkov v sootvetstvii s MKB-10. - Izd-vo: «Smysl», M.; «Rech'» SPb., 2003. - 408 s.

8. Voronkov B.V. Detskaja i podrostkovaja psihiatrija. - SPb.: Nauka i Tehnika, 2009. - 240 s.

9. Vygotskij L.S. Sbranie sochinenij. T. 2. Problemy obshhej psihologii. - M., Pedagogika, 1982. - 417 s.

10. Glezerman T.V. Mozgovye disfunkcii u detej. - M.: Nauka, 1983.- 239 s.

11. Drapkin B.Z. Psihoterapija materinskoj ljubov'ju. - M.: DeLi print, 2004. - 232 s.

12. Zvereva N.V., Gorjacheva T.G. Klinicheskaja psihologija detej i podrostkov. - M.: IC ACADEMIA, 2012. - 371 s.

13. Kovalev V.V. Semiotika i diagnostika psihicheskikh zabolevanij u detej i podrostkov. -M.: Medicina, 1985. - 288 s.

14. Kovalev V.V. Psihiatrija detskogo vozrasta. - M.: Medicina, 1995. - 560 s.

15. Kagan V.E. Autizm u detej. - L.: Medicina, 1981. -190 s.

16. Kompleksnaja korrekciya trudnostej obuchenija v shkole / pod red. Zh.M. Glozman, A.E. Sobolevoj. 2 izd. - M.: Smysl, 2016. - 544 s.

17. Korneeva V.A. Sensomotornaja korrekciya pri narushenijah psihicheskogo razvitiya u detej mladshego shkol'nogo vozrasta // Antropov Ju.F., Shevchenko Ju.S. Lechenie detej s psihosomaticheskimi rasstrojstvami. - SPb.: Rech', 2002. - S. 462-483.

18. Korneeva V.A., Shevchenko Ju.S. Nejropsihologicheskaja korrekciya pogranichnyh

- sostojanij u detej i podroستkov (teorija i praktika). - M., ID «TAKT», 2010. -154 s.
19. Kotljар (Korepanova) I.A. Nekotorye aspekty inkluzivnogo obrazovanija Germanii // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podroستkov. - 2014 (14), № 2, - S. 62-70.
20. Lebedinskij V.V. Narushenija psihicheskogo razvitija u detej. Uchebnoe posobie. - M.: Izd. MGU, 1985.- 162 s.
21. Lebedinskij V.V., Nikol'skaja O.S., Baenskaja E.R., Libling M.M. Jemocional'nye narushenija v detskom vozraste i ih korrekcija. - M., Izd. MGU, 1990. -197 s.
22. Libling M.M. Metod holding-terapii v sisteme psihologicheskoi pomoshhi sem'jam, vospityvajushhim detej s avtizmom. Avtoref. dis. kand. psihol. nauk. - M., 2000. - 24 s.
23. Lisina M.I. Problemy ontogeneza obshhenija. - M.: Pedagogika, 1986. - 145 s.
24. Lichko A.E. Psihopatii i akcentuacii haraktera u podroستkov. Izd. 2-e, dop. i pererab. - L.: Medicina, 1983. - 255 s.
25. Mendelevich V.D., Solov'eva S.L. Nevrozologija i psihosomaticheskaja medicina. - M.: MEDpress-inform, 2002. - 608 s.
26. Nikol'skaja O.S., Baenskaja E.R., Libling M.M. Autichnyj rebenok. Puti pomoshhi. - M.: Terevinf, 2000. - 336 s.
27. Pevzner M.S. Klinika psihopatij v detskom vozraste. Opyt lechebno-pedagogicheskoi raboty. Gos. uchebno-pedagogicheskoe izd-vo Narkomprosa RSFSR. - M., 1941. - 120 s.
28. Popov Ju.V. Novyj podhod k diagnostike psihopatij (rasstrojstv lichnosti) // Obzor psihiatrii i medicinskoj psihologii im. V.M. Behtereva, № 2, 1991. - S. 5-14.
29. Raevskij V.V. Ontogenez mediatornyh sistem mozga. - M.: Nauka, 1991. - 144 s.
30. Svaab D. My – jeto nash mozg: Ot matki do Al'cgejmara / Per. s niderl. - SPb.: Izd-vo Ivana Limbaha, 2014. - 544 s.
31. Severnyj A.A. Perspektivy mnogoosevoj diagnostiki v detskoj psihiatrii // Mnogoosevaja klassifikacija psihicheskikh rasstrojstv v detskom i podroستkovom vozraste. Klassifikacija psihicheskikh i povedencheskikh rasstrojstv u detej i podroستkov v sootvetstvii s MKB-10: Ucheb. posobie / nauch. red. russkogo teksta A.N. Mohovikova / - 2-e izd. ispr. - M.: Smysl; Izd. centr «Akademija», 2008.- S. 8-12.
32. Severnyj A.A., Shevchenko Ju.S. Organizacionnye problemy sistemy ohrany detskogo psihicheskogo zdorov'ja // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podroستkov. - 2013 (13), № 2. - S. 5-11.
33. Semenovich A.V., Arhipov B.A. i soavt. Kompleksnaja metodika sensomotornoj korrekcii. - M., MGPU, 1998. - 76 s.
34. Semenovich A.V. Nejropsihologicheskaja diagnostika i korrekcija v detskom vozraste: Ucheb. posobie dlja vyssh. ucheb. zavedenij. - M.: Izd. centr «Akademija», 2002. - 232 s.
35. Simashkova N.V. Rasstrojstva avtisticheskogo spektra u detej. Nauchno-prakticheskoe rukovodstvo / Pod red N.V. Simashkovoј. - M.: Avtorskaja akademija, 2013. - 264 s.
36. Simson T.P. Nevropatii, psihopatii i reaktivnye sostojanija mla-dencheskogo vozrasta. -M.-L.: Gosud. Med. izd., 1929. - 256 s.
37. Skvorcov I.A. Razvitie nervnoj sistemy u detej (nejroontogenez i ego narushenija). - M., Trivola, 2000. - 208 c.
38. Skvorcov I.A., Bashina V.M. Narushenie razvitija kommunikativnyh funkcij u detej pri zabolevanijah avtisticheskogo spektra. - Tula: Imidzh Print, 2013.- 320 s.
39. Smulevich A.B. Rasstrojstva lichnosti. - M.: ООО «Medicinskoe informacionnoe agentstvo», 2007. - 192 s.
40. Suhareva G.E. Klinicheskie lekicii po psihiatrii detskogo vozrasta. - M.: Medicina, 1955, t. 1. - 458 s.
41. Suhareva G.E.. Klinicheskie lekicii po psihiatrii detskogo vozrasta. M.: Medicina, 1959, t. 2. - 406 s.

42. Hajretdinov O.Z. Kliniko-jetologicheskaja differenciacija autisticheskikh rasstrojstv v detskom vozraste. Avtoref. diss. kand. med. nauk. - SPb., 2015. - 24 s.
43. Chobanu I.K. Osnovy psihoterapevticheskoy kineziologii: rukovodstvo. 3-e izd. - M., Institut kineziologii, 2014. - 272 s.
44. Chuprikov A.P., Hvorova A.M. Rasstrojstva spektra autizma: medi-cinskaja i psihologo-pedagogicheskaja pomoshh'. Izd.2-e. - L'vov: Ms. 2013.- 272 s.
45. Shevchenko Ju.S., Bazdyrev E.I. koncepcija mnogourovnevoj terapii i psihokorrekcii detej s giperaktivnost'ju // Bihevioral'no-kognitivnaja psihoterapija detej i podrostkov / Pod obshhej red. prof. Ju.S. Shevchenko. - SPb.: Rech', 2003. - S. 83-96.
46. Shevchenko Ju.S., Dobriden' V.P. Radostnoe vzroslenie: razvitie lichnosti rebenka (Metodika INTJeKS). - SPb.: Rech', 2004. - 202 s.
47. Shevchenko Ju.S. Ontogeneticheski orientirovannaja (rekonstruk-tivno-konduktivnaja) psihoterapija detej i podrostkov // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. - 2008 (8), № 2. - S.29-41.
48. Shevchenko Ju.S. Psihopatii // Detskaja i podrostkovaja psihiatrija: Klinicheskie lekicii dlja professionalov / pod red. Ju.S. Shevchenko. - M.: OOO «Medicinskoe informacionnoe agentstvo», 2011. - S. 256-274.
49. Shevchenko Ju.S., Velikanova L.P. Psihoterapija psihosomaticeskikh rasstrojstv (koncepcija mnogourovnevnogo podhoda) // Psihoterapija, № 6 (126), 2013. - S. 16-22.
50. Shemanov A.Ju. Znachenie implicitnoj antropologicheskoy koncepcii v issledovanijah kachestvam zhizni ljudej s ogranichennymi vozmozhnostjami zdorov'ja // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. - 2014 (14), № 2. - S. 41- 47.
51. Shraam R. Detskij autizm i AVA (Applied Behavior Analysis): terapija, osnovannaja na metodah prikladnogo analiza povedenija / per. s angl. -Ekaterinburg: Rama Pablshins, 2013. - 208 s.
52. Asperger H. Heilpadagogik, 5. Auflage. Wien: Springer, 1968.- 317 p.
53. Welch M. Holding-time. – New-York: Saimon and Shuster, 1988. – 254 p.
54. Kanner L. Child psychiatry. 2-d ed. – Thomas, 1955. –752 p.
55. Sallet J., Mars R. B., Noonan M. P., J. L. Andersson, O'Reilly J. X., Jbabdi S., Croxson P. L., Jenkinson M., Miller K. L., Rushworth M. F. S. Social Network Size Affects Neural Circuits in Macaques // Science. 2011. V. 334. P. 697-700.

Ju.S. Shevchenko

INTEGRATED MULTI-LEVEL THERAPY FOR CHILDREN WITH AUTISM EARLY CHILDHOOD SYNDROMES: CONCEPTS AND PRACTICE (LECTURE)²

**Russian Medical Academy of postgraduate education, the Ministry of Health
of the Russian Federation (Moscow).**

Summary. In this paper we consider strategic (inclusion, integration in society) and tactical model of rehabilitation activities for children with various forms of autism spectrum disorders. As part of the latest integrated program is offered, poliprofessional medical-correctional approach on metabolic, neuro-physical, syndromal, behavioral, social and personal levels. At each level are handled as General (Ethio-pathogenesis), and specific (syndrome-psychopathological) challenges.

Keywords: early infantile autism, inclusion, integration, correction of Neuropsychological, behavioral therapy, integrative psychotherapy.

²Final part. First part see - Voprosy psichicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov, 2016 (16), № 4.

**ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ФАНТАЗИРОВАНИЕ
(АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР)³**

¹Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, ²Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова (Санкт-Петербург).

Резюме. В литературном обзоре представлена история изучения фантазирования в психиатрической клинике, сопоставлены данные отечественной и зарубежной литературы. Приведены варианты фантазирования с указанием синонимов и механизмы его развития, обобщены данные по синдромологии фантазирования.

Ключевые слова: псевдология, мифомания, синдром Мюнхгаузена, патологическое фантазирование, симулятивное расстройство.

Введение. В 2016 г. исполнилось 125 лет термину «pseudologia phantastica», предложенному А. Delbrück [56]. Дата совпала с возвращением интереса к теме фантазирования в клинике психических заболеваний. Поводом к изучению фантазирования в психиатрии послужила научная дискуссия о лжи и симуляции, развернувшаяся на границе XIX и XX веков. По более поздним ссылкам можно судить о том, что наибольшую значимость и научные последствия в виде публикаций эта дискуссия получила среди американских [66, 67, 74], немецких [73] и русских психиатров [7].

Первым автором, обратившимся собственно к теме фантазирования, оправданно считается немецкий ученый Anton Delbrück, предложивший в 1891 г. термин «pseudologia phantastica» и разделивший в пространстве феномена pathologische lüge (патологическая ложь) понятия «лжи», «псевдологии» и «фантазирования» [цит. по 8]. Оригинальную но близкую концепцию позднее предложил французский ученый Ernest Ferdinand Pierre Louis Dupré [58], описав mythomania. Этому автору мы обязаны также выделением понятий галлюцинаций воображения и бреда воображения [59, 60]. По приводимым В.Х. Кандинским [13] данным можно судить о том, что не позднее второй половины XIX века поднимались вопросы дифференциальной диагностики фантазирования с истинными и псевдогаллюцинациями, нарушениями памяти, бредом.

С 40-х годов XX века в западной психиатрической литературе отметилась стагнация в интересе к теме, что, вероятно, стало причиной нескольких проблем в последующем, а именно: 1. наполнению разными смыслами одного термина, 2. включению широких понятий в рамки первоначально более узких (включение pseudologia phantastica в münchenhausen syndrome, позднее в factitious disorder), 3. введение дублирующих терминов для обозначения одних и тех же феноменов. В настоящее время имеется тенденция объединять понятия pseudologia fantastica, mythomania, factitious disorder, pathological lying, chronic lying, impulsive lying, habitual lying под обобщением - pseudologia phantastica [57, 86]; такой подход уменьшил проблему терминологии.

Отечественную литературу по обсуждаемой теме можно разделить на четыре условных раздела по времени появления источников и смысловой схожести:

1. Конституционально обусловленные варианты фантазирования и их анализ [6, 7, 12, 16, 46, 49].
2. Фантазирование в рамках шизофрении [5, 32-36, 39, 42, 47].

³Начало. Окончание см. - Вопросы психического здоровья детей и подростков, 2017 (17), № 2.

3. Обоснование нозологической неспецифичности клинически значимых форм фантазирования [4, 9, 14, 21, 22, 37].

4. Формирование синдромологии фантазирования [8, 14, 18, 20, 24, 30].

Воображение в норме. Воображение (фантазия) — психический процесс создания нового образа путем перестройки имеющихся у человека представлений. Это процесс продуктивный и познавательный, имеющий особенно тесную связь с процессами мышления, памяти и восприятия, которые и обуславливают индивидуально-типологические особенности воображения [41]. Схожий взгляд высказывают и другие исследователи [31, 44]. Высказывалась мысль, что именно несовершенство процессов восприятия, слабость внимания, внушаемость и наводящие вопросы стимулируют воображение для построения вымыслов и небылиц [12]. Автор иллюстрирует свои соображения следующим механизмом: 1. образы в памяти неустойчивы и постепенно превращаются в отрывки, которые при позднейшей передаче обычно пополняются из общего запаса знаний рассказывающего; 2. чем чаще рассказчик повторяет свой рассказ, тем больше в его пользу складываются рисующиеся его воображением картины и, наконец, событие в таком виде так прочно закрепляется в его памяти, как будто бред.

Значение воображения выражается в обеспечении пластичности приспособления человека к жизненным ситуациям, наиболее полно раскрывается в проблемных ситуациях, для разрешения которых существуют системы опережения сознанием результатов деятельности [41]: 1. организованная система образов — воображение; 2. организованная система понятий — мышление. В свете этого и выделяют две функции воображения: познавательную (интеллектуальную) и защитную (эмоциональную). Познавательная функция формируется благодаря отделению образа от предмета и обозначению образа с помощью слова, посредством чего человек научается управлять, изменять, уточнять и, следовательно, совершенствовать свое представление о чем-либо, переосмысливать ситуацию для будущего [31, 38]. Защитная функция раскрывается через представляемую в воображении ситуацию, приводящую к разрядке возникающего напряжения и символическое разрешение конфликтов, которые трудно или невозможно обеспечить при помощи реальных практических действий [38]. Защита может реализовываться двумя основными путями [10]: 1. через многократную вариативную репрезентацию травмирующих воздействий, в процессе которых могут находиться способы разрешения конфликтных ситуаций; 2. через создание воображаемой ситуации снижающей фрустрацию.

Воображение создает образы в два основных этапа [31]: анализ — расчленение впечатлений на составные части или выделение объекта из фона; синтез — образование новых сочетаний и связей или наполнение образов новым смыслом. Выделяются методы, посредством которых реализуется продукция воображения [41], основные из них с примерами: склеивание (агглютинация) — русалка, кентавр, человек-птица; преувеличение (гиперболизация) — великаны, многорукие богини; заострение (акцентирование) — карикатуры, шаржи.

Воображение, как и всякая другая психическая деятельность, проходит в онтогенезе человека определенный путь развития. Воображение развивается из пассивного в активное, произвольное и по качеству из механически воспроизводящего усложняется в творчески преобразующее [38]. В тоже время и для взрослого человека выделяют как активную, так и пассивную формы фантазирования: при первой смена представлений направляется волей; при второй наше самосознание играет исключительно роль зрителя; типичной формой пассивного фантазирования являются сновидения [1]. В рамках указанного деления некоторыми исследо-

вателями выделяются патологические формы пассивного воображения: онейроид, ониризмы, галлюцинации воображения Дюпре, бред воображения, сновидные эпилептические приступы [41].

Эпидемиологические данные. Началу XX века принадлежит систематическое изучение распространенности эйдетической способности: большинство исследователей выражало мнение о широкой представленности эйдетической способности среди детей и подростков (40%-88% исследуемых популяций), однако отмечалось, что «ярких эйдетиков» не более 10%, высказывалось мнение о постепенном угасании этой способности после возраста 14 лет [цит. по 16].

Имеются данные о распространенности личностей, склонных к фантазированию, в США (fantasy prone personality) — 4% популяции [90]. Интересным представляется скрининговое исследование галлюцинаторного опыта студентов одного вуза [88], по данным которого из 111 осмотренных студентов 35% заявили о галлюцинаторном опыте, причем для этой группы доказана корреляция с их склонностью к фантазированию и способностью к ментальным образам. Имеются также данные статистики ФБР США относительно заявлений о сексуальном насилии: 8%-15% признаны необоснованными (1996-1997 гг.), а часть этой группы относится к необоснованным по причине вымышленности [64].

Предполагается, что разнообразие вариантов фантазирования представлено шире у лиц женского пола, для которых особенно характерны телесные фантазии [4], способность к визуализации представлений [62], конституциональная predisposition к фантазированию [88, 90]. Мужской пол представляет подавляющее большинство для варианта фантазирования, связанного со сверхценными увлечениями [20, 21, 33]. Распространено мнение о более частой встречаемости феноменов фантазирования в детском возрасте по сравнению со взрослым [9, 32, 62, 69], однако в исследовании бреда воображения верхняя возрастная граница соответствовала 40 годам [5].

Типология фантазирования. Ниже приведены варианты фантазирования с объединением некоторых из них по схожести клинической картины.

Отрывочные мечтания (включая непатологическое фантазирование, dyadreams). Термин преимущественно используется для описания состояний нормы. Мечтательность, которая может беспокоить родственников, но не влияет на поведение, не снижает свойственной пациенту социальной активности; может занимать достаточно свободного времени, но легко переключается на необходимые текущие задач [20, 76].

Псевдологическая конституция (включая фантастическую конституцию, конституциональную группу «лгунов и мошенников», pseudologia phantastica, la mythomanie, histrionic personality disorder, fantasy prone person). Всегда является патологией как у взрослых, так и детей, отличается от лжи, симуляции и нормального детского фантазирования [58]. Феномен конституционально обусловленный [6, 49, 58], по мнению П.Б. Ганнушкина [6], является психопатией, а ряд авторов подчеркивают родство с истерической конституцией [46, 49, 55]. Удачное клиническое описание феномена привел П.Б. Ганнушкин [6]: «Самой роковой их особенностью является неспособность держать в узде свое воображение. При их страсти к рисовке, к пусканию пыли в глаза они совершенно не в состоянии бороться с искушением использовать для этой цели легко у них возникающие богатые деталями и пышно разукрашенные образы фантазии. Отсюда их непреодолимая и часто приносящая им колоссальный вред страсть к лганью. Лгут они художественно, мастерски, сами увлекаясь своей ложью и почти забывая, что это ложь. Часто они лгут совершенно бессмысленно, без всякого повода, только бы чем-нибудь блес-

нуть, чем-нибудь поразить воображение собеседника»⁴.

Сенсореализация представлений. Сенсорная реализация образов может возникать во всех анализаторах (зрительном, слуховом, тактильного чувства), получаемые феномены всегда реалистичны, ярче и детальнее обычных воспоминаний, в то же время не воспринимаются полностью реальными [18]. Яркие чувственно-образные феномены памяти или воображения, реализующиеся в поле сенсорного восприятия, могут восприниматься близкими к реальным [22]. Ниже представлены варианты сенсореализации — визуализированные представления, телесные фантазии.

Визуализированные представления (включают subjektive optische anschauungsbilder и, вероятно, отдельные случаи visual perseveration, illusory visual spread). Автором классического определения считается сербско-австрийский ученый V. Urbantschitsch [87], описавший феномен под именем «субъективно-оптических наглядных образов» (subjektive optische anschauungsbilder). Первый отечественный обзор этого феномена с клиническими примерами принадлежит М.П. Кононовой [16].

Литературные источники относят визуализированные представления к двум группам лиц: 1) взрослые — непосредственно после перенесения нейрохирургических операций и тяжелых травм головы [40]; 2) дети, а также молодые люди с признаками эмоционально-волевой незрелости [16, 22]. Имеются описания феномена у взрослых в рамках повторных переживаний психотравмирующих ситуаций [19], неврозов [22] и умеренной умственной отсталости [48]. Если в детском возрасте феномен достаточно распространен и может считаться нормой [16], то по мере взросления встречается все реже, и для его возникновения во взрослом возрасте требуются особенные условия, не относящиеся к нормальным [40]. По всей видимости, схожая тенденция просматривается и в отношении произвольности возникновения визуализированных представлений: для детей они описываются как произвольные [16, 22], а для взрослых как произвольные [19, 40].

По всей видимости, визуализированные представления в варианте произвольного возникновения имеют отношение как к фантазированию, так и незрелости первой сигнальной системы, а в варианте произвольного возникновения имеют отношение только к патологии первой сигнальной системы (или ее незрелости у детей) и в этом случае отношения к фантазированию (воображению) не имеют.

Телесные фантазии (фантастические сенестопатии, body fantasy). Наряду с произвольной сенсореализацией тактильных образов из памяти при феномене flashback [19], выделяют сенсореализацию тактильных образов воображения, по ряду существенных признаков отличающихся от сложных сенестопатий [4].

Ипохондрическое фантазирование (hypochondriacal fantasies). Синдром фантазирования с ипохондрической фабулой [17, 54]. Особенность этих фантазий — тесное переплетение ипохондрических переживаний и страха смерти со стойкими яркими образными представлениями — сценами насилия, сражений, гибели людей [17] или «мазохистскими» фантазиями со сценами истязания и пыток [54].

Фантазирование, связанное с доминирующими или сверхценными увлечениями получило достаточно широкое освещение в отечественной научной литературе [20, 21, 35, 39]. Вариант описан для личностей шизоидного типа и больных вялотекущей шизофренией. Так, по мнению Б.А. Леденёва [21], к числу относи-

⁴Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика. - М.: Медицинская книга, 2010.- С. 42.

тельно частых проявлений шизоидной психопатии у детей и подростков относятся своеобразные интересы, увлечения и фантазии. Своеобразие односторонних интересов простирается от примитивного коллекционирования электрических проводов, подбора чайников определенной формы до увлечений астрономией, математикой, географией. Некоторым детям с сохранным интеллектом такие увлечения помогают в социализации. Уровень вовлеченности оценивается преимущественно как уровень сверхценных увлечений [21, 35].

Агрессивное фантазирование и фантазирование на тему суицида (включая aggressive fantasy, suicide fantasy, daydreaming about death). Выявляется связь возникновения агрессивных фантазий с переживаемым насилием [84]. Данные о влиянии суицидальных фантазий на реализацию суицида противоречивы. Так, высказывается мнение, что суицидальные мысли могут предвещать суицид, а суицидальные фантазии имеют тенденцию подавлять суицидальное поведение [78]. Однако имеется исследование, показывающее, что суициденты могут мечтать о суициде для регуляции настроения, повышения его в ближайшей перспективе; в то же время эти фантазии увеличивают риск суицидальных действий в долгосрочной перспективе [83]. В обоих случаях можно проследить компенсирующую роль фантазирования хотя бы в краткосрочной перспективе.

Фантазирование, связанное с патологией влечений. Вариант описан И.К. Рудневой [39] в рамках малопрогредиентной шизофрении. По мнению автора, у больных уже в годовалом возрасте отмечались особенности поведения: манипуляции с калом, стереотипные действия и аутоагрессия. Позднее проявлялись избирательность в отношениях с родителями и агрессивность к насекомым, маленьким животным и младшим детям. С 1,5-2,5 лет появлялись фантазии садистического характера. К 7-8 годам становилось заметнее сексуальное содержание фантазий с извращенным наполнением. К недостаткам исследования можно отнести отсутствие дифференциальной диагностики с клинически схожими состояниями у детей с органической недостаточностью, психопатией, олигофренией.

Фантазирование по типу оговоров и самооговоров (включая sexual abuse as fantasies, false rape allegations). Сходные случаи Е. Dupré [58] трактовал как вариант мифомании. В современной зарубежной литературе феномен описывается лишь в форме оговоров другого субъекта в сексуальном насилии, в отечественной — добавляется форма самооговора (самонаговора), а также тема сексуального насилия, сексуальной бравады, криминального участия. Интересно, что отечественные исследователи в отношении реализации оговоров или самооговоров помимо прямого обращения в полицию отмечают факты анонимного подбрасывания записок обличающего содержания и вообще достаточно сложное последовательное поведение пациентов в отношении поддержания своей выдуманной фабулы. В любом случае вопрос трактовки (в том числе юридической и судебно-психиатрической) слов и воспоминаний пациента — как реально происходивших событий, так и фантазий и лжи — может быть судьбоносным.

Большинство зарубежных авторов рассматривает феномен как непсихотический, при этом оговоры могут иметь природу фантазий [82] и нередко рассматриваются в структуре pseudologia phantastica [79]; наряду с целым рядом причин, по которым женщины дают ложные обвинения в сексуальном насилии, выделяется подавляющая потребность во внимании в рамках синдрома Мюнхгаузена и пограничных психических расстройств [64]. В отечественной литературе есть взгляд на феномен как на психотический [36]. Учитывая статистику распространенности вымышленных заявлений о сексуальном насилии, по данным ФБР США [цит. по 64], отношение этого феномена лишь к психотическому уровню представляется

нам маловероятным.

Игровое перевоплощение (включая lycanthropy, zooanthropismus). Среди бесчисленного количества метаморфоз человека в животное трансформация в волка (lycanthropy) — наиболее известное и распространенное явление [52]. Так, в англосаксонской литературе оборотня называют wolf-man, во французской loup-garou, в итальянской lupo-manago, в русской волко-лак. Для других культурных традиций зооантропоморфизм связан с иными животными: лисица в Японии, тигр, гиена и крокодил в Китае, Малайзии и Индии [61].

Изначально ликантропия трактовалась как истерия и мифомания — в рамках личностных расстройств [52, 58]. И в настоящее время распространена трактовка ликантропии как нозологически неспецифического культурно-обусловленного синдрома [68, 72].

Нередко феномен выражается в достаточно тяжелой степени и относится исследователями к галлюцинаторно-бредовому или деперсонализационному расстройству [36, 52]. Имеется критика взгляда на данный феномен как на проявление деперсонализации с отнесением его к бредоподобному фантазированию [2, 23, 25-27]. Часть исследователей придерживается мнения об игровом перевоплощении как расстройстве самоидентификации с чувственным бредом, которое имеет психотический уровень, встречается чаще всего при аффективных расстройствах и шизофрении, но может обнаруживаться при различных психических нарушениях [63, 71, 75].

Бред воображения (образный бред, les délires d'imagination, confabulatory delusional states). Понятие предложено в 1910 г. французскими психиатрами Эрнестом Дюпре и Жаном Логром [59]. Бред воображения определялся авторами как расстройство воображения психотического уровня, выражающееся в специфическом бреде, который отличается от чувственного и интерпретативного. Если в случае чувственного бреда источником ошибки является нарушенное восприятие, а в случае с интерпретативным бредом источник ошибки — нарушение умозаключения, то при бреде воображения источником ошибки является особым образом работающее воображение. При этом бред пополняется новыми выдумками и измышлениями. Позднее E. Dugré [60], подчеркивая значение конституции в формировании бреда воображения, писал о том, что эти состояния можно рассматривать как болезненное преувеличение конституционной тенденции к мифомании. Авторы полагали, что чистом виде это состояние встречается редко и является вариантом паранойи или парафрении, ассоциированным с другими психопатологическими расстройствами, или как эпизод при различных психических заболеваниях [59, 60].

В диссертационной работе М.В. Варакиковой [5] выделяются характерные для бреда воображения компоненты: образные представления, конфабуляции, аффективные расстройства в виде гипомании или депрессии (соответствующие фабуле переживаний), вторичные интерпретации.

Бредоподобные фантазии в структуре реактивного психоза. Описание феномена принадлежит К. Birnbaum [53] под именем «бредоподобного фантазирования у дегенерантов»; изначально он трактовался как синдром в рамках реактивного истерического психоза у пациентов с психопатией и олигофренией, находящихся в тюрьмах. Развивается у людей со специфической конституцией (преимущественно псевдологической, истерической) или со сниженным интеллектом под влиянием частью ослабляющих физических факторов (устомление, инфекции), частью психических травм (тюремное заключение) [цит. по 12]. Существенная черта «бредоподобных фантазий» состоит в том, что бурная продукция воображения, напоминающие бред вымыслы возникают неожиданно у как будто здорового

человека на фоне или вслед за перенесенным психологическим потрясением [6].

В клинической картине [45]: возникновение синдрома бредаподобных фантазий на фоне истерически суженного сознания, нестойкие идеи величия, значимости, достижений, богатства, которые имеют фантастически гиперболизированный характер, и, что особенно важно, содержание этих фантазий меняется в зависимости от внешних моментов, вопросов врача, иногда наблюдаются псевдодементные ответы, характерен аффект тревоги.

Динамика такого состояния [45]: преимущественно синдром бредаподобных фантазий сочетается с другими истерическими проявлениями или сменяет их и часто бывает одним из последних перед выходом больного из реактивного психоза. При редукции симптоматики фантазии постепенно бледнеют, сужаются, становятся менее изменчивыми, переходят в стереотипно повторяемые фразы и затем совсем исчезают. В отличие от псевдологии истерических личностей, для которых выдумки — постоянная форма поведения и реагирования, при истерическом психозе фантазии имеют очерченные границы возникновения и спада, являясь частью психотического эпизода [45].

Конфабуляции при поражениях фронтоорбитальной коры. Понятие конфабуляций в самом широком смысле — словесная продукция вымышленного характера; в классическом психиатрическом понимании, введенном К.Л. Кальбаумом и принятом для синдрома Корсакова, — вид нарушений памяти, при котором забытое замещается вымышленным, продуктами воображения [43].

Конфабуляции связываются с синдромами, в основе которых лежат корковые поражения, такими как синдром Вернике-Корсакова и синдром Антона. При проведении диагностических исследований в первую очередь получает подтверждение локализация повреждения фронтоорбитальной коры головного мозга [70, 89, 91, 92]. Инструментальные подтверждения имеются и при мультифокусном склерозе [65].

I.V. Kravchenko¹, I.V. Makarov^{1,2}

PATHOLOGICAL FANTASIZING: ANALYTICAL REVIEW⁵

¹V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute, ²North-Western I.I. Mechnikov State Medical University (Saint-Petersburg).

Summary. The literary review examines the history of the study fantasizing in a psychiatric clinic and compares the data of the Russian and foreign literature. Variants of fantasizing with indicating of synonyms and mechanisms of its development are given, the data of syndromology of fantasizing are summarized.

Keywords: pseudologia phantastica, mythomania, Münchhausen syndrome, pathological fantasizing, factitious disorder.

⁵First part. Final part see – Voprosy psichicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov, 2017 (17), № 2.

КАЧЕСТВО ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОМОЩИ В ДЕТСКОМ ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой Департамента здравоохранения г. Москвы» (Москва).

Резюме. В статье описываются категории качества структуры, процесса и результата применительно к оказанию стационарной помощи в детской психиатрии. Выделены общие показатели и основные направления развития темы качества, равно важные для специалистов полипрофессиональной команды. Обозначен вклад междисциплинарного взаимодействия в корпоративную культуру психиатрической больницы. Необходима дискуссия специалистов с медицинским, психологическим, педагогическим образованием по вопросам своевременности помощи психически больному ребенку, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения, реабилитации и оценки степени достижения запланированного результата, т.е. качества совместно оказываемого вмешательства.

Ключевые слова: дети, качество медицинской помощи, психические расстройства, врач-психиатр, психолог, педагог, команда.

В развитии полипрофессионального сообщества специалистов, оказывающих помощь детям с нарушениями психического здоровья и/или развития, отчетливо наблюдаются две противоречивые тенденции. С одной стороны, многие специалисты стремятся в своей практической деятельности быть эффективными, профессионально ищущими и высказывают желание работать в команде/бригаде (особенно в сопровождении трудных случаев). С другой, - предложение обсудить вопросы качества оказываемой помощи не вызывает энтузиазма и готовности, а заполнение большинства требуемых отчетных документов по оценке качества выполняется формально. Однако без дискуссии специалистов с различным базовым образованием (медицинским, психологическим, педагогическим) по вопросам своевременности помощи, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения, реабилитации и оценки степени достижения запланированного результата затруднительно оказывать комплексную современную помощь ребенку с психическим расстройством или нарушением поведения. Важно отметить, что совокупность перечисленных выше характеристик собственно и отражает **качество** медицинской помощи [9]. Возможно, отсутствие интереса и энергии в теме качества предоставляемой помощи является отражением представлений специалистов о бесполезности подобных дискуссий для реальной практики.

Задача настоящей публикации – инициировать профессиональный разговор о качестве медицинской помощи детям в условиях психиатрического стационара как услуге, которая оказывается мультидисциплинарной командой.

Основной ведомственный приказ, определяющий порядок оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения, предписывает использование полипрофессиональных бригадных форм оказания помощи на всех этапах лечебного и реабилитационного процессов [4]. В последние два десятилетия опубликовано значительное количество статей, указывающих на эффективность психиатрической помощи командой/бригадой, состоящей из специалистов различных профессий (психиатр, психотерапевт, психолог, социальный работник) [1, 2]. Однако часть исследователей свидетельствует, что бригадные формы работы остаются декларативными и на практике не применяются в

достаточном объеме [8].

Одной из возможных причин ограниченного применения командных полипрофессиональных форм работы является недостаток навыков психиатра и психотерапевта в сфере сотрудничества со специалистами с другим базовым образованием. Отсутствие общего понятийного аппарата и профессионального языка блокирует совместное обсуждение задач, структуры, процессов и результата в каждом конкретном случае. Существующие методические рекомендации и нормативно-правовые акты скорее определяют «кто» и «зачем» должен работать в команде [3], чем «как» и «что» делать вместе. Важно отметить, что в отличие от подготовки врачей [6, 7], действующий Федеральный государственный образовательный стандарт высшего профессионального образования по специальности «Клиническая психология» предусматривает формирование у медицинского психолога компетенций, необходимых для сотрудничества с врачами, социальными работниками и другими специалистами [5].

Критерии, индикаторы и стандарты качества, оказываемой комплексной специализированной помощи детям с психическими расстройствами, могут обсуждаться и разрабатываться с учетом трех терминологических категорий - структуры, процесса и результата, ставших уже классическими при рассмотрении вопросов качества в медицинской организации [10]. Исходя из указанных категорий, качественная помощь ребенку в условиях детского психиатрического стационара определяется:

1/ качеством структуры

- нормативно-правовая база оказания специализированной медицинской помощи детям с психическими расстройствами и нарушениями поведения, включая порядки и стандарты оказания профильной помощи по мере их разработки и утверждения,

- организационная структура лечебного учреждения (например, достаточное количество профильных отделений или график посещения детей родителями, соответствующие потребностям населения),

- кадровое обеспечение (включая нормативно-правовую базу, определяющую штатное расписание, и профессиональные качества специалистов),

- условия финансирования медицинской организации,

- лекарственное обеспечение,

- материально-техническое оснащение (в том числе, оборудование клинической лаборатории или помещений для занятий по формированию бытовых навыков у детей-инвалидов вследствие ментальных нарушений, комплектность стимульных материалов для патопсихологической диагностики или наличие безопасных игрушек в наблюдательных палатах),

- выполнение основных плановых показателей (например, государственного задания);

2/ качеством процесса

- информационное обеспечение лечебного процесса,

- фактическое следование клиническим рекомендациям по лечению отдельных заболеваний психической сферы в детском возрасте,

- фактическое использование в медицинской организации методов, приемов и компетенций специалистов с различным базовым образованием,

- динамика степени сотрудничества и контакта конечного потребителя (детей и их законных представителей) со специалистами,

- соблюдение принципов преемственности на всех этапах оказания помощи ребенку и сотрудничества между специалистами различных направлений,

- уровень доверия детей и их родителей/законных представителей специалистам и медицинской организации в целом,
 - общая удовлетворенность конечного потребителя (дети и их законные представители) и удовлетворенность качеством лечебного процесса,
 - общая удовлетворенность детей и их законных представителей качеством сервисной части пребывания в больнице (соблюдение гигиенического режима, требований к качеству питания и чистоте помещений),
 - общая удовлетворенность детей и членов их семей соблюдением их законных прав и интересов в процессе госпитализации в психиатрический стационар;
- 3/ качеством результата
- динамика состояния пациента (улучшение/стабилизация),
 - степень симптоматического улучшения, достигнутого в результате лечения в стационаре,
 - динамика уровня социальной адаптации и/или формирования социальных навыков (включая обучение простым бытовым навыками ребенка-инвалида вследствие ментальных нарушений или выбор профессии подростком с легкими когнитивными нарушениями),
 - использование ресурсов микроокружения (в том числе вовлечение членов расширенной семьи в профилактику девиантного поведения подростка или школьных репетиторов для преодоления академической неуспеваемости),
 - изменение микросоциальной обстановки (например, формирование коррекционно-развивающей среды дома),
 - уменьшение бремени семьи (включая участие родителей в родительских сообществах психически больных детей или возможность трудоустройства для матери ребенка-инвалида),
 - удовлетворенность специалистов эффективностью проделанной работы,
 - статистические и финансовые показатели медицинской организации,
 - репутация медицинской организации.

Большинство описанных выше параметров и характеристик воспринимается по-разному специалистами с различным базовым образованием. Например, как различные специалисты понимают удовлетворенность ребенка или родителей качеством предоставляемой помощи? Так, логопед будет стремиться удовлетворить потребность в речевом развитии или качестве звукопроизношения; медицинский психолог, обеспечивающий диагностику, оценит удовлетворенность родителей или ребенка косвенно по возможности использования его патопсихологического заключения врачами в лечебном процессе. Однако психиатр не всегда при оказании услуги удовлетворяет потребности пациента-ребенка:

- потребности могут быть болезненными;
- потребности могут быть опасными;
- потребности могут противоречить потребностям микроокружения (и снижать качество жизни семьи в целом).

Несомненно, родители, оценивая качество комплексной работы специалистов в этом случае, с высокой вероятностью высоко отзовутся о работе логопеда, «не заметят» работу медицинского психолога-диагноста и будут протестовать по поводу действий психиатра. Отразится ли родительская оценка такого рода на отношениях внутри полипрофессиональной команды и самооценке специалистов?

Первым принципом менеджмента качества является ориентация на потребителей. Предполагается, что полипрофессиональные команды должны выявлять и понимать текущие и будущие потребности психически больных детей и их роди-

телей, выполнять их требования и стремиться превзойти их ожидания. Под удовлетворенностью потребителей понимается их восприятие степени выполнения их требований и ожиданий. Понятно, что оценка медицинской помощи маленькими пациентами и членами их семей достаточно субъективна, вплоть до невозможности родителями самостоятельно оценить собственную удовлетворенность качеством услуги (например, при выраженных расстройствах мышления или интеллекта). Таким образом, даже если требования детей и родителей были с ними согласованы и выполнены, это не обязательно обеспечивает их высокую удовлетворенность. В связи с этим оценка удовлетворенности потребителей должна обязательно включать в себя социально-психологический анализ восприятия ими характеристик оказываемой медицинской помощи.

Не меньшее количество разногласий вызывают вопросы оценки эффективности проведенного лечения. Анализ процесса и показателей эффективности оказания помощи в целом помогает в последующем обосновывать выбранные методы и последовательность операций лечебного вмешательства. Так, семейный психолог может считать, что он должен включиться в работу с семьей пациента с первого дня для того, чтобы обеспечить отношения сотрудничества между родителями, ребенком (пациентом) и медицинским персоналом. Врач, с другой стороны, может быть убежден, что семья является для ребенка основным психотравмирующим фактором и, напротив, до стабилизации состояния нужно минимизировать влияние членов семьи и изолировать ребенка. Момент стабилизации состояния пациента является основанием для его выписки из стационара, и это означает, что ребенок вновь попадет в не подвергшуюся изменениям травмирующую семейную ситуацию. Таким образом, профессиональные разногласия о последовательности вовлечения различных специалистов в лечебный процесс отражают влияние фокуса внимания на оценку эффективности вмешательства.

Тем не менее, есть показатели качества оказываемой помощи, которые «глазами специалистов» профессиональной команды равно важны для всех:

- Качество условий труда (режим работы, выполнение нормы нагрузки, требования к рабочему месту, разделение ответственности за процесс и результат с получателем услуги).
- Уважение и поддержка профессионального сообщества, коллег – работников детской психиатрической больницы и руководства (работа в ко-терапии, возможность получить супервизию случая, клинические разборы, регулярное повышение квалификации, профессиональный и карьерный рост).
- Стремление к работе в полипрофессиональной команде и интерес к деятельности коллег по смежной дисциплине.
- Качество процесса (использование компетентности для установления контакта и формирования отношений сотрудничества с родственниками пациента, оправданный выбор диагностических приемов и коррекционных вмешательств, тщательное заполнение отчетной документации, использование смежных умений, например, персонального компьютера).
- И, естественно, для большинства специалистов важна ориентация на качество результата (перечисленные выше улучшение/стабилизация состояния пациента, повышение уровня социального функционирования, уменьшение бремени семьи и улучшение семейного функционирования).

Для продолжения обсуждения в профессиональном сообществе вопросов качества совместно оказываемой помощи душевнобольному ребенку необходимо:

- 1) на основе интереса к междисциплинарному взаимодействию в лечении

каждого конкретного душевнобольного ребенка формировать общий профессиональный язык и этические принципы профессионального сотрудничества;

2) разработать адекватные критерии оценки качества, которые должны быть таковыми и по сути, и по восприятию сотрудниками. Показатели работы должны восприниматься коллегами как важные, объективные, всесторонние, справедливые и достижимые, а система контроля качества должна быть прозрачной, понятной и не вызывать внутреннего напряжения или отторжения;

3) исключить в процессе контроля качества ненужную или плохо организованную работу, в первую очередь, при оформлении документации, проведении совещаний и т. д.;

4) привлечь максимальное количество сотрудников к разработке и внедрению системы контроля качества в медицинской организации и к участию в процессе непрерывного улучшения работы организации;

5) использовать процессный подход в управлении деятельностью полипрофессиональных команд, т. е. выделять начало, операции и их взаимосвязь, стремиться к согласованному результату и привлекать ресурсы на протяжении ведения каждого клинического случая;

6) увязывать результаты оценки качества с материальным и моральным стимулированием работников;

7) стремиться к непрерывному анализу и обобщению полученных данных, взаимодействию с организациями высшего профессионального образования в процессе подготовки, повышения квалификации, профессиональной переподготовки профильных специалистов при проведении научных исследований, совместной супервизии и междисциплинарных клинических разборов.

Комплексная помощь душевнобольному ребенку в условиях детского психиатрического стационара, оказываемая полипрофессиональной командой, отличается от необъединенной работы специалистов с различным базовым образованием возможностью «объемного» понимания случая, которое рождается в диалоге коллег (1), творческим взаимодействием специалистов при построении программы лечения и реабилитации ребенка и его семьи (2), профессиональной щедростью (3) и совместно разделенным опытом сотрудников (4). В свою очередь, корпоративная культура обогащается традициями наставничества, ценностью непрерывного обучения, ориентацией на качество работы и уважительным отношением к коллегам, маленьким пациентам и их родным.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гурович И.Я. и др. (ред.) Бригадное полипрофессиональное оказание психиатрической помощи. Сборник методических рекомендаций. - М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2011. — 284 с.

2. Корень Е.В. К разработке концептуальной модели психосоциальной реабилитации детей и подростков с психическими расстройствами // Социальная и клиническая психиатрия. – 2011. – Т. 21, № 3. – С. 5–9.

3. Краснов В.Н., Гурович И.Я., Мосолов С.Н., Шмуклер А.Б. Стандарты оказания помощи больным шизофренией. - М.: Московский НИИ психиатрии Росздрава, 2006. – 54 с.

4. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения: приказ Минздравсоцразвития России 17.05.2012 г. № 566н – URL: <https://www.rosminzdrav.ru/documents/9122-prikaz-ministerstva-zdravooxraneniya-i-sotsialnogo-razvitiya-rossiyskoy-federatsii-ot-17-maya-2012-g-566>.

5. Об утверждении и введении в действие Федерального государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования по направлению подготовки (специальности) 030401 Клиническая психология (квалификация (степень) «специалист»): приказ Министерства образования и науки РФ от 24.12.2010. № 2057 – URL: http://www.edu.ru/db-mon/mo/Data/d_10/m2057.html

6. Об утверждении и введении в действие федерального государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования по направлению подготовки (специальности) 060103 Педиатрия (квалификация (степень) «специалист»): приказ Министерства образования и науки России от 8.11.2010. № 1122 - URL: http://www.edu.ru/db-mon/mo/Data/d_10/m1122.html

7. Об утверждении Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.20 Психиатрия (уровень подготовки кадров высшей квалификации): приказ Министерства образования и науки России от 25.08.2014. № 1062. – URL: <http://fgosvo.ru/news/3/270>.

8. Холмогорова А.Б. Психотерапия психических расстройств: современное состояние и основные тенденции развития. Трудный пациент, январь, 2007. - URL: <http://t-pacient.ru/articles/6028/>.

9. Федеральный закон 21.11.2011 № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», ст. 2.

10. Donabedian, A. (1988). "The quality of care: How can it be assessed?". JAMA. 260 (12): 1743–8.

1. Gurovich I. Ja. i dr. (red.) Brigadnoe poliprofessional'noe okazanie psichiatricheskoy pomoshhi. [Brigade Multiprofessional psychiatric care. Guidelines collection.] Sbornik metodicheskikh rekomendacij. - M.: ID «MEDPRAKTIKA-M», 2011 – 284 p. (In Russ.)

2. Koren' E. V. K razrabotke kontseptual'noi modeli psikhosotsial'noi reabilitatsii detei i podrostkov s psikhicheskimi rasstroistvami [Development of a conceptual model of psychosocial rehabilitation for mentally disordered children and adolescents]. Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya [Social and Clinical Psychiatry]. 2011. Vol. 21, N 3. Pp. 5–9. (In Russ.)

3. Krasnov V. N., Gurovich I. Ja., Mosolov S. N., Shmukler A. B. Standarty okazaniya pomoshhi bol'nym shizofreniei. [Standards of care for patients with schizophrenia.] - M.: Moskovskii NII psichiatrii Roszdruva, 2006 – 54 p. (In Russ.)

4. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения: приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) [On approval of the provision of medical care for mental and behavioral disorders: the order of the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation (Russian Ministry of Public Health).] 17.05. 2012 N 566n – URL: <https://www.rosminzdrav.ru/documents/9122-prikaz-ministerstva-zdravooxraneniya-i-sotsialnogo-razvitiya-rossiyskoy-federatsii-ot-17-maya-2012-g-566> (In Russ.)

5. Об утверждении и введении в действие Федерального государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования по направлению подготовки (специальности) 030401 Клиническая психология (квалификация (степень) «специалист»): приказ Министерства образования и науки России [On approval and enactment of the federal state educational standard of higher professional education on training (specialty) 030 401 Clinical Psychology (qualification (degree) "expert"): the order of the Ministry of Education and Science of Russia.] 24.12. 2010 № 2057– URL: http://www.edu.ru/db-mon/mo/Data/d_10/m2057.html (In Russ.)

6. Ob utverzhdenii i vvedenii v dejstvie federal'nogo gosudarstvennogo obrazovatel'nogo standarta vysshego professional'nogo obrazovaniya po napravleniju podgotovki (special'nosti) 060103 Pediatrija (kvalifikacija (stepen') "specialist"): prikaz Ministerstva obrazovaniya i nauki Rossii [On approval and enactment of the federal state educational standards of higher professional education on training (specialty) 060103 Pediatrics (qualification (degree) "expert"): the order of the Ministry of Education and Science of Russia.] 8.11.2010 № 1122 - URL: http://www.edu.ru/db-mon/mo/Data/d_10/m1122.html (In Russ.)

7. Ob utverzhdenii Federal'nogo gosudarstvennogo obrazovatel'nogo standarta vysshego obrazovaniya po spetsial'nosti 31.08.20 Psikhatriya (uroven' podgotovki kadrov vysshei kvalifikatsii): prikaz Ministerstva obrazovaniya i nauki Rossii [About ratification of Federal Education Standart of advanced education in specilization 31.08.20 Phsychiatry (level of advanced staff qualification): order of Russian Department of Education and Science] 25.08.2014 N 1062. – URL: <http://fgosvo.ru/news/3/270>. (In Russ.)

8. Holmogorova A.B. Psihoterapija psichicheskikh rasstrojstv: sovremennoe sostojanie i osnovnye tendencii razvitija. [Psychotherapy of mental disorders: current status and major trends in development.] Trudnyj pacient, janvar', 2007. - URL: <http://t-pacient.ru/articles/6028/>. (In Russ.)

9. Federal'nyj zakon 21.11.2011 №323 "Ob osnovah ohrany zdorov'ja grazhdan v Rossijskoj Federacii", stat'ja 2. [Federal Law №323 21.11.2011 "On the Principles of the protection of the health of citizens in the Russian Federation", Article 2]. (In Russ.)

10. Donabedian, A. (1988). "The quality of care: How can it be assessed?". JAMA. 260 (12): 1743–8.

M.A. Bebchuk

QUALITY OF MULTIPROFESSIONAL CARE IN THE CHILDREN'S PSYCHIATRIC HOSPITAL

GBUZ "Scientific and Practical Center of Mental health for children and adolescents named after G.E. Sukhareva (Moscow City Department of Health)" (Moscow).

Summary. This article describes the categories of quality of structure, process and outcome in relation to the provision of hospital care in child psychiatry. Overall indicators and the main directions of development of quality issues equally important to all professionals of multiprofessional team were identified. Contribution of interdisciplinary cooperation in the corporate culture of the mental hospital is defined. There is a necessity in discussion of specialists with medical, psychological, pedagogical education on timeliness of care for mentally ill child, the correct choice of methods of prevention, diagnosis, treatment, rehabilitation and as well as an assess of degree of achievement of the planned results, i.e., quality of jointly assembled intervention. There is a necessity in discussion of specialists with medical, psychological, pedagogical education on timeliness of care for mentally ill child, the correct choice of methods of prevention, diagnosis, treatment, rehabilitation and as well as an assess of degree of achievement of the planned results, i.e., quality of jointly assembled intervention.

Keywords: children, quality of health care, mental disorders, psychiatrist, psychologist, teacher, teamwork.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ И ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ КИНОИСКУССТВА (НА ПРИМЕРЕ ИНТЕРНЕТ-ПРОЕКТА PSYNEMA.RU)

¹ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой» Департамента здравоохранения г. Москвы, ²Российская медицинская академия последипломного образования, ³ГБУ «Центр содействия семейному воспитанию «Южный» Департамента труда и социальной защиты населения г. Москвы (Москва).

Резюме. В статье представлено методологическое обоснование, задачи и возможности использования киноискусства в рамках авторского интернет-проекта. Даны некоторые рекомендации для использования кинофильмов и анимационных фильмов в образовательных, просветительских, психокоррекционных и психотерапевтических целях. Рассмотрены наиболее значимые преимущества данного инструмента в работе с детьми и подростками с психическими расстройствами и их семьями.

Ключевые слова: кинофильмы, психообразование, психотерапия детей и подростков, интернет-проект.

В сентябре 2015 г. заработал новый авторский просветительно-образовательный интернет-проект **PSYnema.ru**. Данный сайт с самого начала был призван заполнить существующий пробел, касающийся использования кинофильмов в образовательных целях для студентов-психологов, врачей-интернов и ординаторов, специалистов смежных отраслей (социальных работников, педагогов), работающих в сфере психического здоровья. Особое внимание с первых дней работы авторы уделяют **детско-подростковой психопатологии**, детско-родительским взаимоотношениям, психологическим, социальным и биологическим факторам, участвующим в формировании того или иного психического расстройства у ребенка/подростка, нашедшим свое отображение в кинообразах. В этой части авторам хотелось бы преодолеть тот разрыв между теорией и практикой, с которым сталкивается практически каждый студент и выпускник вуза. Конечно, ничто не заменит участия в клиническом разборе, личного опыта, основанного на внимательном наблюдении живого пациента, и клинической беседы. Но, авторы надеются, что представленные ими иллюстрации облегчат вход в профессию для молодых специалистов и предостерегут их от грубых ошибок. Задача **способствовать повышению профессиональной компетенции специалистов, работающих в сфере психического здоровья**, студентов, обучающихся по специальностям «клиническая психология» и «медицинская психология», решается размещением подробных **междисциплинарных киноразборов**, представляющих одновременно два взгляда - психиатра-психотерапевта и клинического психолога. На сегодняшний день **PSYnema.ru** фактически является кинопутеводителем по основным психопатологическим синдромам и симптомам и содержит более тридцати статей, фокусируясь, в основном, на **детско-подростковых нарушениях и проблемах**. Актуальность образовательного аспекта данного проекта заключается в том, что прямой контакт и непосредственная демонстрация пациентов становится все затруднительнее в связи с демократическими инновациями и соблюдением «прав человека». Учитывая особенности подачи киноматериала, его ограниченность и невозможность динамического наблюдения за главными героями, постановка «диагноза» в классическом понимании становится затруднительной. Однако, следование существующей синдромологической классификации МКБ-10 и

клинической классификации психических расстройств и заболеваний, традиционной для отечественной детско-подростковой психиатрической школы, позволяет не только опираться на формальный перечень симптомов, а ухватить саму суть, внутреннюю логику расстройства, болезни или характера. В психологических вузах данные статьи могут использоваться при чтении таких курсов, как «Психиатрия», «Психология аномального развития», «Стресс и расстройства, связанные со стрессом», «Психосоматические расстройства», «Психические расстройства детско-подросткового возрастного периода», «Личностные расстройства», «Девиантное и суицидальное поведение», «Дифференциальная психология», «Основы психологического консультирования и психотерапии» и др. Ниже приводится перечень рекомендуемых нами к просмотру фильмов по определенной теме, подробные киноразборы которых представлены на сайте PSYnema.ru (см. табл. 1).

Таблица 1.

Перечень кинофильмов в зависимости от основного психопатологического синдрома, нозологии

Фильм, режиссёр, год	Синдром, нозология
<i>Незванные</i> (реж. Томас Гард, Чарльз Гард, 2009), <i>Паук</i> (реж. Дэвид Кроненберг, 2002)	Шизофрения с началом в детско-подростковом возрасте
<i>Сильвия</i> (реж. Кристин Джэффс, 2003)	Шизоаффективное расстройство с началом в подростковом возрасте
<i>Контроль</i> (реж. Антон Корбейн, 2007)	Эпилепсия
<i>Жизнь Пи</i> (реж. Энг Ли, 2012), <i>Невидимая</i> (реж. Кристиан Швохов, 2011)	Реактивные состояния, реактивный параноид, реактивная депрессия у подростков и молодых людей
<i>Прерванная жизнь</i> (реж. Джеймс Мэнголд, 1999), <i>Жутко громко, запрительно близко</i> (реж. Стивен Долдри, 2011)	Шизотипическое личностное расстройство
<i>Жутко громко, запрительно близко</i> (реж. Стивен Долдри, 2011)	Расстройства аутистического спектра
<i>Голод</i> (реж. Джоан Миклин Сильвер, 2003)	Расстройства пищевого поведения, нервная анорексия, нервная булимия
<i>На игре</i> (реж. П. Санаев, 2009)	Интернет-зависимое поведение
<i>Лабиринт Фавна</i> (реж. Гильермо дель Торо, 2006)	Синдром патологического фантазирования
<i>Видео Бенни</i> (реж. Михаэль Ханеке, 1993), <i>Что-то не так с Кевином</i> (реж. Линн Рэмси, 2011)	Гебоидный синдром
<i>Я-Сэм</i> (реж. Джесси Нельсон, 2002)	Умственная недостаточность

<i>Реквием по мечте</i> (реж. Даррен Аронофски, 2001)	Наркомания у подростков, молодых людей
<i>Король говорит!</i> (реж. Том Хупер, 2010)	Системный невроз, логоневроз
<i>Невидимая</i> (реж. Кристиан Швохов, 2011), <i>Стюарт: прошлая жизнь</i> (реж. Дэвид Эттвуд, 2007), <i>Контроль</i> (реж. Антон Корбейн, 2007)	Суицидальное поведение
<i>Генералы песчаных карьеров</i> (реж. Холл Бартлетт, 1972)	Девиянтное поведение подростков; психопатическая самореализация

Как видно из таблицы, особое место на сайте занимают киноразборы, иллюстрирующие специфические для детско-подросткового возраста психопатологические синдромы и нозологии (нервная анорексия и булимия, гебоидный синдром, синдром патологического фантазирования, логоневроз, интернет-зависимое поведение и другие формы девиаций, расстройства аутистического спектра). Кроме этого авторы анализируют на материале кинофильмов симптомы шизофрении с началом в детско-подростковом возрасте, уделяя внимание не только продуктивным психопатологическим симптомам, но и т. н. исходному состоянию процессуального заболевания, определяющемуся прежде всего выраженностью негативной симптоматики (*Паук, реж. Дэвид Кроненберг, 2002*). Подробно разбираются особенности психической деятельности и высших психических функций при умственной недостаточности (*Я-Сэм, реж. Джесси Нельсон, 2002*). Несколько киноразборов посвящено реактивным состояниям у подростков и психогениям в целом с подробным анализом суицидального и несуицидального самоповреждающего поведения. Статьи с сайта для удобства наших читателей транслируются в одноименное сообщество в Facebook.

Другая задача, которую ставят перед собой авторы интернет-проекта - это **популяризация реабилитационного подхода в вопросах психического здоровья и отказ от стигматизации людей с психическими расстройствами и их близких**. Соприкосновение с судьбами вымышленных героев и реально существовавших людей (например, Сильвии Плат, Йена Кёртиса) помогают увидеть, как психопатология отражалась на творчестве этих создателей, накладывая на него своеобразный отпечаток, определяя во многом его неповторимый и уникальный характер. Творческая своеобразность заставляет и по сей день вглядываться и задумываться над душевной болью и страданием творцов, размышлять над защитно-приспособительным характером их творчества в борьбе с недугом, анализировать данный опыт с целью своевременного и необходимого психотерапевтического вмешательства у одаренных детей и подростков, имеющих психические расстройства и нарушения в развитии.

С этой темой тесно смыкается **психообразовательная задача** при работе с семьей пациента, страдающего психическим или соматическим заболеванием. Данный вопрос особенно остро стоит перед психиатром, соматологом, психотерапевтом при работе с детско-подростковой патологией. Объяснение сути клинических симптомов, синдромов, течения, прогноза заболевания, возможностей вто-

ричной профилактики, разработка индивидуального образовательного маршрута и психолого-педагогического сопровождения вместе с родителями и родственниками страдающего ребенка/подростка столь же важны, как и правильный подбор фармакотерапии или осуществление необходимых медицинских процедур. В этих случаях иллюстрация тех или иных переживаний конкретного пациента с помощью кинообразов со страниц сайта поможет облегчить понимание родственниками не только психиатрических или других специальных медицинских терминов и феноменов, но и осознание своего места в создании подходящей семейной среды, способствующей наиболее полному раскрытию и реализации каждого ребенка. С другой стороны, материалы рубрики «Как помочь» и «Родителям на заметку» могут использоваться при формировании специалистами (психологами, психотерапевтами, педагогами) рекомендаций родителям детей/подростков с девиантными формами поведения, с нарушениями микросоциального взаимодействия и особенностями психофизического развития. Для этого авторами формулируются в форме перечня основные напоминания, предостережения, возможности конструктивно-функционального решения тех или иных проблем.

И, наконец, **психокоррекционная и психотерапевтическая задачи** определяются авторами как помощь пациентам/клиентам в осознании своего расстройства, своих сильных и слабых качеств, в повышении уровня самосознания, в преодолении конкретных внутриличностных и межличностных проблем, в овладении адаптивными способами реагирования в трудной жизненной ситуации, совладания со стрессом через обращение к кинообразам. Эта задача решается авторами, во-первых, через обзор основных возможных направлений помощи детям/подросткам со схожими с киногогероями проблемами, включающими как клинический взгляд, так и разнообразные психологические концепции. Во-вторых, человеку с определенным психическим расстройством, личностными особенностями/проблемами, кризисом в процессе психотерапии, в соответствии с определенными предостережениями и психотерапевтическими целями может быть рекомендован просмотр того или иного фильма с последующим совместным анализом, обсуждением и выполнением заданий (см. табл. 2).

Несмотря на царящую в интернете свободу нравов и возможность каждого, в том числе и специалистов, высказывать любую, сколь угодно эксцентричную точку зрения, нам представляется важным придерживаться в своей работе определенных границ и осуществлять помощь в рамках конкретного метода. На наш взгляд, бездумное и беспечное применение той или иной методики в случаях психического здоровья может стать неэффективным и не оправдать ожиданий клиента. В случае же психических проблем и нарушений может повлечь за собой ухудшение душевного состояния пациента, рецидив заболевания, появление или обострение фатальных намерений, например, суицидальных. Авторы предлагают рассматривать обращение к образам киноискусства в рамках одного из уже существующих методов, например, тех, с которыми работают сами в своей повседневной практике, а именно в рамках онтогенетически ориентированной программы по Терапии творческим самовыражением Бурно М.Е. [3, 4], нарративного подхода, детско-подростковой клинически ориентированной психотерапии, клинической арт-терапии. Такой взгляд подразумевает рассмотрение кинообразов с определенной целью для воздействия на отчетливые психотерапевтические мишени, опираясь в работе на конкретные целебные механизмы.

Перечень фильмов с анализом характерологических и личностных особенностей киногероев, представленных на сайте **PSYnema.ru**

Фильм, режиссёр, год	Характер, психопатия/рекомендуемая тема для обсуждения
<i>Головоломка</i> (реж. Пит Доктер, 2015)	Многообразие человеческих характеров; сила и слабость каждого характера
<i>Король говорит!</i> (реж. Том Хупер, 2010) <i>Я, Эрл и умирающая девушка</i> (реж. Альфонсо Гомез-Рейон, 2015)	Психастенический, астенический характеры, акцентуация, психопатия; «сила слабых характеров», дефензивность
<i>Поймай меня, если сможешь</i> (реж. Стивен Спилберг, 2002) <i>Кунг-фу Панда</i> (реж. Марк Рендольф Осборн, Джон Уэйн Стивенсон, 2008)	Циклоидный характер, акцентуация, психопатия; сила и слабость синтонных людей; развод родителей как стрессогенный фактор для ребенка/подростка
<i>Я закопаю тебя</i> (реж. Сильвестр Сбиллье, 2014)	Эпилептоидный характер, акцентуация, психопатия; сила и слабость авторитарно-напряженных людей; экзистенциальный кризис
<i>Близость</i> (реж. Майк Николс, 2004), <i>Русалка</i> (реж. А. Петров, 1996)	Истероидный характер, акцентуация, психопатия; сила и слабость демонстративных личностей; психопатическая самореализация
<i>Маша и медведь</i> (реж. О. Кузовков, 2009)	Неустойчивый характер, акцентуация, психопатия; сила и слабость ювенильных личностей
<i>Легенда о пианисте</i> (реж. Джузеппе Торнаторе, 1998), <i>Жутко громко, запредельно близко</i> (реж. Стивен Долдри, 2011)	Шизоидный характер, акцентуация, психопатия; сила и слабость замкнуто-углубленных людей; детско-родительские взаимоотношения в семье с особым ребенком
<i>Кошмар перед Рождеством</i> (реж. Генри Селик, 1993), <i>Сильвия</i> (реж. Кристин Джэффс, 2003)	Мозаичный, шизофренический (шизотипический) характер, творчество людей данного склада
<i>Виноваты звезды</i> (реж. Джош Бун, 2014), <i>Я, Эрл и умирающая девушка</i> (реж. Альфонсо Гомез-Рейон, 2015), <i>Невидимая</i> (реж. Кристиан Швохов, 2011)	Детско-родительские взаимоотношения в семье с ребенком с тяжелым психическим или физическим недугом; психогении и соматогении

Обращаясь к Терапии творческим самовыражением (ТТС) Бурно М.Е., напомним, что в основе данного отечественного клинического психотерапевтического ме-

тогда [1] лежит изучение человеческой характерологии, элементов клинической психиатрии, психотерапии, естествознания в процессе творчества. Кинофильмы, а в случае работы с детьми и подростками также и анимационные фильмы, представляют богатейший иллюстративный материал для изучения под руководством психолога/психотерапевта своих сильных и слабых черт, особенностей реагирования в сложной, стрессовой ситуации, возможностей обретения своего индивидуально-личностного творческого жизненного стиля и творческого пути, профессионального самоопределения [3]. С другой стороны, нахождение душевно созвучных творцов-режиссеров, сценаристов, киноактеров наряду с другими методиками ТТС может способствовать в самом широком понимании «встрече с самим собой» [1]. Главным психотерапевтическим механизмом в данном подходе рассматривается, в первую очередь, эмоционально-стрессовое воздействие. Имеется в виду развитие Рожновым В.Е. [5] теории стресса Ганса Селье в той ее части, которая касается т. н. благоприятного стресса (эустресса), благотворно влияющего на общую нейрогуморальную регуляцию организма. Именно такой стресс по праву назывался Г. Селье «вкусом и ароматом жизни». В рамках метода ТТС с учетом особенностей и задач подросткового переходного периода была создана онтогенетически ориентированная программа [3, 4] для работы с подростками в психиатрическом стационаре. В этой программе предусмотрена работа с кинофильмами и анимационными фильмами в разделах «Характерология» и «Стресс, сложные жизненные ситуации. Способы совладания».

В нарративном подходе Майкла Уайта, Дэвида Эпстона обращение к кинообразам дает возможность работы с Метафорой нарратива (историей), позволяя подростку через призму кинообразов по-новому взглянуть на свою жизнь, найти уникальные эпизоды и выстроить с их помощью предпочитаемую историю жизни [7]. Просматривая тот или иной фильм, ребенок вместе с семьей становится внешним свидетелем для киногероя, отвечая себе самому на вопросы: «Почему лично меня привлекли эти слова или чувства главного героя? Как это связано с моим личным опытом? Как теперь я смотрю на свою жизнь, узнав эту историю?» Так же герой фильма может стать членом жизненного клуба подростка, тем, кто не был бы удивлен, что ему свойственны те или иные личностные качества, тем, кто смог бы поддержать в трудной жизненной ситуации, а также дал, например, во время просмотра фильма новые силы и знания. Кроме того, фильм может сделать для человека более прозрачными «отсутствующие, но подразумеваемые» ценности, истинные стремления и мотивы, стоящие за поступками человека. Так же в своих киноразборах авторы стремятся использовать приемы экстернализации (отделение проблемы от человека) и по возможности деконструирующий язык, чтобы снизить натиск стигмы, столь свойственный клинической психологии и психиатрии.

В детско-подростковом возрасте обращение к киноискусству возможно рассматривать с традиционных для отечественной психиатрии и психотерапии позиций психического онтогенеза/дизонтогенеза. В данном контексте **направляемое психологом, психотерапевтом сотворчество** при общении с кинообразами может способствовать у подростков, наряду с другими формами творчества [4],

а) повышению самосознания - через нахождение киногероев сходного характерологического склада;

б) сублимации агрессивной экспансивности пубертатного возраста - через формирование новых адаптивных поведенческих паттернов, включающих сильную помощь в семье, разнообразное творчество, спорт, приобщение к культурной эволюции человечества посредством сосредоточения и подражания кинообразам со сходными/желаемыми образцами поведения;

в) социально безопасной канализации обостренных возрастных реакций - с

изучением особенностей подросткового этапа, используя обращение к универсальным подростковым темам, отображенным в кинообразах, таким как первая влюбленность, предательство, эмоциональная нестабильность, подростковая дефензивность, склонность к философствованию, поиск своего «Я» и смысла жизни др.;

г) помощи подростку в прохождении инициации в социально приемлемой форме через формирование социальных потребностей как альтернативе стихийной инициации, на примере киногероев;

д) созданию условий для приобщения к эталонам красоты, их восприятия и формирования чувства прекрасного через соприкосновение с гармоничными, красивыми и одухотворенными образами;

е) осознанию, изменению отношения, решению тех психологических проблем, которые связаны с изгойством, издевательствами, одиночеством, изоляцией, физическим и моральным насилием, нарушениями во взаимоотношениях в семье, включая частые ссоры и конфликты между родителями, чрезмерной школьной нагрузкой, негативным опытом во взаимодействии с одноклассниками (включая угрозы и насмешки), с учителями, школьной неуспешностью и т. д. – через обращение к кинообразам со сходными проблемами и обучение их адаптивному преодолению.

Напомним, что арт-терапевтические механизмы, выделяемые А.И. Копытиным для экспрессивной и импрессионной изобразительной деятельности [2], весьма разнообразны. Говоря же о рецептивном творчестве или сотворчестве в рамках обращения к киноискусству, на наш взгляд, мы можем опираться на большинство из них, в частности, на катарсический механизм, добиваясь фокусировки на определенном материале, активируя клиента/пациента, а также используя богатейшие возможности смыслообразования (сотворчество с киногероем в решении экзистенциальных проблем, в том числе поиск смысла жизни в подростковом периоде), деконструкции (например, социального стереотипа) и объективации (например, собственной проблемы или переживания) через кинообразы. Дополнительные задания, которые возможно давать ребенку/подростку после просмотра кинофильма, например, изображение и описание личной истории, чем-либо напоминающей сюжет фильма, вызывающей схожие переживания и эмоции, из которой удалось выйти победителем, или о которой вспомнилось при просмотре фильма и др., позволяют задействовать механизмы стимуляции и фокусировки.

За время существования интернет-проекта и практического опыта применения кинообразов в психологическом консультировании и психотерапии авторам удалось выделить ряд особенностей и возможностей, которые заложены в киноискусстве:

1) Сочетание вербального и невербального информационных каналов позволяет широко применять кинообразы при работе с людьми с выраженной алекситимией, особенно с детьми и подростками. Ценность мультимодального воздействия обеспечивается в фильме не только диалогами и актерской игрой, но и операторской работой, подбором мест, ракурсов, использованием спецэффектов, музыкальным сопровождением, что в свою очередь предполагает не только осознанное восприятие киноматериала через абстрактно-логическое мышление, но и обращение к более ранним **правополушарным функциям** посредством восприятия цветовой гаммы, игры света-тени, погружения в образы и звуки природных ландшафтов, саундтреков.

2) Возможность **дифференцированного выбора** кинофильма или мультфильма согласно возрасту, интеллектуальному развитию, психологической проблеме, индивидуальному запросу, предполагаемому времени психотерапевтической работы.

3) Обращение к кинофильмам и мультфильмам в психотерапии подростков **облегчает установление психотерапевтического контакта**, т. к. при обсуждении киногероев, с одной стороны, психотерапевт имеет возможность проявить

свои человеческие пристрастия, симпатии и антипатии, сокращая дистанцию с подростком, с другой, обеспечивается безопасная дистанция для начала разговора о своих собственных проблемах через обсуждение материала фильма.

4) При работе с **клиентами/пациентами с ограниченными возможностями здоровья** (в силу невысокой доступности в нашей стране музейно-выставочной и кинобазы для людей с ограниченными возможностями передвижения) направленная работа с образами киноискусства становится одной из приемлемых альтернатив.

5) Органичная культурологическая встроенность данной формы искусства в повседневную жизнь детей, подростков, т. н. поколений «цифровой эры».

6) Доступность киношедевров вне зависимости от места проживания (при возможных ограничениях, например, посещения музеев, картинных галерей, театров и кинотеатров в небольших провинциальных местечках).

7) Учитывая информационную перегруженность и интенсивность образа жизни современного человека, мы понимаем, что многие дети/подростки не могут и/или не хотят провести несколько дней за прочтением того или иного художественного произведения, в том числе в силу несформированности «читательской культуры», в то время как фильм в сжатый временной период (1,5-2 часа) дает возможность перенестись в любую реальность, созданную режиссером.

8) Возможность соблюдения этических норм и работы в рамках закона об авторских правах реализуется через домашний просмотр фильмов в качестве определенного домашнего задания.

ЛИТЕРАТУРА

1.Бурно М.Е. О существе Терапии творческим самовыражением // Практическое руководство по Терапии творческим самовыражением / Под ред. М.Е. Бурно, Е.А. Добролюбовой. – М.: Академический Проект, ОППЛ, 2003. – 880 с.

2.Копытин А.И. Современная клиническая арт-терапия. - М.: Когито-Центр, 2015. - 526 с.

3.Левковская О.Б. Онтогенетически ориентированная программа по Терапии творческим самовыражением Бурно М.Е. (ТТСБ), подготовленная для работы врача-психотерапевта в условиях профильных детско-подростковых психиатрических отделений // Психотерапия. – 2015. – Т. 153, № 9. – С. 27-37.

4.Левковская О.Б., Шевченко Ю.С. Теоретико-методологическое обоснование применения Терапии творческим самовыражением Бурно М.Е. для подростков с психическими нарушениями // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2015. – Т. 22, № 9. – С.152–159.

5.Рожнов В.Е. Руководство по психотерапии. 3-е изд. доп. и перераб. - М. : Медицина, 1985. – 720 с.

6.Самохвалов В.П., Кузнецов В.Е. Психиатрия и искусство / С.Т. Агарков, И.А. Зайцева-Пушкаш, В.Е. Кузнецов, В.П. Самохвалов, О.Е. Самохвалова, А.В. Старовойтов, О.В. Хренников, А.А. Шевченко; Под ред. В.П. Самохвалова, В.Е. Кузнецова. – М.: Видар-М, 2015. – 376 с.

7.Уайт М., Карты нарративной практики: Введение в нарративную терапию. Пер. с англ. - М.: Генезис, 2010. - 326 с.

8.Шевченко Ю.С., Крепица А.В. Биологические предпосылки искусства как основы арт-терапии и арт-педагогике // Мамцева В.Н. Детская и подростковая психиатрия / под ред. Ю.С. Шевченко. – Учебное пособие. – М.: Медицина, 2003. – С. 400-413.

1.Burno M.E. O sushhestve Terapii tvorcheskim samovyrazheniem // Prakticheskoe rukovodstvo po Terapii tvorcheskim samovyrazheniem / Pod red. M.E. Burno,

E.A. Dobroljubovoj. – M.: Akademicheskij Proekt, OPPL, 2003. – 880 s.

2.Kopytin A.I. Sovremennaja klinicheskaja art-terapija. - M.: Kogito-Centr, 2015. - 526 s.

3.Levkovskaja O.B. Ontogeneticheski orientirovannaja programma po Terapii tvorcheskim samovyrazheniem Burno M.E. (TTSB), podgotovlen-naja dlja raboty vracha-psihoterapevta v uslovijah profil'nyh detsko-podrostkovyh psihiatricheskikh otdelenij // Psihoterapija. – 2015. – T. 153, № 9. – S. 27-37.

4.Levkovskaja O.B., Shevchenko Ju.S. Teoretiko-metodologicheskoe obosnovanie primeneniya Terapii tvorcheskim samovyrazheniem Burno M.E. dlja podrostkov s psichicheskimi narushenijami // Psihiatrija, psihoterapija i klinicheskaja psihologija. – 2015. – T. 22, № 9. – S.152–159.

5.Rozhnov V.E. Rukovodstvo po psihoterapii. 3-e izd. dop. i pererab. - M. : Medicina, 1985. – 720 s.

6.Samohvalov V.P., Kuznecov V.E. Psihiatrija i iskusstvo / S.T. Agarkov, I.A. Zajceva-Pushkash, V.E. Kuznecov, V.P. Samohvalov, O.E. Samohvalova, A.V. Starovojtov, O.V. Hrennikov, A.A. Shevchenko; Pod red. V.P. Samohvalova, V.E. Kuznecova. – M.: Vidar-M, 2015. – 376 s.

7.Uajt M., Karty narrativnoj praktiki: Vvedenie v narrativnuju terapiju. Per. s angl. - M.: Genezis, 2010. - 326 s.

8.Shevchenko Ju.S., Krepica A.V. Biologicheskie predposylki iskusstva kak osnovy art-terapii i art-pedagogiki // Mamceva V.N. Detskaja i podrostkovaja psihiatrija / pod red. Ju.S. Shevchenko. – Uchebnoe posobie. – M.: Medicina, 2003. – S. 400-413.

9.Hesley J.W., Hesley J.G. (2001) Rent two films and let's talk in the morning: using popular movies in psychotherapy. – 2nd ed., New York: John Wiley & Sons, Inc

10.Menninger W. (1937) "Bibliotherapy" // *The Menninger Clinic Bulletin*, vol. 1, no 8, pp 263-274.

11.Solomon G. (2001) Reel therapy: how movies inspire you to overcome life's problems. New York: Lebhar-Friedman Books.

12.Solomon G. (1995) The motion picture prescription: watch this movie and call me in the morning. - 1st ed., Santa Rosa, CA: Aslan Publishing.

13.Wolz B. (2005) E-motion Picture Magic: A Movie Lover's Guide to Healing and Transformation. Centennial, Colorado: Glenbridge Publishing Ltd.

O.B. Levkovskaya^{1,2}, A.O. Parlashkevich³

**PSYCHOTHERAPEUTIC AND EDUCATIONAL POTENTIAL
OF A CINEMATOGRAPHY**

(THE EXAMPLE OF INTERNET PROJECT PSYNEMA.RU)

¹GBUZ "Scientific and Practical Center of Mental health for children and adolescents named after G.E. Sukhareva (Moscow City Department of Health)",

²Russian Medical Academy of Postgraduate Education, the Ministry of Health of the Russian Federation, ³GBU «Center for Promotion of Family Education «Yughnyy» (Moscow City Department of Labor and Social Protection of Population) (Moscow).

Summary. In the article the methodological explanation, objectives, and opportunities for the use of cinematic art as a part of the author's Internet project, are provided. Also in the article you can find some recommendations for the use of films and cartoons in psychocorrectional, educational and psychotherapeutic purposes. It is considered the most significant advantages of the tools to work with children and adolescents with mental disorders and their families.

Keywords: motion pictures, movies, psychoeducation, children and adolescent's psychotherapy, Internet project.

**ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ПЕЧАТНЫХ РАБОТ,
присылаемых для публикации в журнале «Вопросы психического здоровья
детей и подростков (Научно-практический журнал психиатрии, психоло-
гии, 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, 3 см слева, 1,5 см справа.**
3. **Графики, рисунки, диаграммы изображаются в черно-белом формате, ДОСТУПНОМ ДЛЯ РЕДАКТИРОВАНИЯ.**
4. Объем работы: **авторские статьи – до 14 стр., краткие сообщения – до 7 стр.;** архивные материалы, обзоры литературы, методические материалы, лекции 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. Ссылки на литературные источники в тексте даются цифрами (соответственно пристатейному списку) в квадратных скобках.
9. Список литературы оформляется **В АЛФАВИТНОМ ПОРЯДКЕ** 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 01.03.2017 г.
Формат 69/90 1/16. Бумага офсетная № 2.
Печать цифровая. Тираж 500 экз.
Заказ №

Отпечатано в типографии «OneBook»
ООО «Сам Полиграфист»
129090, г. Москва, Протопоповский пер., д. 6.
www.onebook.ru