

ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

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

ISSN 2305-9133

2017 (17), №2

**«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

Р.В. Дейч, С.А. Малиночка ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ХОББИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО КРУГА (СРАВНИТЕЛЬНО-ВОЗРАСТНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ).....	4
И.А. Саркисова, О.С. Грачева МОДЕЛИ ФОРМИРОВАНИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ (АНАЛИЗ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ЭКСПЕРТИЗ).....	14
С.Б. Бабарахимова СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА У ПОДРОСТКОВ...	23
Т.Г. Горячева, М.С. Мисоченко НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ СТАНОВЛЕНИЯ ВЫСШИХ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ГИПОКСИЕЙ И АСФИКСИЕЙ В АНАМНЕЗЕ.....	29
Е.В. Свистунова, М.С. Серавкина ИЗУЧЕНИЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О СЕБЕ И СВОЕМ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.....	34
В.С. Собкин, Ю.А. Халутина ОСОБЕННОСТИ ЖИЗНЕННОЙ ПОЗИЦИИ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.....	43
А.Н. Махнин, Т.Ю. Скибо О ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КРИТЕРИЕВ ИДЕНТИЧНОСТИ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ.....	50

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

Л.Ф. Кремнева, Г.В. Козловская, М.А. Калинина, Н.И. Голубева, Т.А. Крылатова МАЛЫЕ ДОЗЫ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В ЛЕЧЕНИИ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ.....	57
М.Ю. Городнова ПСИХОТЕРАПИЯ СЕМЬИ РЕБЕНКА С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ.....	67
Н.Г. Туровская АНАЛИЗ СЛУЧАЯ ПСИХОКОРРЕКЦИОННОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА С НАРУШЕНИЕМ ПОВЕДЕНИЯ ЦЕРЕБРАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА.....	75
Б.А. Дашиева, И.Е. Куприянова ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И ЭТНОФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ АСПЕКТ РЕАБИЛИТАЦИИ У ПОДРОСТКОВ-ИНВАЛИДОВ РУССКОЙ И БУРЯТСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТЕЙ.....	82
А.А. Крысько ФОРМИРОВАНИЕ ОСНОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ГОТОВНОСТИ К РОДИТЕЛЬСТВУ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ КАК ЭЛЕМЕНТ ПРОФИЛАКТИКИ РИСКОВАННОГО СЕКСУАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ.....	91

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ, ЛЕКЦИИ, МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

И.В. Кравченко, И.В. Макаров ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ФАНТАЗИРОВАНИЕ (АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР) (окончание).....	96
Е.О. Смирнова ВОЗРАСТНЫЕ И ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОТНОШЕНИЯ ДОШКОЛЬНИКОВ К СВЕРСТНИКАМ (ЛЕКЦИЯ).....	107
Л.И. Старовойтова СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ КАК УСЛОВИЕ УСПЕШНОСТИ ПОДГОТОВКИ СЕМЕЙ К ВОСПИТАНИЮ ДЕТЕЙ-СИРОТ.....	117

ОФИЦИАЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, РЕЦЕНЗИИ, ИНФОРМАЦИЯ

ЮРИЙ СТЕПАНОВИЧ ШЕВЧЕНКО (ЮБИЛЕЙ).....	125
ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ПЕЧАТНЫХ РАБОТ.....	127

CONTENTS

PSYCHIATRY, PSYCHOLOGY, PSYCHOTHERAPY, SOCIAL PEDAGOGICS AND ALLIED DIRECTIONS

R.V. Deych, S.A. Malinochka PATHOLOGIC HOBBIES IN SCHIZOPHRENIC PATIENTS (AGE-DEPENDENCE CLINICAL ASPECTS).....	4
I.A. Sarkisova, O.S. Gracheva MODELS OF FORMATION OF SUICIDAL BEHAVIOR OF ADOLESCENTS (FORENSIC PSYCHIATRIC EXAMINATION ANALYSIS).....	14
S.B. Babarahimova SUICIDAL BEHAVIOR OF DEPRESSIVE SPECTRUM IN ADOLESCENTS.....	23
T.G. Goryacheva, M.S. Misochenko NEUROPSYCHOLOGICAL ASPECT OF THE DEVELOPMENT OF MENTAL FUNCTIONS OF PRESCHOOLERS WITH PERINATAL HYPOXIA AND BIRTH ASPHYXIA IN ANAMNESIS.....	29
E.V. Svistunova, M.S. Seravkina THE SIGNIFICANCE OF SYMBOLIC MEDIATION FOR THE STUDY ON CHILDREN WITH ALLERGIC DISEASES.....	34
V.S. Sobkin, J.A. Khalutina PARENTS OF SENIOR PRESCHOOL AGED CHILDREN: LIVING POSITION PECULIARITY.....	43
A.N. Makhinin, T.Y. Skibo ABOUT THE POSSIBILITY OF USE OF CRITERIA IDENTITY WHEN STUDYING MENTAL HEALTH OF CHILDREN.....	50

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

L.F. Kremneva, G.V. Kozlovskaya, M.A. Kalinina, N.I. Golubeva, T.A. Krylatova MINI-DOSES OF MEDICAMENTS IN DRUG THERAPY OF CHILDHOOD MENTAL DISEASES.....	57
M.Yu. Gorodnova PSYCHOTHERAPY OF THE FAMILY WITH A DISABLED CHILD.....	67
N.G. Turovskaya ANALYSIS OF CASE OF PSYCHOCORRECTIONAL ACCOMPANIMENT OF THE CHILD WITH DISORDERS OF BEHAVIOR CAUSED BY CEREBRAL ORGANIC PATHOLOGY.....	75
B.A. Dashieva, I.E. Kupriyanova MENTAL DISORDERS IN ADOLESCENTS OF RUSSIAN AND BURYAT NATIONALITIES AND ETHNO-FUNCTIONAL ASPECT OF THEIR REHABILITATION.....	82
A.A. Krysko FEATURES OF THE FORMATION OF PSYCHOLOGICAL READINESS FOR MOTHERHOOD FOR FEMALE TEENAGERS AN EXAMPLE TWO TYPES OF GROUPS: HOMOGENEOUS AND MIXED.....	91

LITERATURE REVIEWS, LECTURES, METHODOLOGICAL MATERIALS

I.V. Kravchenko, Igor V. Makarov PATHOLOGICAL FANTASIZING: ANALYTICAL REVIEW (final part).....	96
E.O. Smirnova AGE AND INDIVIDUAL PECULIARITIES OF THE PRESCHOOLS RELATIONSHIP TO THE PEERS (LECTURE).....	107
L.I. Starovoytova SOCIAL AND PEDAGOGICAL MAINTENANCE AS CONDITION OF SUCCESS OF PREPARATION OF FAMILIES FOR EDUCATION OF ORPHAN CHILDREN.....	117

OFFICIAL MATERIALS, CRITIQUES, INFORMATION

Anniversary YURY STEPANOVICH SHEVCHENKO.....	125
THE RULES FOR SCIENTIFIC WRITINGS	127

Р.В. Дейч, С.А. Малиночка

ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ХОББИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО КРУГА (СРАВНИТЕЛЬНО-ВОЗРАСТНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ)
ФГБОУ ВО «Российский Национальный Исследовательский Медицинский Университет имени Н.И. Пирогова», ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков имени Г.Е. Сухаревой» (Москва).

Резюме В статье приведены результаты клинико-статистического сравнения патологических хобби детско-подростковой (43 наблюдения) и зрелой (82 наблюдения) групп пациентов шизофренического круга. Детско-подростковые хобби являлись социально дизадаптирующими, аутохтонными образованиями, доминирующей, сверхценной или сверхценно-бредовой структуры, склонными к прогрессирующей или стационарной динамике. Обсессивно-компульсивные, сверхценные или паранойяльные зрелые хобби дебютировали в более тесной связи с психосоциальными влияниями, отличались склонностью к стационарной и регрессирующей динамике и неоднозначным, двойственным социальным влиянием.

Ключевые слова: патологические увлечения, болезненные интересы, шизофрения, возрастные особенности

Введение. На фоне широкого изучения обычных интересов у здоровых людей, аномальные увлечения по-прежнему относятся к одной из мало освещенных областей психиатрии. Значительные трудности возникают как при попытке их клинической градации, так и в ходе дальнейшей рубрификации, анализа динамики и коморбидных связей. Предпочтительность данного феномена именно для детско-подросткового возраста нашла отражение в исследованиях большинства авторов [1,3, 5-7, 9], в то время как зрелые патологические интересы представлены единичными работами [2, 4, 8, 10].

Материалы и методы. С целью изучения сравнительно-возрастных клинических характеристик болезненных увлечений у больных шизофренического спектра проведено два независимых исследования. На базе ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков» Департамента здравоохранения г. Москвы проведено изучение вариантов патологических интересов в детстве и отрочестве у 43 больных в возрасте от 4 до 16 лет, находившихся на стационарном лечении в 2005-2010 гг. В рамках второй работы обследованы 82 взрослых больных от 18 до 65 лет, находившихся на стационарном лечении в Психиатрической клинической больнице № 1 им. Н.А. Алексеева г. Москвы в период с 2002 по 2007 гг. Для разработки критериев патологичности хобби были в том числе использованы признаки аномальных интересов [6, 7]

В клинической картине всех больных ведущее или существенное место занимали патологические увлечения. Исключались пациенты с сопутствующими основному заболеванию алкоголизмом, наркоманией, выраженной соматической или неврологической патологией. Ведущим методом исследования являлся клинико-психопатологический. Кроме того, применялись анамнестический, катамнестический, экспериментально-психологический и клинико-статистический методы. В обоих исследованиях преобладали лица мужского пола (58,5% взрослых па-

циентов и 65,1% детей и подростков). Дебют болезненных хобби у детей приходился на возраст от 3 до 13 лет (в среднем- $11,8 \pm$ года). Во взрослой группе также выявлено предпочтительное возникновение аномальных увлечений в подростково-юношеском и молодом возрасте (средний возраст их начала 18 ± 12 лет с диапазоном от 5 до 61 года). Длительность течения болезненных хобби у детей и подростков была от 4 месяцев до 11 лет (среднее значение $3,4 \pm 2,7$ лет). Продолжительность аномальных интересов взрослых в среднем была 20 ± 13 лет (в интервале от 1 года до 54 лет). В соответствие с диагностическими рубриками МКБ-10 в детской группе преобладали больные с шизотипическими расстройствами (44,2% и 23,2%, $p=0,024$), а во взрослой - с шизоаффективной патологией (51,2% и 25,6%, $p=0,008$). Одинаково часто диагностировалась параноидная шизофрения с мягким, непрерывным типом течения (30,2% и 25,6%, $p=1,0$). Сроки катamnестического наблюдения составили от 6 месяцев до 3 лет.

Результаты. В зависимости от сроков возникновения болезненных интересов можно было выделить следующие возрастные периоды: ранний возраст (1-3 года), дошкольный (5-7 лет), младший школьный (7-11 лет), подростковый (12-15 лет) и юношеско-зрелый (18-65 лет). Из группы взрослых пациентов только у 31 человека (38%) дебют болезненного хобби приходился на возраст старше 18 лет, однако клинический анализ аномального увлечения осуществлялся именно на текущий момент наблюдения, а не ретроспективно, следовательно, данные увлечения имели все необходимые признаки зрелых хобби. Для возможности качественного и объективного статистического анализа полученных данных было проведено сравнение патологических интересов двух групп – детско-подростковой и зрелой.

Признаки патологичности исследуемых увлечений разработаны по мере накопления материала с учетом как анализа их клинических особенностей, так и сопоставления с нормальными, здоровыми интересами. У детей к облигатным патологическим признакам были отнесены: 1) напряженность и устойчивость интересов в виде своеобразной, длительной «охваченности» своим увлечением, 2) сочетание с другими психическими расстройствами, 3) нарушение социальной адаптации. Факультативными признаками являлись: 1) низкая продуктивность, 2) односторонность содержания, 3) ослабление или утрата остальных интересов.

Так, больной 13 лет, с шизотипическим личностным расстройством и патологическим увлечением транспортными средствами, практически ежедневно в течение полутора лет совершал бесцельные поездки на рейсовых автобусах, троллейбусах, трамваях. Также собирал и накапливал большое количество разнообразной литературы, посвященной транспортным средствам. Постепенно утратил все остальные интересы и увлечения. В семье начались постоянные конфликты с родителями, пытающимися воспрепятствовать длительным уходом больного из дома. В результате многочисленных прогулов и отказов от занятий резко снизилась успеваемость в школе.

У взрослых больных главным и единственным строго облигатным признаком патологичности хобби была возможность их психопатологической квалификации, а все остальные носили факультативный характер (ведущее положение в сознании и деятельности, чрезмерная эмоциональная насыщенность, стойкость интересов; недостаточность критики с ограниченной возможностью коррекции; необычность, нетрадиционность, вычурность увлечений и способов их реализации; несоответствие хобби предшествующему жизненному опыту; низкая, узко направленная продуктивность интересов; тесные коморбидные связи с другими психическими расстройствами; хронологическое совпадение начала патологических хобби с дебю-

том расстройств шизофренического спектра; склонность к прогрессирующей динамике (усиление, расширение увлечений с появлением новых хобби, их сменой, видоизменение клинической структуры в виде трансформации сверхценных образований в паранойяльные); отчетливое социально-дизадаптирующее влияние.

В одном случае, у больной с детства наблюдался разнообразный круг творческих интересов: музыка, танцы, театральная студия. На фоне постоянных конфликтов с мужем неожиданно для окружающих заинтересовалась нетрадиционной медициной (фитотерапия, дыхание по Бутейко). Активно занималась танцами, поддерживала физически спортивную форму. На фоне периодических гипоманиакальных состояний начинала все изучать хаотично, без системы. Перешла на философскую, психологическую литературу, «отдавая предпочтение совершенствованию духа, нежели тела». Заинтересовалась оккультными науками, начала посещать экстрасенсорные курсы. Через 4 года «интенсивных занятий» почти все свободное время стала тратить на медитации, прогуливала работу, забросила уход за ребенком, хозяйство.

Оценка условий, сопутствующих формированию болезненных хобби у детей и взрослых, позволила выделить биологические (наследственная отягощенность по психическому заболеванию, фоновая резидуально-органическая патология, соматическая ослабленность), характерологические (дисгармонии формирования и патологические черты зрелой личности) и психосоциальные, средовые факторы (провоцирующее влияние социального окружения больного, воздействие полученного образования или профессии и психические травмы).

Из биологических условий, способствующих возникновению аномальных интересов, у детей, существенно чаще было представлено наличие органически неполноценной «почвы» (соответственно 67,4% и 48,8%, $p=0,039$). Из характерологических факторов одинаково часто наблюдались шизоидные, неустойчивые и истероидные черты. Гипертимные, паранойяльные и смешанные патологические характеры отмечены только у взрослых больных с болезненными увлечениями, также у больных зрелого возраста существенно чаще отмечались эпилептоидные характерологические особенности.

Средовое воздействие на возникновение болезненных хобби родственников и социального окружения больного было сопоставимо для обеих групп (18,6% и 30,5%, $p=0,201$). У взрослых больных к психосоциальным условиям формирования также относились воздействие образования, профессии и полученные психотравмы. В детской практике более часто, чем во взрослой, начало патологических увлечений носило аутохтонный характер, вместе с тем их возникновению могло предшествовать стечение случайных, необычных обстоятельств (81,4% и 54,9%, $p=0,003$).

Так, больной с болезненным увлечением световыми приборами в возрасте 6 лет, во время прогулки по улице зимой увидел, как необычно выглядит свет уличных фонарей в метель, был буквально «поражен» этим зрелищем, застыл на месте, более часа зачарованно смотрел на фонари, не давая себя увести. С тех пор стал проявлять повышенный интерес ко всему, что испускает свет – лампы, фонари, свечи и т.д.

Таким образом, у детей большая роль отводилась биологическим факторам, в то время как у взрослого контингента, в силу большей социальной активности, значительный вес в формировании аномальных хобби приобретали психосоциальные условия. Во взрослой практике были выделены 6 групп по содержанию (табл. 1).

Таблица 1.

Содержание патологических увлечений у взрослых больных шизофренией

Варианты по содержанию	Перечень болезненных увлечений (все указанные хобби отвечали признакам патологичности)	% (абс.)
I Художественное творчество	Сочинение стихов, сказок, прозы, афоризмов, батик, коллаж, резьба по дереву, скульптура, танцы, фотографирование, музыка, дизайнерская и актерская деятельность, режиссура	31,7 (26)
II Научно-интеллектуальные	Изучение различных наук (история, экономика, химия, геология), редких языков, необычных дисциплин (мифология, уфология, иридодиагностика), научные «изобретения»	21,9 (18)
III Собираательство, коллекционирование	Содержание множества бездомных животных, собирание старых книг, довоенных открыток, сломанной аппаратуры, авторских кукол, пузырьков из-под духов, экзотических цветов	13,4 (11)
IV Азартные	Покер, игровые автоматы, изготовление взрывчатых веществ с организацией взрывов, экстремальные виды спорта	9,8 (8)
V Спортивно-оздоровительные	Нетрадиционные системы оздоровления (дыхание по Бутейко, тибетская медицина, урино- и фитотерапия), культуризм, бодибилдинг, йога, медитации, экстрасенсорика, лечебные диеты	11,0 (9)
VI «духовное» развитие, самосовершенствование	Саморазвитие в форме систематического изучения философии, астрологии, религиозных течений, психологии, нумерологии, оккультизма, кабалистики, теории чакр	12,2 (10)

В зависимости от содержания болезненных увлечений в детско-подростковой группе было также выделено 6 вариантов: интеллектуально-познавательные, творческие, конструирование, азартные, анималистические и культовые. К интеллектуально-познавательным (23,3% наблюдений) относились хобби, направленные на самообразование, накопление информации в какой-либо узкой области знаний. Патологические хобби творческой направленности (23,3% наблюдений) включали в себя написание стихов и рассказов, киносценариев, рисование, лепку, изготовление поделок и т. п. Конструирование (37,2%) было связано с увлечением радиоэлектроникой, бытовой техникой, транспортом или отдельными техническими приспособлениями. К группе азартных (16,3%) отнесены увлечения, связанные с различными компьютерными и видеоиграми. К группе анималистических хобби (30,2%) отнесены увлечения животными и растениями. Культовые хобби (14,0%) были связаны с определенной подростковой субкультурой, культовой спортивной командой или популярным исполнителем. Отдельно хочется отметить, что в дошкольном возрасте имели место только творческие, интеллектуально-познавательные, анималистические хобби и конструирование. Азартные и культовые увлечения были типичны уже для подросткового периода.

Из вышесказанного видно, что только 2 группы детских и взрослых патоло-

гических интересов были сопоставимы по содержанию: научно-интеллектуальные (в детской практике им соответствовали интеллектуально-познавательные и конструирование) и творческие. Азартные хобби, несмотря на общность названия, значительно отличались по своему содержанию. В детско-подростковом возрасте поведение больных определялось стремлением проводить время за компьютерными и видеоиграми, в то время как взрослые азартные хобби были представлены, преимущественно, гэмблингом. Редкость коллекционирования и собирательства в детско-подростковой группе была, по-видимому, связана с материальными и социальными ограничениями. Имевшие место попытки накопления предметов, связанных с объектом увлечения, затруднялись ограниченностью возможности их поиска и неспособностью оплачивать дорогостоящие книги, спортивную атрибутику, украшения и т. д. При этом во взрослой группе анималистические интересы, внешне похожие на детские, имели характер минимальной идеаторной разработки на фоне значительной представленности компонента влечения к собирательству и были отнесены в группу коллекционирования. Также обращало на себя внимание практически полное отсутствие у детей и подростков аномальных интересов, связанных с оздоровлением и самосовершенствованием, и наоборот, широкая представленность культовых хобби, что, по-видимому, обусловлено личностной незрелостью. Имевшие место спортивно-оздоровительные интересы не выходили за рамки нормальных увлечений детского возраста и существовали наряду с патологическими хобби.

Клиническая градация болезненных хобби у детей и подростков проводилась в зависимости от степени выраженности трех облигатных компонентов в структуре аномальных интересов: болезненно усиленного влечения, аффективного и идеаторного. Выделены следующие клинические варианты: доминирующие (55,8% наблюдений), сверхценные (30,2%) и сверхценно-бредовые (14,0%) интересы. Доминирующие интересы характеризовало преобладание идеаторного и влеченческого компонентов, принципиальная возможность коррекции, относительная продуктивность, семейная дизадаптация при сохранении достаточно успешной учебной деятельности. Для сверхценных интересов было типичным преобладание идеаторной и аффективной составляющих. Им также были свойственны особая аффективная заряженность в сочетании с болезненным стремлением к соответствующему занятию, доминирование хобби в психической жизни, почти полный отказ от наиболее естественных в детском возрасте занятий (таких как общение со сверстниками, прогулки, просмотр телепередач, фильмов, игр), возможность частичной коррекции поведения, низкая продуктивность и значительная социальная (семейная и школьная) дизадаптация. Патологические хобби с наибольшей охваченностью, сопровождавшиеся нарушениями субпсихотического или психотического уровня и особенно выраженной дизадаптацией, составили самую малочисленную группу - сверхценно-бредовую. Для данной группы была типичной относительно равномерная выраженность всех компонентов патологического увлечения - аффективного, идеаторного и влеченческого. Кроме того им были свойственны следующие признаки: 1) возникновение на основе имевших место доминирующих, сверхценных хобби - разработка бредовой фабулы полностью или частично соответствовала характеру увлечения; 2) поведение больного полностью определялось фабулой сверхценно-бредового симптомокомплекса; 3) невозможность коррекции, переубеждения; 4) полная непродуктивность; 5) грубая социальная дизадаптация (включая необходимость регулярных госпитализаций, невозможность обучения).

Клинический анализ аномальных интересов взрослых пациентов также выявил неоднородность группы. В зависимости от психопатологической структуры аномальных хобби выделены 3 клинических варианта, расположенных по мере утяжеления регистра болезненных расстройств: обсессивно-компульсивный (22,0%), сверхценный (53,6%) и паранойяльный (24,4%).

Аномальные интересы обсессивно-компульсивного варианта тесно переплетались с расстройствами влечений. Несмотря на критическое отношение, понимание болезненного, навязчивого характера хобби, пациенты не могли преодолеть неудержимого, пароксизмального стремления. Ради *«резкого всплеска эмоций»* решались на необдуманные, порой опасные поступки (одни проигрывали крупные суммы денег, другие бросали все дела ради изготовления взрывного устройства с последующим взрывом). Больные со сверхценными хобби большую часть свободного времени посвящали удовлетворению хобби в ущерб отдыху, приему пищи и другим формам жизнедеятельности: изобретению *«нового жанра в искусстве»* в виде композиций из осколков пластмассовых изделий, *«восполнению пробелов в знаниях»*, увлеченному освоению в течение нескольких месяцев особенностей произношения отдельного звука из редкого языка и т. п. Эти аффективно насыщенные, тесно спаянные с личностью сверхценные интересы расценивались самими больными как позитивные, нужные, составляющие смысл их жизни, вследствие чего они с трудом поддавались коррекции извне и с трудом поддавались критическому осмыслению пациентами.

При паранойяльном варианте патологические увлечения формировались на основе паранойяльных идей. Граница постепенного перехода, замещения первоначальных сверхценных интересов аналогичными по содержанию паранойяльными симптомокомплексами была малозаметна. Со временем полностью исчезали критичность и оценка больными реальной значимости их увлечений. Хобби утрачивало «психологическую понятность», связь с особенностями личности, приобретая все более нелепый, оторванный от реальности характер. Охваченные изобретательскими идеями, пациенты нередко пытались стенично внедрять свои научные «открытия» (подставка для мусора, новый вид шифровальных кодов, теория звуковых волн, спиралеобразная схема течения исторического процесса).

Таким образом, в обоих исследованиях присутствовали сверхценные и сверхценно-бредовые интересы. У взрослого контингента более часто (53,6% и 30,2%, $p=0,023$) наблюдались классические сверхценные увлечения с их отчетливым зрым идеаторным компонентом. Сверхценно-бредовые хобби были сопоставимы по частоте встречаемости (14,0% и 24,4%, $p=0,246$).

Ниже, в схеме 1, прослежены особенности клинической структуры патологических увлечений в зависимости от возраста больного. Нередко подростковые интересы становились основой для последующей трансформации в более очерченные, взрослые формы аномальных увлечений преимущественно научно-интеллектуального содержания или «духовного» развития, самосовершенствования.

При комплексном ретроспективном анализе динамики детских и подростковых патологических увлечений оценивался как тип их течения (непрерывный и приступообразный), так и вариант прогрессивности (стационарный, прогрессивный, регрессивный). При непрерывном типе течения у детей выявлены однократные эпизоды патологических увлечений, а при приступообразном типе отмечены два или более эпизода болезненных хобби, варьирующих по длительности. В то же время подробный анализ закономерностей качественно-количественных преобразований болезненных увлечений взрослого контингента также позволил

выделить четыре основных варианта динамики: стационарный, волнообразный, прогредиентный и регредиентный.

Схема 1.

Возрастные особенности патологических увлечений

Возрастная группа	Клинические особенности	Формы реализации
Ранний возраст (3-4 года)	Преобладание компонента влечений, слабая выраженность аффективной и идеаторной составляющей	ПРИМИТИВНОСТЬ РЕАЛИЗАЦИИ (манипулирование предметами увлечения - картинками, фигурками, мелкими деталями, длительное их рассматривание, стремление находиться с ними рядом)
Дошкольный возраст (5-7 лет)	Преобладание аффективного и когнитивного компонента увлечений	УСЛОЖНЕНИЕ И РАЗНООБРАЗИЕ ФОРМ РЕАЛИЗАЦИИ (длительные сюжетные игры, рисование)
Младший школьный возраст (7-11 лет)	Преобладание аффективного и идеаторного компонента увлечений	ДАЛЬНЕЙШЕЕ УСЛОЖНЕНИЕ ФОРМ РЕАЛИЗАЦИИ (коллекционирование предметов, связанных с объектом увлечения, рисование, сюжетные игры)
Подростковый возраст (12-15 лет)	Существенная идеаторная разработка с относительно слабой выраженностью компонента влечений и аффективного	ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ РАЗНООБРАЗИЕ И СЛОЖНОСТЬ ФОРМ РЕАЛИЗАЦИИ (накопление и изучение специальной литературы – справочников, энциклопедий, склонность к упорному образному фантазированию на соответствующую тему)
Юношеский и зрелый возраст (18-65 лет)	Максимальная выраженность идеаторного, сверхценного компонентов	ОЧЕРЧЕННЫЕ, ВЗРОСЛЫЕ ФОРМЫ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ УВЛЕЧЕНИЙ (преимущественно научно-интеллектуального содержания или «духовного» развития, самосовершенствования)

Стационарному варианту была свойственна постоянная интенсивность аномальных увлечений. Волнообразная динамика характеризовалась периодической интенсификацией аномальных хобби по типу «клише», преимущественно в периоды ремиссий, реже – при обострениях. Прогредиентный вариант выражался в усилении, расширении патологических увлечений с присоединением новых, смене одного необычного хобби другим и (или) значительном клиническом преобразовании болезненных хобби (постепенная смена сверхценных интересов паранойальными, а иногда и включение в паранойальную структуру увлечения параноидных элементов). Регредиентный вариант проявлялся в постепенном уменьшении интенсивности аномальных увлечений, в первую очередь, на фоне нарастающих негативных изменений, реже - психогенно, на фоне постоянных конфликтов больного с его ближайшим окружением. Таким образом, одинаково часто в обоих исследованиях болезненные интересы не претерпевали каких-либо существенных изменений (53,5% и 43,9%, $p=0,264$). При этом в детской практике достоверно чаще наблюдалась прогредиентная (39,5% и 20,7%, $p=0,02$), а у взрослых – регреди-

ентная динамика (35,4% и 7,0%, $p=0,0001$). Полученные различия, возможно, связаны с более длительным периодом наблюдения у взрослых, их видоизменением на фоне многолетнего течения основного заболевания.

Комплексный клинико-статистический анализ позволил выявить разнообразие сочетаний болезненных увлечений с другими психопатологическими образованиями. В ряде наблюдений связь отсутствовала, патологические увлечения выступали автономным образованием, не связанным с другими расстройствами (коэффициент корреляции $r=0$). При наиболее поверхностном взаимодействии патологические увлечения, параллельно сосуществуя с другими психопатологическими феноменами, способствовали взаимному количественному усилению (слабая степень связи, $r \leq 0,25$). В случаях более активного взаимовлияния болезненные хобби временно становились одним из компонентов в клинической картине других патологических образований, отражая содержание друг друга (средняя степень связи, $0,25 < r < 0,75$). И, наконец, при наиболее глубоком взаимодействии аномальные интересы становились основой для построения другого психопатологического расстройства, полностью входили в его структуру, определяя тематику и направленность (сильная степень связи, $r \geq 0,75$). Соотношения оценивались как по частоте встречаемости, так и по силе, характеру связи.

В группе больных детского и подросткового возраста наиболее выраженные корреляционные взаимодействия (средней силы, $0,25 < r < 0,75$) аномальных хобби были отмечены с негативными эмоционально-волевыми изменениями (97,7%), психическим инфантилизмом (44,2%), психопатоподобными расстройствами личности и поведения (41,9% наблюдений). Более редкой и маловыраженной (слабая связь $r \leq 0,25$) была связь патологических интересов с расстройствами инстинктивной деятельности (агрессивно-садистические, психосексуальные отклонения и расстройства пищевого поведения), депрессивными синдромами, бредоподобным фантазированием, сверхценным бредообразованием, рудиментарными галлюцинаторно-бредовыми и микрокататоническими включениями и неврозоподобными расстройствами.

Комплексный анализ коморбидных связей клинической картины больных зрелого возраста также выявил различные варианты сочетания аномальных увлечений с другими психопатологическими образованиями. Аналогично исследованию у детей, наиболее характерная и глубокая корреляционная связь патологических хобби у взрослых установлена с психическим инфантилизмом, психопатоподобными и негативными расстройствами (коэффициент корреляции $r \geq 0,75$). Более поверхностными являлись их взаимоотношения с аффективными (преимущественно маниакальными) состояниями, бредоподобным фантазированием, сверхценными образованиями другого содержания (идеи обогащения, оздоровления в рамках «ипохондриии здоровья», ущерба, изобретательства) ($0,25 < r < 0,75$).

В детской практике достоверно чаще отмечались корреляционные связи с неврозоподобными расстройствами ($p=0,039$), микрокататоническими включениями ($p=0,001$) и негативными симптомами ($p=0,0002$), в то время как для взрослых больных более типичны коморбидные связи с маниакальными ($p=0,0001$), поведенческими расстройствами ($p=0,003$), инфантилизмом ($p=0,0008$), бредоподобным фантазированием ($p=0,004$) и сверхценными идеями ($p=0,002$).

Сравнение влияния аномальных хобби на социальное функционирование больных не входило в задачи данной статьи. Можем лишь отметить, что в большинстве наблюдений детско-подростковые болезненные хобби оказывали декомпенсирующее влияние (95,3%), в то время как влияние болезненных хобби взрос-

лых могло быть нейтральным, двойственным (частично адаптирующим, частично дизадаптирующим) и даже компенсирующим. Но хотя бы в одной из сфер социального функционирования патологические увлечения всегда играли отчетливую декомпенсирующую роль.

Таким образом, детско-подростковые хобби являлись устойчивыми, длительными, тесно спаянными с другими психическими расстройствами, социально дизадаптирующими аутохтонными образованиями, при этом их содержание, помимо общих со взрослыми «творческих» и «научно-интеллектуальных» интересов, было представлено культовыми, анималистическими хобби и увлечением компьютерными играми, а помимо сходных со взрослыми большими сверхценным и сверхценно-бредовым вариантами, они были представлены доминирующими интересами. Кроме того, детско-подростковые увлечения обнаружили склонность к прогрессирующей или стационарной динамике и более тесным коморбидным связям с невротоподобными расстройствами, микрокататоническими включениями и негативными изменениями личности. В то же время «зрелые» хобби являлись психопатологически квалифицируемыми образованиями (обсессивно-компульсивного, сверхценного или паранойяльного уровня), часто дебютирующими в тесной связи с психосоциальными влияниями (помимо биологических и характерологических факторов), и по содержанию отличались наличием гэмблинга, коллекционирования, самосовершенствования и спортивно-оздоровительными интересами, склонными к стационарной и регрессирующей динамике и тесным корреляционным связям с маниакальными, поведенческими расстройствами, инфантилизмом, сверхценными идеями другого содержания и бредоподобным фантазированием, оказывающими неоднозначное социальное влияние.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вроно М.Ш. Шизофрения у детей и подростков (особенности клиники и течения). М.: Медицина; 1971: 59–60.
2. Голик А.Н. Психопатологические особенности сверхценных влечений и их значение для прогноза течения шизофрении, начавшейся в подростково-юношеском возрасте // Журн. невропатол. и психиатр. 1991; 91(8):39–42.
3. Гурьева В.А., Гиндикин В.Я. Раннее распознавание шизофрении. М.: «Высшая школа психологии»; 2002.)
4. Зайцев В.В. Патологическая склонность к азартным играм - новая проблема российской психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. 2000;10(3):52–58.
5. Клиническая и судебная подростковая психиатрия / Под ред. В.А. Гурьевой. М.: Генезис; 2001.
6. Ковалев В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. М.: Медицина; 1985.
7. Личко А.Е. Типы акцентуаций характера и психопатий у подростков. М.: ООО АПРЕЛЬ-Пресс, ЭКСМО-Пресс; 1999: 52–57, 299.
8. Мелехов Д.Е. Клинические основы прогноза трудоспособности при шизофрении. М.: Медицина; 1963.

1. Vrono M.Sh. Shizofrenija u detej i podrostopkov (osobennosti kliniki i techenija). M.: Medicina; 1971: 59–60.

2. Golik A.N. Psihopatologicheskie osobennosti sverhcnennyh vleche-nij i ih zna-chenie dlja prognoza techenie shizofrenii, nachavshejsja v podrostopkovo-junosheskom vozraste // Zhurn. nevropatol. i psihiatr. 1991; 91(8):39–42.

3. Gur'eva V.A., Gindikin V.Ja. Rannee raspoznavanie shizofrenii. M.: «Vysshaja shkola psihologii»; 2002.)
4. Zajcev V.V. Patologicheskaja sklonnost' k azartnym igram - novaja problema rossijskoj psihiatrii // Social'naja i klinicheskaja psihiatrija. 2000;10(3):52–58.
5. Klinicheskaja i sudebnaja podrostkovaja psihiatrija / Pod red. V.A. Gur'evoj. M.: Genezis; 2001.
6. Kovalev V.V. Semiotika i diagnostika psihicheskikh zabolevanij u detej i podrostkov. M.: Medicina; 1985.
7. Lichko A.E. Tipy akcentuacij haraktera i psihopatij u podrostkov. M.: OOO APREL"-Press, JeKSMO-Press; 1999: 52–57, 299.
8. Melehov D.E. Klinicheskie osnovy prognoza trudosposobnosti pri shizofrenii. M.: Medicina; 1963.
9. Loddenkemper H. Creative works of the mentally ill as a problem for art (author's transl). Die Rehabilitation (Stuttg). 1979; Feb., 18(1): 35–40.
10. Moller P., Husby R. The initial prodrome in schizophrenia: searching for naturalistic core dimensions of experience and behavior. Schizophr. Bull. 2000; 26 (1): 217–232. doi:10.1093/a033442.

R.V. Deych, S.A. Malinochka

PATHOLOGIC HOBBIES IN SCHIZOPHRENIC PATIENTS (AGE-DEPENDENCE CLINICAL ASPECTS)

Pirogov Russian National Research Medical University (RNRMU), Scientific and Practical Centre for Child and Adolescent Mental Health (Moscow).

Summary. The article describes the results of clinical-statistical comparative investigation of children and adolescents (43 observations) and mature (82 cases) schizophrenic patients with pathological hobbies. Children and teenagers hobby are socially maladaptive, autochthonous formations, with predominate overvalued or overvalued-delusional structure, prone to progressive or stable dynamics. Mature patients have obsessive-compulsive, overvalued or paranoid hobby, which was close related to psychosocial influences and prone to the stable and regressing dynamic. They have ambivalent social influence.

Keywords: pathologic hobbies, abnormal interests, schizophrenia, age-dependence.

**МОДЕЛИ ФОРМИРОВАНИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО
ПОВЕДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ
(АНАЛИЗ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ЭКСПЕРТИЗ)**

**Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков
имени Г.Е. Сухаревой (Москва).**

Резюме. На фоне роста уровня суицидов детей и подростков в РФ перед специалистами остро встает проблема анализа внутренней структуры суицидальной активности с целью последующей разработки продуктивных и актуальных программ профилактики, выделения групп риска. В статье показаны модели формирования и развития суицидальной программы поведения, включающие предпосылки, внутренние факторы и факторы социальной среды.

Ключевые слова: суицид детей и подростков, факторы суицидального риска, формирование суицидальных действий.

В свете роста количества суицидов среди несовершеннолетних перед специалистами разных социальных институтов встает проблема своевременного и компетентного выделения групп риска и разработки профилактических программ по предотвращению суицидов.

Анализ материалов уголовных дел, возбужденных в связи с самоубийством несовершеннолетнего, позволяет обозначить имеющуюся проблему недостаточности и неструктурированности программ по профилактике суицидальных действий, реализующихся в настоящее время. Малая продуктивность профилактических программ может быть обусловлена размытостью и неактуальностью имеющихся критериев выделения факторов суицидального риска, опирающихся преимущественно на наличие фактов девиантного поведения и приверженности к субкультурам. Также отмечается проблема межотраслевого взаимодействия при реализации профилактических действий, заключающаяся в отсутствии комплексного, массированного подхода к проблеме с участием различных специалистов (классный руководитель, педагог-психолог, социальный работник, педиатр и психиатр) и активного включения родителей.

Анализ картины суицидального поведения несовершеннолетних показывает, что типы суицидальных действий различаются по критериями и имеют различные предпосылки. Подход к разработке профилактических программ для несовершеннолетних с точки зрения выделения списка универсальных «причин суицида» и их дальнейшей коррекции не является продуктивным, так как триггерные механизмы суицидальной активности являются субъективно значимыми и в связи с этим бесконечно разнообразными. Во многих исследованиях подчеркиваются особенности детско-подросткового суицида [1, 3, 6, 8 и др.], однако взгляды на причины и внутренние механизмы в настоящее время неоднородны. Некоторые авторы описывают общие личностные черты, свойственные суицидентам [7, 10], а также механизмы психологического реагирования [3] и факторы суицидального риска [5]. Другие предпринимают попытки обобщения и классификации основных причин суицида у подростков [2, 9]. Однако нельзя отрицать многообразие, субъективность и вариативность внутренних и внешних причин, лежащих в основе суицидального поведения, включающих взаимодействие биологических, психологических и социальных факторов.

Мы предлагаем опираться на типологию механизмов развития и протекания

различных типов суицидальных действий, а также на выделение предпосылок и факторов возникновения данных механизмов. При таком подходе облегчается процесс выделения потенциальных мишеней коррекционного воздействия и составления программ данного воздействия.

За время работы отделения амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ» было проведено 75 посмертных экспертиз, 69 из которых связаны с суицидальным поведением несовершеннолетних, более половины из них - с 2012 по 2016 гг., что соответствует тенденции роста детско-подростковых суицидов в последние годы. 67% суицидентов представлены лицами мужского пола, преимущественный возраст суицидентов 13-16 лет. На основе проведенного ретроспективного анализа анамнестических данных, этапов и механизмов формирования суицидальной программы поведения в каждом конкретном случае, нами были выделены обобщенные модели формирования суицидальных действий несовершеннолетних, включающие не только медицинские, но и социальные факторы. Они отражают внутренний механизм различных типов суицидальной активности с учетом базовых предпосылок и сопутствующих факторов риска. Данные параметры доступны для своевременной диагностики суицидального риска специалистами различных направлений (педагоги, психологи, врачи). Исходя из ведущих факторов влияния, представляется возможным выделить пять моделей: модели с преобладающим влиянием внешних факторов - депривационная, адаптационная; модели с преобладающим влиянием внутренних факторов – психологическая, патопсихологическая и психотическая.

Первый блок моделей. Модели с преобладающим влиянием внешних факторов.

Депривационная модель.

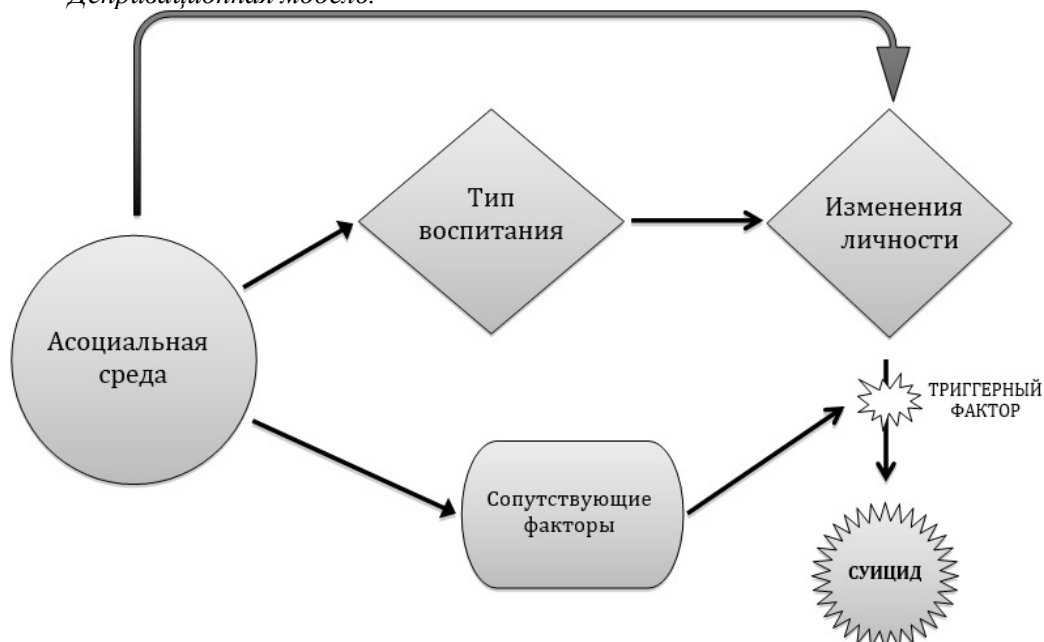


Рисунок 1. Депривационная модель.

Исходным условием для развития данной модели формирования суицидальных действий является пребывание ребенка в неблагоприятных социальных условиях с момента рождения: асоциальные семьи, алкоголизация, наркотическая зависимость членов семьи, воспитание с раннего возраста в условиях детского дома без должного внимания к эмоциональному становлению ребенка, семьи больных с

тяжелыми психическими заболеваниями. Онтогенез ребенка в подобном социальном окружении нарушается за счет биологических вредностей: патологии беременности, неполного медицинского сопровождения в раннем возрасте и за счет формирования искаженных воспитательных стратегий. Родители/законные представители могут не иметь достаточной мотивации к обеспечению базовых нужд ребенка, поддержанию благополучного микроклимата в семье. В социально неблагополучных семьях велика вероятность актуализации искаженных воспитательных стратегий, а именно: жестокое обращение, гипоопека и безнадзорность, амбивалентное воспитание, противоречивое воспитание. Данные типы воспитания не подразумевают адекватной заинтересованности со стороны родителей в процессе становления личности ребенка, формирования мотивационно-потребностной сферы и механизмов переработки психоэмоционального напряжения. Таким образом, ребенок развивается в условиях жестокого обращения, эмоционального отвержения или же в условиях безразличия окружающих. Это влечет искажение процесса становления гармоничной личности и формирование патологических черт личности, выступающих в качестве основных факторов риска в данной модели формирования суицидальных действий. Искажаются механизмы межличностного взаимодействия, в общении с окружающими. Может актуализироваться стремление к достижению желаемого непродуктивными методами: шантажно-демонстративные паттерны поведения, достижение желаемых целей посредством обмана или силы, удовлетворение потребности во внимании может реализовываться в искаженном виде за счет реализации социально неприемлемых моделей поведения. Дети, воспитывающиеся в условиях жестокого обращения, предрасположены к формированию различных невротических реакций.

Неблагополучная микросреда накладывает свой отпечаток не только на стиль воспитания в семье. На протяжении развития ребенка неблагоприятная среда оказывает влияние на процесс развития когнитивной сферы: могут возникать условия для формирования социально-педагогической запущенности, затруднено формирование адекватной мотивации к познавательной активности. Также условия среды в случае их непрерывности продолжают оказывать непосредственное влияние и на эмоционально-личностную сферу ребенка: создают условия для формирования деструктивных паттернов поведения (алкоголизм, наркомания, дромомания и т. д.). В рамках асоциальной среды могут формироваться сопутствующие факторы риска для развития у ребенка суицидальной модели поведения.

Таким образом, средовое воздействие выступает как в роли предпосылки к формированию искаженной структуры личности посредством неадекватных типов воспитания, так и само непосредственно влияет на личность, а также создает условия для возникновения сопутствующих факторов риска в процессе формирования суицидальных действий.

Для данной модели наиболее характерны импульсивный и демонстративно-шантажный типы суицида. В первом случае, в условиях недоразвития функции регуляции произвольной деятельности, неустойчивости эмоциональных переживаний, различные психотравмирующие воздействия, выступающие в качестве триггера, влекут за собой бурное, стремительное, лавинообразное развитие негативных эмоциональных переживаний с последующим снижением контроля и оценки произвольной деятельности и реализацией суицидальных действий без полного осмысления сложившейся ситуации.

В ситуациях реализации демонстративно-шантажного поведения суицидальные намерения не являются основной целью, однако подобные способы достиже-

ния желаемых целей часто включают в себя элементы опасного поведения, которое при воздействии сопутствующих факторов может приводить к летальным последствиям за счет снижения степени контроля ситуации.

Подытоживая, можно утверждать, что депривационная модель действует за счет первичного влияния факторов среды, оказывающих негативное влияние на развитие личности и создающих условия для воздействия различных сопутствующих факторов риска.

Адаптационная модель.

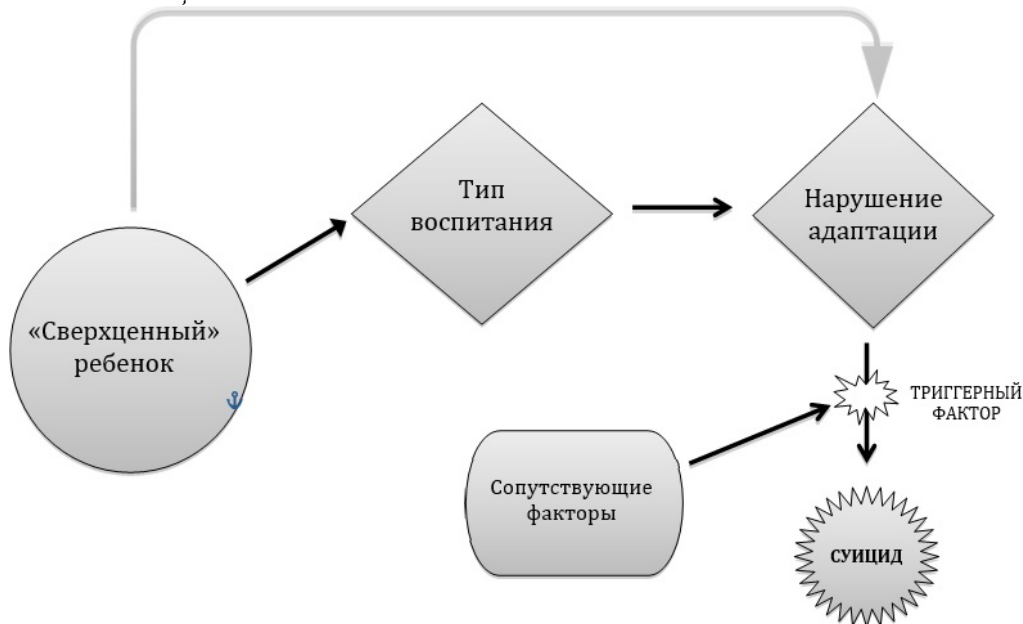


Рисунок 2. Адаптационная модель.

Данная модель также формируется в условиях первичного преобладания внешних факторов, искажения модели воспитания. Предпосылками могут выступать различные внешние причины, влекущие повышение уровня тревожности родителей за жизнь и развитие ребенка на ранних этапах развития. Трудности зачатия и вынашивания, поздние дети, ЭКО, перинатальная патология, тяжелые соматические заболевания и т. д. могут способствовать формированию непродуктивных воспитательных моделей: гиперопека, воспитание по принципу «кумир семьи», «культ болезни» в семье, компенсаторный сверхконтроль с завышенными требованиями, амбивалентное воспитание. Воспитание в подобных условиях влечет за собой искаженное развитие личности ребенка с выраженным недоразвитием адаптивных ресурсов личности. Характерными чертами детей из таких семей являются черты эмоционально-личностной незрелости, несамостоятельности, трудности переработки психоэмоционального напряжения, неготовность к воздействиям меняющейся внешней среды, чрезмерная зависимость от мнения значимых лиц и т. д. Вследствие этого значительно расширяется диапазон потенциально «травматичных» стимулов внешней среды, способных выступить в качестве триггерного фактора, повышается степень их субъективности. Ребенок со снижением адаптивных ресурсов личности может воспринимать естественные изменения окружающей среды (кратковременная разлука с родителями, бытовые ссоры, увеличение учебных нагрузок, рождение сиблинга и т. д.), как невыносимые, что, в свою очередь, способствует развитию ярких негативных эмоциональных переживаний,

состояния беспомощности и безвыходности с последующей реализацией суицидальных действий под воздействием сопутствующих факторов риска. Черты эмоционально-личностной незрелости, инфантильности могут включать в себя недоразвитие представлений о значении смерти, ее конечности, тенденцию к реализации сиюминутных потребностей и побуждений. Первичные внешние предпосылки в отдельных случаях могут продолжать оказывать свое влияние на протяжении взросления, а не только инициировать искажение воспитательных стратегий. Так, дети с выраженными соматическими заболеваниями, ограниченными возможностями здоровья могут испытывать трудности в сфере межличностной коммуникации, иметь черты астенизации, комфортное функционирование в рамках семьи может сменяться периодами госпитализаций. Наличие перинатальной патологии может влиять на дальнейшее развитие познавательной сферы ребенка. Снижение продуктивности когнитивной сферы может находиться во взаимосвязи с недоразвитием волевых навыков, что способствует возникновению ситуаций неуспешности в школьной деятельности и общении, завоевании авторитета в среде сверстников. Подобные проявления нарушения социальной адаптации могут выступать и в роли триггерных факторов, и как сопутствующие факторы риска. Важно отметить, что снижение адаптивных ресурсов личности выступает в качестве фактора риска и в биологических моделях формирования суицидальных действий, однако в данной модели это условие является ведущим и определяет вариативность и высокую степень субъективности триггерного воздействия в условиях нарушения социальной адаптации.

Таким образом, адаптационная модель также исходит из внешних предпосылок и реализуется в условиях искаженного воспитания, включающего нарушение процесса гармоничного развития эмоционально-личностной сферы в ходе онтогенеза.

Второй блок моделей. Модели с преобладающим влиянием внутренних факторов.

Психологическая модель.

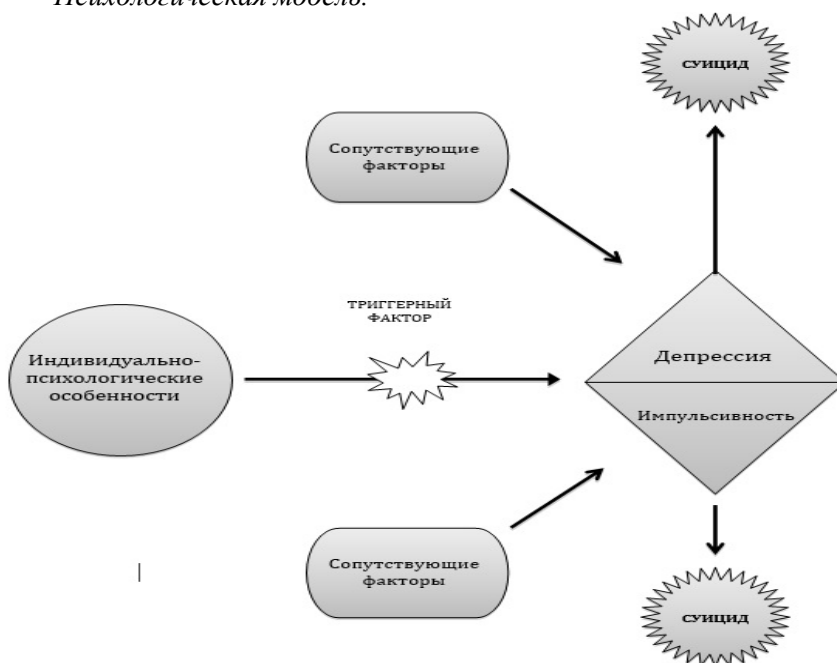


Рисунок 3. Психологическая модель.

В структуре данной модели ведущим фактором риска является наличие потенциально «опасных» индивидуально-психологических особенностей у психически здоровых личностей в условиях воздействия психотравмирующего воздействия. Сочетание данных особенностей в структуре психической сферы определяет вероятностный тип развития суицидальных действий в условиях воздействия сопутствующих факторов риска. Таким образом, в зависимости от специфики личностных черт триггерный фактор может запускать процесс формирования депрессивного расстройства или скоротечную импульсивную реакцию на стресс.

Личность с чертами эмоциональной лабильности, импульсивности, впечатлительностью, невысоким уровнем развития механизмов переработки психоэмоционального напряжения, категоричностью оценок и суждений в условиях воздействия субъективно значимого психотравмирующего фактора может реализовывать механизм импульсивной реакции, который под воздействием сопутствующих факторов может привести к скоротечному формированию и реализации суицидальных намерений. В качестве сопутствующих факторов риска могут выступать бездействие окружающих, отсутствие условий для «разрядки» напряжения, усвоенные из ближайшего окружения паттерны суицидального поведения. Триггерный стимул носит в данной ситуации разовый характер и может иметь не только субъективную, но и объективную значимость.

Личность с предпосылками в виде тревожности, сниженной самооценки, с завышенным уровнем притязаний, алекситимии в условиях пролонгированного воздействия субъективно значимого психотравмирующего воздействия может изменяться по типу депрессивного расстройства. Сопутствующие факторы, такие как отсутствие возможности ухода из психотравмирующей ситуации и своевременной психологической помощи, «глухота» окружающих к проблемам субъекта, субкультуры, романтизирующие смерть, повышают риск дальнейшего развития депрессивной симптоматики с нарастанием дизадаптации и последующим формированием и реализацией суицидальных намерений.

Таким образом, средовые факторы в данной модели выступают в качестве триггерных воздействий и сопутствующих факторов, тогда как ведущим фактором риска и предпосылками являются внутренние факторы (индивидуально-психологические особенности, депрессивная симптоматика, состояние аффективной неустойчивости). Роль воспитания оказывает вторичное опосредованное воздействие, так как играет определенную роль в формировании индивидуальных черт – предпосылок. Семьи суицидентов с подобной моделью формирования суицидальных действий оцениваются как формально благополучные без выраженного искажения воспитательных стратегий. Трудности установления близких доверительных отношений в формально благополучных семьях могут выступать в роли сопутствующих факторов риска.

Патопсихологическая модель.

Структура данной модели во многом схожа с психологической моделью, однако в ее основе лежат изменения личности на фоне психического заболевания. Изменения личности в ходе развития психического заболевания накладывают отпечаток на характер социального функционирования и адаптивные ресурсы. В ситуациях субъективно значимого психотравмирующего воздействия в структуре имеющегося у субъекта психического расстройства могут формироваться депрессивные компоненты или ситуации аффективного возбуждения со снижением контроля произвольной деятельности.

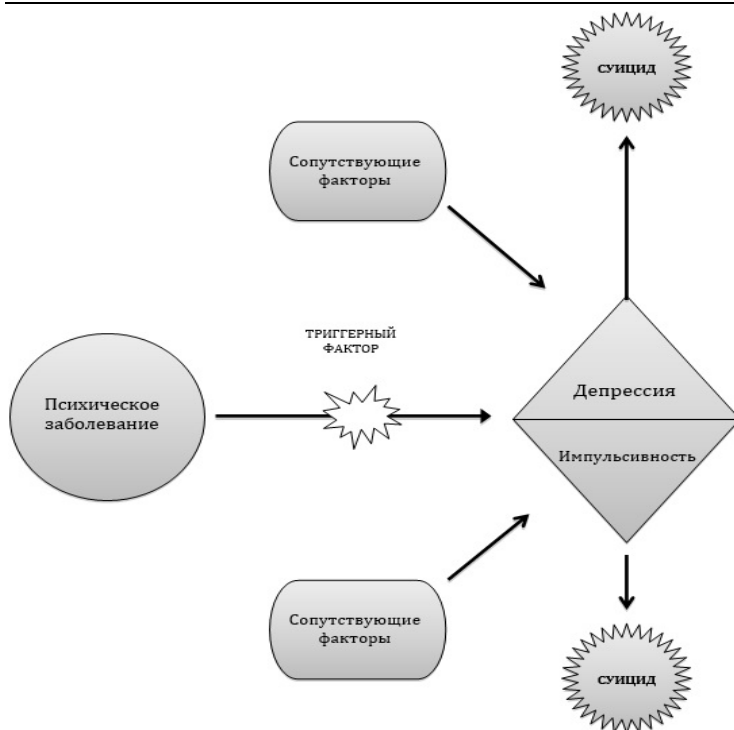


Рисунок 4. Патопсихологическая модель.

Структура личности и характер триггерного стимула определяют тип протекания суицидальных действий (депрессивный/импульсивный). Однако, в связи с болезненным изменением психики у субъекта, стимул для запуска антивиталяного механизма поведения в рамках данной модели имеет более выраженную субъективность. Также меньшее значение имеют интенсивность и разнообразие сопутствующих факторов риска, из которых ключевым является несвоевременное и/или недостаточное лечебно-коррекционное воздействие, трудности выявления депрессивного компонента в структуре ранее имевшегося психического расстройства.

Психотическая модель.

Данная модель является частным случаем с преобладающим влиянием внутренних факторов, она является нехарактерной и мало распространенной для группы несовершеннолетних. Условием для реализации психотической модели является наличие продуктивной психотической симптоматики (бред, обманы восприятия), глубоко искажающей сферу восприятия, мышления и поведения. Механизмы формирования и развития антивиталяных действий и побуждений разнообразны и обусловлены, в первую очередь, внутренними патологическими новообразованиями психики, а не влиянием факторов внешней среды. Клинические состояния, искажающие сферу восприятия субъекта (галлюциноз), влияют на осознание субъектом условий внешней среды и могут исказить его, влияя на инстинкт самосохранения (ложное восприятие условий внешней среды как угрожающих в рамках состояний галлюциноза) и мотивационный компонент психической сферы (императивные «голоса»). Бредовые состояния влияют на личностную и поведенческую сферу в целом, искажая смысловой и мотивационный компонент деятельности. Суицидальные действия в структуре психотических нарушений могут носить как импульсивный, так и «планируемый» характер.

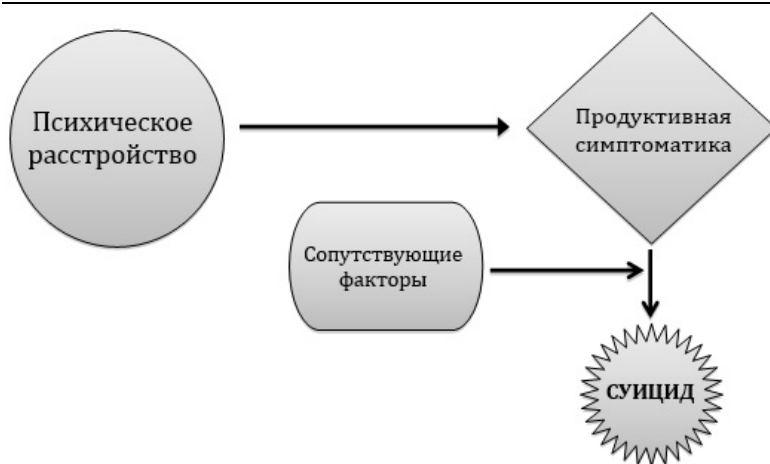


Рисунок 5. Психотическая модель.

Нозологически угрожаемыми в суицидальном плане являются шизоидные расстройства (F20-23, МКБ-10) с иллюзорно-галлюцинаторными проявлениями, воспринимаемыми как опасные для жизни и подталкивающими к «спасению» парадоксальными способами; императивными «голосами», бредовыми построениями, сопровождаемыми малой систематизированностью и разработанностью, а в случаях эндогенного процесса на фоне психического инфантилизма – нестойкостью, полиморфностью клинических проявлений, несистематизированностью бредовой фабулы, высокой частотой бредоподобного фантазирования. Маскированность этих проявлений, свойственная пубертату, затрудняет диагностический процесс.

Кроме того, острые психотические состояния могут развиваться на органически неполноценной почве в сочетании с выраженным соматическим расстройством, протекающим с интоксикацией и высокой температурой, и сопровождаться галлюцинаторно-бредовыми нарушениями, изменением сознания до онейроидного, аффекта недоумения с мучительным непониманием своего состояния, тоской, тревогой, страхом, приводящими к ажитации и импульсивным действиям, представляющим угрозу для жизни. Данные состояния описаны в разделе F54 МКБ-10. В качестве сопутствующих факторов риска в данной модели выступают отсутствие или недостаточность терапии, контроля за пациентом, неблагоприятное социальное окружение, деструктивные воспитательные модели (безнадзорность).

Таким образом, анализ многолетних данных, полученных в ходе проведения посмертных экспертиз, позволяет установить закономерности формирования суицидального поведения, выделить его особенности в зависимости от действий различных факторов – как внутренних, связанных с личностью подростка, так и внешних, опосредованных через семью и социальное окружение. Эти данные можно в дальнейшем использовать для определения групп риска и разработки модели дифференцированной профилактики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амбрумова А.Г. Возрастные аспекты суицидального поведения. Сравнительно-возрастные исследования в суицидологии // Сборник научных трудов. - М., 1989. – С. 8-24.

2. Амбрумова А.Г., Бородин С.В., Михлин А.С. Предупреждение самоубийств. - М., 1980. – 164 с.

3. Амбрумова А.Г., Вроно Е.М., Комарова Л.Э. Суицидальное поведение в ряду других девиаций у подростков // Комплексные исследования в суицидологии. -

М., 1986. – С. 52-64.

4. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Суицид как феномен социально-психологической дезадаптации личности // Актуальные проблемы суицидологии. - М., 1978. – С. 6-38.

5. Бачило Е.В. Факторы риска развития суицидального поведения (обзор) // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2012. - Т. 8, № 2. - С. 403–409.

6. Каршибаева Г.А. Особенности суицидального поведения в подростковом возрасте // Молодой ученый. — 2015. — № 7. - С. 663-665.

7. Конончук Н.В. О психологическом смысле суицидов // Психологический журнал. - 1989. - Т. 10, № 5. – С. 95-102.

8. Кибрик Н.Д., Кушнарев В.М. Профилактика дезадаптации и суицидального поведения у обучающейся молодежи: Методические рекомендации. — М., 1998. - 21 с.

9. Тихоненко В.А. Классификация суицидальных проявлений // Актуальные проблемы суицидологии. Труды МНИИ психиатрии / Отв. ред. А.А. Портнов. Т. 82. - М., 1978. - С. 59-73.

10. Шнейдман Э.С. Душа самоубийцы / Пер. с англ. – М.: Смысл, 2001. – 315 с.

1. Ambrumova A.G. Vozrastnye aspekty suicidal'nogo povedenija. Sravnitel'no-vozzrastnye issledovanija v suicidologii // Sbornik nauchnyh trudov. - М., 1989. – S. 8-24.

2. Ambrumova A.G., Borodin S.V., Mihlin A.S. Preduprezhdenie samo-ubijstv. - М., 1980. – 164 s.

3. Ambrumova A.G., Vrono E.M., Komarova L.Je. Suicidal'noe povedenie v rjadu drugih deviacij u podrostkov // Kompleksnye issledovanija v suicidologii. - М., 1986. – S. 52-64.

4. Ambrumova A.G., Tihonenko V.A. Suicid kak fenomen social'no-psihologicheskoj dezadaptacii lichnosti // Aktual'nye problemy suicidologii. - М., 1978. – S. 6-38.

5. Bachilo E.V. Faktory riska razvitija suicidal'nogo povedenija (obzor) // Saratovskij nauchno-medicinskij zhurnal. – 2012. - Т. 8, № 2. - S. 403–409.

6. Karshibaeva G.A. Osobennosti suicidal'nogo povedenija v podrostkovom vozraste // Molodoy uchenyj. — 2015. — № 7. - S. 663-665.

7. Kononchuk N.V. O psihologicheskom smysle suicidov // Psihologicheskij zhurnal. - 1989. - Т. 10, № 5. – S. 95-102.

8. Kibrik N.D., Kushnarev V.M. Profilaktika dezadaptacii i suicidal'nogo povedenija u obuchajushhejsja molodezhi: Metodicheskie rekomendacii. — М., 1998. - 21 s.

9. Tihonenko V.A. Klassifikacija suicidal'nyh pojavlenij // Aktual'nye problemy suicidologii. Trudy MNII psihiatrii / Otв. red. A.A. Portnov. Т. 82. - М., 1978. - S. 59-73.

10. Shnejdman Je.S. Dusha samoubijcy / Per. s angl. – М.: Smysl, 2001. – 315 s.

I.A. Sarkisova, O.S. Gracheva

MODELS OF FORMATION OF SUICIDAL BEHAVIOR OF ADOLESCENTS (FORENSIC PSYCHIATRIC EXAMINATION ANALYSIS)

**Scientific-Practical Center of Mental Health of Children and Adolescents be-
half of G.E. Sukhareva (Moscow).**

Summary. Amid rising levels of child and adolescent suicides in the Russian Federation sharply raises the issue of timely and accurate prevention and risk allocation. The article shows formation and development models of the suicidal behavior, including conditions, internal factors and social environment factors.

Keywords: child and adolescents suicides, suicidal risk factors, suicidal behavior formation.

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА У ПОДРОСТКОВ

Ташкентский педиатрический медицинский институт (Ташкент, Республика Узбекистан).

Резюме. В статье представлено исследование аутодеструктивных тенденций в структуре подростковых депрессивных расстройств поведения, которое определило, что у подростков чаще наблюдается демонстративно-шантажное суицидальное поведение, формирующееся на фоне депрессивного аффекта в результате внутриличностных конфликтов и являющееся в основном проблемой поведенческих и связанных со стрессом расстройств, возникающих на фоне психопатологических состояний непсихотического уровня. Проведенное исследование клинических особенностей аутодеструктивных действий у подростков с поведенческими нарушениями депрессивного регистра позволяет выявить группы риска по суицидальной готовности среди данного контингента населения.

Ключевые слова: поведенческие нарушения, депрессивные расстройства, подростки, суицидальные тенденции.

Актуальность. Проблема оказания эффективной суицидологической помощи в детской практике обусловлена существенными различиями в формировании и динамике суицидального поведения у подростков и взрослых, что не позволяет применять единые принципы диагностики и терапии. Пусковой фактор суицидогенеза у подростков, как правило, несоразмерен с силой воздействия, поэтому специалистам, оказывающим суицидологическую помощь, необходимо иметь навыки определения степени суицидального риска, которая определяет тактику и стратегию суицидологической помощи [1].

Суицид (от лат. *sui caedere* – убивать себя) – сознательное, преднамеренное лишение себя жизни, саморазрушение, отказ от всего многообразия радостей, удовольствий, предложений и возможностей окружающего мира, последнее звено в процессе социальной и личностной дизадаптации [6]. Тесная взаимосвязь между депрессивными и суицидальными проявлениями была установлена еще в 1897 г. основателем суицидологии Е. Durkheim [цит. по 4]. Проблема самоубийства среди молодежи чрезвычайно актуальна во многих странах, так как суицид является третьей или четвертой по значимости причиной смерти среди молодых людей [3]. Суицидальное поведение рассматривается как намеренное стремление человека к смерти, обусловленное индивидуально-психологическими особенностями личности, спецификой системы межличностных отношений и факторами семейного воспитания. По мнению В.Д. Менделевича, суицидальное поведение детерминировано развитием внутриличностного конфликта под воздействием внешних стрессогенных факторов, а также возникновением психопатологических нарушений, вызывающих аутодеструктивное поведение, не связанное с воздействием внешних факторов. В.Д. Менделевич описывает три формы суицидального поведения: индивидуальное, групповое и массовое. При индивидуальной форме основополагающее значение имеют индивидуально-психологические качества личности человека и внешние факторы. При групповой и массовой формах важную роль играет влияние референтного окружения и внешних факторов, в то время как значение личностной составляющей нивелируется [7].

Депрессивные расстройства подросткового возраста представляют одну из

сложнейших медицинских проблем ввиду тяжелых социальных последствий, к числу которых относятся самоубийства, насилие, наркомания и поведенческие девиации [5]. Повышенная опасность осуществления деструктивных тенденций, зачастую несоразмерных выраженности депрессивного аффекта, связана с низким суицидальным порогом и недостаточной психосоциальной зрелостью [10]. Высокая вероятность реализации суицидальных намерений объясняется несформированностью «антисуицидального барьера» на фоне уже возможного в этом возрасте отчетливого депрессивного мироощущения [9]. Депрессия, как у детей, так и у подростков, распознается с трудом в связи с тем, что депрессивная симптоматика наслаивается, как правило, на психологические особенности возраста [2]. В первую очередь, депрессивные состояния в подростковом и юношеском возрасте, сопряженные с суицидальным поведением, имеют «стертый», маскированный характер, проявляются чаще всего поведенческими нарушениями пубертатного регистра [8].

Цель исследования: изучить особенности клинических проявлений суицидальных тенденций у подростков с депрессивными расстройствами и нарушениями поведения для улучшения качества диагностической, лечебно-коррекционной и психологической помощи этому контингенту больных.

Материалы и методы: объектом для исследования были выбраны 46 подростков в возрасте от 15 до 17 лет с депрессивными расстройствами и нарушениями поведения. Ведущими методами исследования явились клинко-психопатологический и катamnестический. Для оценки выраженности депрессивной симптоматики применялись шкала оценки депрессии Гамильтона и шкала Бека, для выявления уровня тревоги – опросник уровня личностной и реактивной тревожности Спилбергера-Ханина, для определения устойчивых конституционально-личностных характеристик испытуемых и особенностей эмоционального реагирования использован восьмицветовой тест Люшера.

Результаты и обсуждение: в зависимости от преобладания симптомов депрессии все подростки были разделены на пять групп: с дисфорической депрессией - 56% (n=26), с тревожной депрессией – 16% (n=7), с дисморфофобической депрессией - 13% (n=6), с маскированной депрессией – 8% (n=4), с астенопатической депрессией - 7% (n=3). При оценке выраженности депрессивных расстройств по шкале Гамильтона тяжелой степени депрессии среди подростков выявлено не было, основную массу, 80%, составили пациенты с легкой степенью депрессии и лишь в 20% случаев (9 пациентов) была выявлена депрессия средней тяжести. Среди всех обследованных было 28 мальчиков и 18 девочек. Гендерные различия в тяжести депрессивной симптоматики распределились следующим образом: у мальчиков депрессия легкой степени была выявлена в 71% случаев и в 17% случаев диагностирована депрессия средней степени тяжести, а у девочек депрессия средней степени тяжести встречалась чаще – в 70% случаев, депрессия легкой степени выявлена у 29% больных. Чаще всего подростки жаловались на подавленное настроение, нарушения сна и аппетита, трудности в учебной деятельности, нарушение концентрации внимания, повышенную реакцию на внешние ситуации и источники стресса, раздражительность, внезапно возникающее чувство грусти, уныние, периодами отмечали выраженное чувство скуки и отсутствие желания что-либо делать, высказывали идеи самообвинения и безнадежности. В 76% случаев (35 пациентов) родители отмечали значительное снижение школьной успеваемости, нарушение внутрисемейных взаимоотношений, повышенную утомляемость, которая была сильнее выражена во второй половине дня. В обследованной группе в результате тестирования с помощью опросника Спилбергера-Ханина вы-

явлено наличие тревожных расстройств различной степени выраженности у 93% подростков, более чем у половины исследуемых было отмечено наличие проявлений тревоги средней степени выраженности (56%), у 27% обследуемых – без клинически значимой тревоги, и у 16% подростков констатировалась выраженная тревога.

В соответствии с традиционной систематикой суицидов пациенты были поделены на три группы: группа демонстративно-шантажных суицидальных тенденций (56%), группа аффективных (32%) и истинных суицидов (13%). В ходе исследования было установлено наличие только суицидальных мыслей у 50% обследуемых, суицидальных мыслей с намерениями и планированием у 31% обследуемых, в 15% случаев подростки с суицидальными мыслями совершили суицидальные попытки. Суицидальные мысли не всегда выявлялись при опросе пациентов. В ряде случаев о них становилось известно при заполнении подростками субъективной шкалы оценки депрессии Бека. При целенаправленном опросе этих больных и их родителей выяснялось, что за некоторое время до совершения суицидальной попытки были отмечены рассуждения на моральные темы, иногда переживания больного отражали рисунки в школьных тетрадях, которые имели суицидальное содержание.

Анализ аутодеструктивного поведения подростков установил неоднородность и различие в клинических проявлениях суицидальных тенденций в зависимости от типа депрессии. Так, при дисфорической депрессии выявлено в 80% случаев наличие импульсивных суицидальных мыслей и тенденций в основном у мальчиков, возникающих на высоте патологического аффекта под воздействием психотравмирующих факторов, конфликтов с родителями и сверстниками, а также при употреблении алкогольных напитков и токсикоманических препаратов. В клинической картине дисфорической депрессии установлены аддиктивные формы нарушения поведения: мелкие кражи, побеги из дома, бродяжничество, табакокурение, употребление психоактивных веществ. Двое подростков из этой группы совершили суицидальные попытки в виде нанесения самопорезов в области локтевых сгибов и пять девочек-подростков с психопатоподобным радикалом личностных особенностей прибегли к принятию больших доз лекарственных препаратов, что констатировалось как демонстративно-шантажные аутоагрессивные действия.

У подростков с тревожной депрессией тревога наблюдалась в течение всего дня, с усилением в вечернее время, у 6 пациентов усиление тревожной симптоматики было связано с поиском выхода из своего состояния и при отсутствии понимания со стороны родных, у 3 больных сформировалось чувство страха, появились суицидальные мысли и тенденции, имеющие, согласно традиционной классификации суицидов, характер аффективных суицидов. Суицидальное поведение при депрессии тревожного типа ограничивалось редкими мыслями о нежелании жить или угрозами покончить с собой во время эпизодов ажитации.

В клинической картине дисморфофобической депрессии ведущими были жалобы на наличие дефектов и недостатков в строении собственного тела, убежденность в собственной внешней непривлекательности или физической неполноценности. Данный тип депрессии наблюдался только у девочек и сопровождался расстройствами приема пищи в виде ограничительного пищевого поведения с соблюдением строгих диет и инициальным этапом нервной анорексии. В большинстве случаев в преморбиде у девочек-подростков не

отмечалось повышенного веса. Больные стремились к изменению своего внутреннего мира, к самосовершенствованию, в ряде случаев у больных выявлялась склонность к разнообразным реакциям протеста. Девочки высказывали недовольство своим весом, чрезмерным отложением жира в различных частях тела, кривыми и толстыми ногами, болезненно относились к наличию пухлых щек, слишком большого размера живота и груди. Жалобы в основном были на слабоволие, подростки винили себя в скованности, робости, испытывали чувство неуверенности, находясь в обществе, страх показаться на людях, стремление уединиться и быть в одиночестве. Суицидальные тенденции в этой группе ограничивались только мыслями и планированием, высказывания имели нестойкий пассивный характер, подростки неохотно сообщали о своих замыслах и намерениях, сведения в основном были собраны у родителей, которые обнаружили регистрацию своих детей на различных сайтах социальных сетей и сообществ в Интернете, пропагандирующих культ смерти. Оценка суицидальных мыслей и намерений в данной группе подростков позволяет отнести их к истинным суицидам и включить в группу риска.

При использовании теста Люшера данные тестирования показали, что у всех подростков отмечалось негативное эмоциональное состояние, выраженность которого коррелировала с данными, полученными при тестировании по шкале Гамильтона. У 80% больных выявлялось стремление найти выход из сложившейся ситуации, у 20% больных с депрессией средней тяжести выявлялось отрицательно отношение к жизни, эти больные, по данным теста Люшера, стремились к одиночеству со стремлением избежать помощи со стороны. В 56% случаев (26 исследуемых) пациенты испытывали разочарование, страх перед постановкой новых целей, что в ряде случаев приводило к формированию тревоги. У лиц с дисфорической депрессией тест Люшера показал стрессовое состояние, недовольство сложившейся ситуацией, стремление возвысить и упрочить свое положение, что при невозможности полноценной реализации привело к случаям аддиктивного и делинквентного поведения. В ряде случаев, у 7 больных (15%) с астенопатической и маскированной депрессией, выявлялись упадок сил, невозможность дальнейшей активности, в 11% случаев установлено напряжение, вызванное попыткой справиться с некоторыми обстоятельствами, которые являются непосильными для подростка. Данное состояние вызывало стресс и ощущение неполноценности, стремление к самоограничению и самоконтролю, что у 4 больных проявилось во внутриличностном конфликте, нарушении взаимоотношений с родителями и близкими, нарушении школьной адаптации и в 10 % случаев привело к появлению суицидальных мыслей и намерений.

У пациентов с маскированной депрессией тестирование показало наличие тревоги и беспокойства, переживание от ощущения недостатка близких и сочувственных отношений. На фоне депрессивных расстройств у пациентов значительно снижалась школьная успеваемость (80%), появились конфликты со сверстниками (60%), нежелание продолжать учебу (40%), уходы из дома, систематические пропуски школьных занятий, злоупотребление спиртным. В большинстве случаев преобладало демонстративное суицидальное поведение, несущее в себе элементы шантажа, но не утрачивающее при этом своей опасности. Наряду с этим встречались импульсивные суицидальные действия. При опросе больных обнаруживалось, что в основе суицидального поведения лежали идеи наказания своей смертью родителей, а также страх собственного наказания за реально совершенные действия. Суицидальные намерения и

действия обосновывались в 5 случаях идеями собственной несостоятельности и формирующимся «сознательным отвращением к жизни», лишь в 1 случае чувством вины.

Заключение: изучение особенностей клинических проявлений суицидального поведения пубертатного периода выявило, что у подростков чаще наблюдается демонстративно-шантажное суицидальное поведение, формирующееся на фоне депрессивного аффекта в результате внутриличностных конфликтов и являющееся в основном проблемой поведенческих и связанных со стрессом расстройств, возникающих на фоне психопатологических состояний непсихотического уровня. Проведенное исследование клинических особенностей аутодеструктивных действий у подростков с поведенческими нарушениями депрессивного регистра позволяет выявить группы риска по суицидальной готовности среди данного контингента больных.

ЛИТЕРАТУРА

- 1.Алексеева М.В., Ваулин С.В. Комплексная профилактика суицидального поведения подростков // «Юбилейные Сухаревские чтения». Научно-практическая конференция «Служба психического здоровья: качество полипрофессиональной помощи детям» / Сборник тезисов под общей ред. М.А. Бебчук. - М. – 2016. – С. 7-8.
- 2.Антропов Ю.Ф. Невротическая депрессия у детей и подростков. - М, 2000г.
- 3.Бабарахимова С.Б., Искандарова Ж.М. Влияние дисморфобических расстройств на формирование депрессий у подростков с учетом личностных особенностей // Актуальные вопросы психического здоровья / Сборник материалов научно-практической конференции с международным участием посвященной памяти профессора В.И. Григорьева. - Рязань, 2015. - С. 12-18.
- 4.Герасимчук М.Ю. Суицидологический паспорт депрессии // Суицидология – актуальные проблемы, вызовы и современные решения: сборник научных статей I научно-практической конференции / Ассоц. Когнитивно-поведенческой психотерапии. – СПб. : СИНЭЛ, 2016.- С. 17-20.
- 5.Иванова Т.И. Суицидальное поведение у детей с депрессивными расстройствами // Современные проблемы охраны психического здоровья детей. Проблемы диагностики, терапии и инструментальных исследований в детской психиатрии. 24 апреля 2007 г. - Волгоград: ВолгГМУ, 2007. - С. 87–88.
- 6.Калачева И.О., Пронина Л.А., Ларионов В.А. Социально-личностные факторы, влияющие на суицидальное поведение подростков // Росс. психiatr. журн. – 2006, 4. - С. 41–45.
7. Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения. – СПб.: Речь, 2005. – 448 с.

- 1.Alekseeva M.V., Vaulin S.V. Kompleksnaja profilaktika suicidal'nogo povedenija podrostkov // «Jubilejnye Suharevskie chtenija». Nauchno-prakticheskaja konferencija «Sluzhba psihicheskogo zdorov'ja: kachestvo poliprofessional'noj pomoshhi detjam» / Sbornik tezisev pod obshhej red. M.A. Bebchuk. - M. – 2016. – S. 7-8.
- 2.Antropov Ju.F. Nevroticheskaja depressija u detej i podrostkov. - M, 2000g.
- 3.Babarahimova S.B., Iskandarova Zh.M. Vlijanie dismorfobicheskikh rasstrojstv na formirovanie depressij u podrostkov s uchetom lichnostnyh osobennostej // Aktual'nye voprosy psihicheskogo zdorov'ja / Sbornik materialov nauchno-prakticheskoi konferenciji s mezhdunarodnym uchastiem posvjashhennoj pamjati professora V.I. Grigor'eva. - Rjazan', 2015. - S. 12-18.
- 4.Gerasimchuk M.Ju. Suicidologicheskij pasport depressii // Suicido-logija – ak-

tual'nye problemy, vyzovy i sovremennye reshenija: sbornik nauchnyh statej I nauchno-prakticheskoy konferencii / Assoc. Kognitivno-povedencheskoj psihoterapii. – SPb. : SINJeL, 2016.- S. 17-20.

5.Ivanova T.I. Suicidal'noe povedenie u detej s depressivnymi ras-strojsstvami // Sovremennye problemy ohrany psihicheskogo zdorov'ja detej. Problemy diagnostiki, terapii i instrumental'nyh issledovanij v detskoj psihiatrii. 24 aprelja 2007 g. - Volgograd: VolgGMU, 2007. - S. 87–88.

6.Kalacheva I.O., Pronina L.A., Larionov V.A. Social'no-lichnostnye faktory, vlijajushhie na suicidal'noe povedenie podrostkov // Ross. psihi-atr. Zhurn. – 2006, 4. - S. 41–45.

7. Mendelevich V.D. Psihologija deviantnogo povedenija. – SPb.: Rech', 2005. – 448 s.

8.Wasserman D., Cheng Q., Jiang G.X. Global suicide rates among young people aged 15–19. World Psychiatry 2005; 4: 2: P.114–120.

9. http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/ world report 2014 / en.

10. <https://www.nimh.nih.gov/about/director/2014/suicide-a-global-issue.shtml>.

S.B. Babarhimova

SUICIDAL BEHAVIOR OF DEPRESSIVE SPECTRUM IN ADOLESCENTS

Tashkent Pediatric Medical Institute (Tashkent, Uzbekistan).

Summary. Article presents the experience of analysis of the self-destructive behaviors in adolescents revealed that adolescents often observed demonstratively-blackmailing suicidal behavior, emerging against the background of depressive affect, as a result of intrapersonal conflicts and are mainly a problem of behavioral and stress-related disorders, occur against a background of non-psychotic level of psychopathological conditions. The study of clinical features of self-destructive actions in adolescents with behavioral disorders depressive register reveals the risk for suicidal willingness among this group of patient.

Keywords: behavioral disorders, depressive disorders, adolescents, self-destructive actions

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ СТАНОВЛЕНИЯ ВЫСШИХ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ГИПОКСИЕЙ И АСФИКСИЕЙ В АНАМНЕЗЕ

ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, ГБУ «Городской ресурсный центр семейного устройства детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей» (Москва).

Резюме. В статье представлены результаты исследования особенностей развития высших психических функций детей, имеющих в анамнезе перинатальную гипоксию и асфиксию новорожденных. Была проведена нейропсихологическая диагностика 60 доношенных детей в возрасте 6 лет. Анализ полученных результатов показал, что последствия перинатальной гипоксии и асфиксии могут отсрочено проявляться в развитии высших психических функций детей старшего дошкольного возраста. Кроме того, было установлено, что уровень развития отдельных высших психических функций детей, перенесших гипоксию на перинатальном этапе развития, отличается от уровня развития высших психических функций детей, имеющих в анамнезе асфиксию новорожденных.

Ключевые слова: перинатальные риски, внутриутробная гипоксия, асфиксия новорожденных, дошкольный возраст, нейропсихологическая диагностика.

Введение. На фоне возрастающего интереса к последствиям патологической беременности в акушерстве и гинекологии появилось понятие «*перинатальные факторы риска*» – показатели неблагоприятного течения беременности и ее исхода для матери и/или ребенка; особенности течения окolorодового периода, оказывающие патологическое влияние на состояние плода и новорожденного [7]. Наиболее часто встречающимися рисками развития перинатальной патологии являются внутриутробная гипоксия и асфиксия новорожденных.

Внутриутробная гипоксия – кислородная недостаточность плода и накопление в организме недоокисленных продуктов обмена. По некоторым данным, каждый десятый ребенок в перинатальном периоде подвергался воздействию гипоксии в той или иной степени [6]. Выделяют два вида внутриутробной гипоксии:

1. Хроническая гипоксия обычно развивается на фоне гестоза, анемии, экстрагенитальных или инфекционных заболеваний и т. д. [1-3].

2. Острая гипоксия наиболее часто возникает на фоне аномалии родов, разрыва матки или преждевременной отслойки плаценты.

Длительная кислородная недостаточность может спровоцировать задержку развития плода, нарушение процессов адаптации после рождения ЦНС.

Асфиксия новорожденного – состояние новорожденного, сопровождающееся неспособностью самостоятельно дышать, с наличием сердцебиений и (или) других признаков живорожденности (спонтанное движение мышц, пульсация пуповины) [6]. По данным многих исследователей, следствием длительной кислородной недостаточности в перинатальном периоде является нарушение кровоснабжения головного мозга в вертебрально-базилярном бассейне и, следовательно, недостаточное питание корково-подкорковых участков головного мозга [9], что, в свою очередь, негативно отражается на процессах постнатального развития мозговых структур. Последствия гипоксического поражения могут варьировать от истошаемости, инертности психических процессов, парциальной дефицитарности

зрительно-пространственных представлений, памяти, речевых функций (обобщающей и регулирующей), неустойчивости внимания до таких нарушений развития, как умственная отсталость, детский церебральный паралич, тугоухость, СДВГ и др. [3, 4, 5, 8].

В настоящее время проблема рисков развития перинатальной патологии плода является междисциплинарной (акушерства и гинекологии, перинатологии, неонатологии, психологии), и в мировом научном сообществе ей уделяется особое внимание. Но несмотря на актуальность темы, число работ, посвященных исследованию нейropsychологических особенностей детей с перинатальными рисками в анамнезе невелико. Кроме того, полученные результаты являются фрагментарными, не вполне однозначными и носят полемический характер, так как в процессе внутриутробного развития ребенок подвергается нескольким факторам риска, что затрудняет установление взаимосвязи между конкретным фактором и проявлениями дизонтогенеза.

Мы считаем, что определение особенностей формирования высших психических функций (ВПФ) у детей с перинатальными рисками в анамнезе поможет в дальнейшем осуществить индивидуальный подход в процессе их воспитания, обучения и своевременно оказывать квалифицированное профилактическое и, в случае необходимости, коррекционное сопровождение.

Цель исследования: изучение специфики развития ВПФ у детей, перенесших перинатальную гипоксию и асфиксию новорожденных.

Основная гипотеза: резидуальные проявления перинатальной гипоксии и асфиксии могут обнаруживаться в развитии ВПФ у детей старшего дошкольного возраста.

Частная гипотеза: существуют различия между уровнями сформированности ВПФ у детей старшего дошкольного возраста, перенесших перинатальной гипоксии, и у детей данной возрастной категории, имеющих в анамнезе асфиксию новорожденных.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 60 доношенных детей в возрасте 6 лет (34 девочки, 26 мальчиков). Данная выборка была разделена на 3 группы по 20 человек.

1. Дети, внутриутробное развитие которых протекало на фоне гипоксии (далее «дети с гипоксией»).

2. Дети, в анамнезе которых был установлен факт асфиксии во время родов (далее «дети с асфиксией»).

3. Дети от матерей, процесс гестации и родов которых не был осложнен асфиксией и гипоксией плода, кесаревым сечением, инфекционными заболеваниями (далее дети без рисков).

Для изучения мозговой организации психических функций и оценки уровня их сформированности было использовано нейropsychологическое обследование для детей дошкольного возраста.

Математическая обработка данных исследования осуществлялась следующими методами:

1. Однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA) для независимых выборок.
2. Коэффициент ранговой корреляции r – Спирмена.

Статистический анализ проводился с использованием статистического компьютерного пакета IBM SPSS Statistics 22.0.

Результаты и их обсуждения. Средние показатели результатов исследования по трем группам выборки представлены на рис. 1.



В процессе обработки и анализа результатов пробы на реципрокную координацию были выявлены статистически значимые отличия между всеми группами выборки ($p \leq 0,01$). Кроме того, была установлена связь ($p \leq 0,05$) между уровнем сформированности реципрокной координации и установлением доминантности полушарий ($r = 0,255$; $p = 0,049$).

По результатам математической обработки данных существуют достоверные различия в выполнении проб на динамический праксис между контрольной группой и группой детей с гипоксией ($p \leq 0,001$), а также между контрольной группой и группой детей с асфиксией ($p \leq 0,001$). Разница в выполнении графической пробы на динамический праксис имеет статистическую значимость при сравнении контрольной и каждой из экспериментальных групп ($p \leq 0,05$).

Между экспериментальными группами есть статистически значимые различия только в выполнении пробы на динамический праксис левой рукой ($p \leq 0,05$).

В пробах на праксис поз достоверные различия были получены только между экспериментальными группами ($p \leq 0,001$) и между контрольной группой и группой детей с асфиксией ($p \leq 0,001$).

Статистически достоверные результаты в пробе на копирование геометрических фигур выявлены между контрольной и каждой из экспериментальных групп ($p \leq 0,001$). Сравнение данных пробы «Узнавание пространственно ориентированных фигур» показало статистически значимые отличия в выполнении задания между всеми группами выборки попарно. Однако, если между контрольной группой и группой детей с гипоксией различия в выполнении достоверны при $p \leq 0,05$, то в двух других случаях полученные данные достоверны при $p \leq 0,001$.

Различия в узнавании предметных изображений были выявлены на высоком уровне достоверности ($p \leq 0,001$) между контрольной группой и группой детей с асфиксией, а также между экспериментальными группами. В пробе на узнавание наложенных и перечеркнутых изображений достоверные результаты были установлены попарно между всеми группами выборки ($p \leq 0,001$).

Исследование акустического гнозиса выявило статистически значимые различия в воспроизведении ритмических структур между контрольной группой и каждой из экспериментальных групп ($p \leq 0,01$, $p \leq 0,001$). В пробе на фонематический слух достоверные результаты установлены между тремя группами попарно ($p \leq 0,001$).

В ходе анализа результатов проб на исследование тактильных функций (сте-

реогноз и локализация прикосновений) были получены достоверные различия между экспериментальными группами ($p \leq 0,001$), а также между контрольной группой и группой детей с асфиксией ($p \leq 0,001$).

Статистически достоверные отличия при исследовании объема слухоречевой памяти были определены между всеми группами выборки попарно ($p \leq 0,001$). Кроме того, на высоком уровне достоверности ($p \leq 0,001$) есть отличия в прочности запоминания материала и пересказе текста между экспериментальными группами, а также между контрольной группой и группой детей с асфиксией. Кроме того, о статистически значимых различиях можно говорить при сравнении уровня развития зрительной памяти между всеми группами выборки ($p \leq 0,001$).

Статистическое сравнение данных корректурной пробы установило значимость полученных результатов между каждой из групп. Если при сравнении экспериментальных групп о значимости различий можно говорить при $p \leq 0,01$, то при сравнении контрольной группы с каждой из экспериментальных групп результаты достоверны при $p \leq 0,001$.

Статистическое сравнение данных пробы «4-й лишний» установило значимость полученных результатов между каждой из групп ($p \leq 0,001$). В пробе на составление и понимание рассказа по сюжетным картинкам значимые различия также были получены между контрольной и каждой из экспериментальных групп ($p \leq 0,001$).

Выводы. Качественный анализ полученных результатов показал, что у детей старшего дошкольного возраста с перинатальной гипоксией и асфиксией в анамнезе по сравнению с контрольной группой менее сформированы такие ВПФ и их отдельные структурные звенья, как кинетическая организация движений, зрительно-пространственное, акустическое восприятие, зрительная память, внимание, мыслительные операции. При этом задержка формирования данных функций более значительно выражена у представителей группы с асфиксией.

Уровень сформированности кинестетической основы двигательного акта, слухоречевой памяти, тактильного гнозиса только у группы с гипоксией соответствует уровню сформированности данных функций у детей контрольной группы. Помимо этого, анализ допущенных ошибок показал, что у детей с гипоксией наблюдается недостаточная зрелость субкортикальных отделов.

У представителей всех групп в процессе созревания находятся передние и заднелобные отделы, средние височные отделы, теменно-височно-затылочные отделы преимущественно левого полушария и мозолистое тело. Однако у представителей экспериментальных выборок процесс созревания данных структур замедлен. Данная задержка более выражена в группе детей с асфиксией. У ее представителей также наблюдаются симптомы незрелости затылочных, теменно-затылочных отделов правого полушария и верхней теменной области.

В целом, наличие перинатальной гипоксии и асфиксии новорожденных в анамнезе детей старшего дошкольного возраста является фактором, задерживающим созревание и функционирование стволовых и корково-подкорковых структур головного мозга.

Таким образом, изучение роли сбоя в протекании беременности и родов на нейropsychологическое развитие ребенка является актуальным и соответствует практическим целям современной психологии, а также требует дальнейших более глубоких и дифференциальных исследований и является необходимым условием грамотного построения профилактической и реабилитационной работы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахутина Т.В., Пылаева Н.М., Яблокова Л.В., Полонская Н.Н. Методы нейropsychологического обследования детей 6-8 лет // Вестник Московского Университета. – 1996. – № 2.
2. Барашнев Ю.И. Перинатальная неврология. - М.: Триада-Х, 2011. – 672 с.
3. Глозман Ж.М., Потанина А.Ю., Соболева А.Е. Нейropsychологическая диагностика в дошкольном возрасте. - СПб.: Питер, 2006. – 80 с.
4. Ларина О.А. Состояние центральной нервной системы и нервнопсихическое развитие детей первых двух лет жизни, перенесших перинатальное гипоксическо-ишемическое поражение головного мозга, в условиях дома ребенка:

Дис. ... канд. мед. наук.. – Иваново, 2005. – 185 с.

5. Микадзе Ю.В. Нейропсихология детского возраста: Учебное пособие. — СПб.: Питер, 2008. — 288 с.

6. Кривоногова Т.С., Михалёв Е.В., Бабилова Ю.А., Рыжакова Н.А Особенности памяти у детей дошкольного возраста с последствиями перинатальных поражений центральной нервной системы // Гуманитарные проблемы биологии и медицины. – 2014. – Т. 13. – № 1. – С. 161-165.

7. Полин Р., Спитцер А. Секреты неонатологии и перинатологии. – М.: Бином, 2014. – 624 с.

8. Радзинский В.Е., Князев С.А., Костин И.Н. Акушерский риск. Максимум информации - минимум опасности для матери и младенца. – М.: Эксмо, 2009. – 288 с.

9. Шайтор В.М., Мельникова И.Ю., Сафронова А.И. Факторы риска развития синкопальных состояний у детей с отдаленными последствиями перинатального поражения центральной нервной системы // Вопросы современной педиатрии. – 2008. – № 2. – т. 7. – С. 62-67.

1. Ahutina T.V., Pylaeva N.M., Jabloкова L.V., Polonskaja N.N. Metody nejropsihologicheskogo obsledovaniya detej 6-8 let // Vestnik Moskovskogo Universiteta. – 1996. – № 2.

2. Barashnev Ju.I. Perinatal'naja nevrologija. - M.: Triada-H, 2011. – 672 s.

3. Glozman Zh.M., Potanina A.Ju., Soboleva A.E. Nejropsihologicheskaja diagnostika v doshkol'nom vozraste. - SPb.: Piter, 2006. – 80 s.

4. Larina O.A. Sostojanie central'noj nervnoj sistemy i nervno-psihicheskoe razvitiye detej pervyh dvuh let zhizni, perenessih perinatal'noe gipoksicheski-ishemicheskoe porazhenie golovnogogo mozga, v uslovijah doma rebenka: Dis. ... kand. med. nauk.. – Ivanovo, 2005. – 185 s.

5. Mikadze Ju.V. Nejropsihologija detskogo vozrasta: Uchebnoe posobie. — SPb.: Piter, 2008. — 288 s.

6. Krivonogova T.S., Mihal'ov E.V., Babikova Ju.A., Ryzhakova N.A Osobennosti pamjati u detej doshkol'nogo vozrasta s posledstvijami perinatal'nyh porazhenij central'noj nervnoj sistemy // Gumanitarnye problemy biologii i mediciny. – 2014. – Т. 13. – № 1. – С. 161-165.

7. Polin R., Spitzer A. Sekrety neonatologii i perinatologii. – М.: Binom, 2014. – 624 s.

8. Radzinskij V.E., Knjazev S.A., Kostin I.N. Akusherskij risk. Maksimum informacii - minimum opasnosti dlja materi i mladenca. – М.: Jeksmo, 2009. – 288 s.

9. Shajtor V.M., Mel'nikova I.Ju., Safronova A.I. Faktory riska razvitiya sinkopal'nyh sostojanij u detej s otdalennymi posledstvijami perinatal'nogo porazhenija central'noj nervnoj sistemy // Voprosy sovremennoj pediatrii. – 2008. – № 2. – т. 7. – С. 62-67.

T.G. Goryacheva, M.S. Misochenko

NEUROPSYCHOLOGICAL ASPECT OF THE DEVELOPMENT OF MENTAL FUNCTIONS OF PRESCHOOLERS WITH PERINATAL HYPOXIA AND BIRTH ASPHYXIA IN ANAMNESIS

Pirogov Russian National Research Medical University, City Resource Center Family Placement Of Orphans (Moscow).

Summary. This article presents the results of investigation of mental development among preschoolers with prenatal hypoxia and asphyxia in anamnesis. The neuropsychological investigation was carried among 60 full-term children aged 6 years old. The analysis of the data illustrates that effect of prenatal hypoxia asphyxia have delayed impact of mental development. Besides, it was found that the level of certain mental functions of children with intrauterine hypoxia in anamnesis differ from the level of mental functions of children with birth asphyxia.

Keywords: preschool age, intrauterine hypoxia, birth asphyxia, neuropsychological diagnostics, the risks of perinatal pathology.

ИЗУЧЕНИЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О СЕБЕ И СВОЕМ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ Московский институт психоанализа (Москва).

Резюме. В статье рассматриваются представления о себе детей дошкольного возраста. Данная проблема раскрывается в контексте знаково-символического опосредования как инструмента изучения самосознания нормативно развивающихся детей и детей с психосоматическими заболеваниями. Представлен опыт отечественных и зарубежных ученых в области изучения представлений о себе детей дошкольного возраста.

Ключевые слова: знаково-символическое опосредование, дошкольники с аллергическими заболеваниями.

Обоснование. Ежегодное увеличение количества детей с аллергическими заболеваниями заставляет ученых искать новые методы лечения и предупреждения осложнений, вызываемых данными заболеваниями. Статистические данные последних десятилетий подтверждают их рост, особенно в развитых странах. От 10% до 30% населения, проживающего в высокоразвитых экономических районах Германии, Англии, Франции страдает аллергическими заболеваниями. Данные эпидемиологических исследований Института иммунологии МЗ РФ в различных регионах России показали, что распространенность аллергических заболеваний колеблется от 15% до 35% , что составляет от 1% до 1,5% населения [3]. Данные цифры не зависят от уровня урбанизации, т. е. они едины и для сельской, и для городской местности. При этом поражение детей аллергическими заболеваниями колеблется от 5,2% до 15,5%.

В современной науке понятие аллергии определяется следующим образом: аллергия – это состояние патологически повышенной реакции организма на какие-либо вещества чужеродной природы, в основе которой лежат иммунологические механизмы. Патологические состояния, характеризующиеся образованием антител и специфически реагирующих лимфоцитов, развиваются в ответ на контакт с соответствующим аллергеном (или аллергенами), который рассматривается как этиологический фактор (или факторы) болезни. В настоящее время уже известно более 20 тысяч аллергенов, и их количество продолжает возрастать [1]. Проявлений аллергических заболеваний известно достаточно много. Наиболее часто (в 66% случаев) регистрируются аллергические заболевания дыхательных путей (в том числе риниты 15%–20%, бронхиальная астма 70%–80% и их сочетанная форма 66%–95%). 20% больных страдают пищевой аллергией, 9% — круглогодичным аллергическим ринитом, 4% — лекарственной аллергией и 1% — инсектной.

Данное заболевание характеризуется как соматическими нарушениями, так и психоневрологическими, такими как депрессия, гиперактивность, раздражительность и др. [3, 5, 6, 8] Аллергические заболевания накладывают свой отпечаток на развитие личности, что проявляется в специфических психологических особенностях, самосознании и акцентуации отдельных черт характера. В последнее время появилось достаточно большое количество исследований, касающихся детского возраста. Основная их часть посвящена изучению особенностей познавательной деятельности, детско-родительских отношений, эмоционально-личностной сферы [7, 11, 13, 15, 16].

Вместе с тем остается малоизученной проблема представлений о себе у данной категории детей. Это важно для понимания того, как осознается детьми с ал-

лергическими заболеваниями их актуальное состояние, ощущение себя больными или здоровыми. Ответ на данный вопрос позволит сделать вывод об адекватности внутренней картины болезни ребенка с аллергией, наметить пути адаптации ребенка к заболеванию.

На данный момент мы можем с уверенностью говорить лишь о том, что у детей с аллергическими заболеваниями затруднено осознание себя, а процесс отделения от родителей более сложен, поскольку по мере взросления ребенка отношение к нему значимых взрослых не меняется, что выражается в гиперопеке, усиленном контроле за образом жизни и питанием ребенка. Отсюда возникают сложности привития ребенку самостоятельности, а значит отсрочивается и внутренняя регуляция собственного поведения ребенка.

В старшем дошкольном возрасте при формировании собственной внутренней позиции ребенок-аллергик пересматривает свое отношение к правилам, жестко установленным взрослыми, и, как следствие, к своему здоровью. У детей, страдающих аллергией, возможны негативные эмоциональные реакции, связанные с изменением физического состояния: страх, замкнутость, тревога, раздражительность, формирование аномальных и эгоцентрических установок, неадекватная самооценка, конфликтность.

Исходя из этого, представляется важным изучить особенности самосознания дошкольников с аллергическими заболеваниями, чтобы помочь в сопротивлении болезни и формировании адекватного представления о себе и своем здоровье. Для этой цели был выбран универсальный инструмент, осваиваемый в онтогенезе, - знаково-символическое опосредование. Сущность опосредующей деятельности состоит в том, что человек детерминирует свое поведение с помощью знаков в соответствии с их психологической природой. Такую перестроенную психическую деятельность Л.С. Выготский предложил называть «высшая психическая функция» [2]. К знаково-символической деятельности Л.С. Выготский относит речь, игру, рисование. Он объясняет связь рисования и игры с жестом тем, что жест в игре — это символическое действие с предметом-заместителем, которое сообщает значение выбранному заместителю.

В работах Н.Г. Салминой выделены следующие формы знаково-символических деятельностей: замещение, кодирование, схематизация, моделирование [9]. Они, в свою очередь, проявляются в таких видах знаково-символической деятельности, как игра, изобразительная деятельность, письмо. В дошкольном и младшем школьном возрасте знаково-символическая деятельность в них представлена в основном в форме замещения и кодирования. Е.Е. Сапогова в своих работах большое значение отводила замещению, как базовому процессу в овладении знаково-символическими средствами. По мнению автора, такие виды деятельности, как моделирование, умственное экспериментирование будет невозможно без замещения [10]. Однако появление осознанного и произвольного использования знаково-символических средств в интеллектуальной деятельности дошкольника относится к 7-8 годам.

Л.С. Выготский предлагает еще одно понятие, используемое в культурно-исторической теории — знаково-символическое опосредование. Развитие Л.С. Выготский понимал как развертывание психических процессов и поведения во времени, как переход к новому принципу их порождения. Моделью такого перехода от натуральной (непосредственной) к культурной (опосредованной) форме поведения для него стало знаковое опосредование. Под знаками он понимал любые искусственно созданные средства, назначение которых состоит в воздействии

на поведение. Всякий искусственно созданный человеком стимул, являющийся средством овладения поведением (чужим или собственным), есть знак. Экспериментально эти проблемы были разработаны Н.Г. Салминой и др. [9, 14].

Таким образом, изучение представлений дошкольников о себе и своем здоровье посредством знаково-символического опосредования является наиболее эффективным инструментом. Правильный подбор методик позволит нам с большой точностью выявить особенности представлений ребенка дошкольного возраста о себе.

Цель. Изучить представления о себе и своем здоровье детей дошкольного возраста с аллергическими заболеваниями с использованием подхода знаково-символического опосредования.

Организация исследования. Базами исследования стали ГБОУ детские сады комбинированного вида №№ 2201 и 2104. Исследование проводилось во второй половине дня, вне режимных моментов и образовательной деятельности. Всего в исследовании приняли участие 240 воспитанников.

Критериями включения явились: возраст ребенка - 6-7 лет; наличие у ребенка аллергического заболевания; отсутствие у ребенка каких-либо иных хронических заболеваний; проживание в полной семье.

Критерием исключения явилось несоответствие критериям включения.

В ходе исследования были сформированы контрольная и экспериментальная группы, которые были выровнены по возрастно-половому критерию:

1. Экспериментальную группу составили 150 детей, имеющих аллергические заболевания. Из них 34% (50 детей) страдают пищевой аллергией, 38% (54 ребенка) страдают атопическим дерматитом и 28% (46 детей) страдают респираторной формой аллергии. В составе группы 64 девочки и 66 мальчиков.

2. Контрольную группу составили 90 детей, не имеющих в анамнезе каких-либо хронических заболеваний. В состав группы вошли 43 мальчика и 57 девочек.

Этическая экспертиза. Поскольку в нашем исследовании принимали участие несовершеннолетние, то перед его началом были взяты письменные согласия родителей на участие их детей в эксперименте. Также получено разрешение на обработку и использование данных исследования без разглашения личных данных его участников.

Этапы исследования:

Подготовительно-аналитический этап. На этом этапе изучались теоретические материалы, проводился анализ научных данных, отраженных в медицинской, психолого-педагогической, философской литературе; формулировалась проблема исследования, проводилось пилотажное исследование, осуществлялся подбор диагностических методик.

Диагностико-экспериментальный этап. На втором этапе была сформирована организационно-методическая база исследования, определены условия его проведения. Проведен констатирующий эксперимент, в котором участвовали дети с аллергическими заболеваниями, а также условно здоровые дети.

Заключительно-обобщающий этап. На третьем этапе был проведен качественный и количественный анализ результатов. Все результаты были подвергнуты статистической обработке.

Методы. Наше исследование являлось эмпирическим и носило прикладной характер. В основу работы легла методология Л.С. Выготского (знаково-символическая деятельность, культурно-историческая концепция), концепция психосоматического развития, положения о связи психического и соматического, взаимовлияния болезни и психики, а также анализ современных исследований по

данной проблеме [4, 16, 17, 18].

В работе использовались методы: наблюдение, описание, эксперимент. Для исследования отношения детей к себе и своему здоровью был реализован подход знаково-символического опосредования. На этапе диагностики были использованы следующие методики: «Половозрастная идентификация» Н.Л. Белопольской; «Двойной рисунок человека» Е.В. Свистуновой; «Цветовой тест отношений (ЦТО)» А.М. Эткинда; «Лесенка» В.Г. Щур; «Дерево» Д. Лампен (адаптация Л.П. Пономаренко); «Графический тест Э. Вартегг» в авторской модификации; «Незаконченные предложения» Saks–Sidney в авторской модификации.

Методы статистического анализа данных: Описательную статистику качественных признаков представили абсолютными и относительными частотами. Статистическую обработку полученных данных выполняли с помощью пакет программ IBM SPSS Statistics с использованием U-критерия Манна-Уитни. Различия считали достоверными при $p \leq 0,05$.

Результаты. Полученные данные были проанализированы с позиций: отношение к своему здоровью; отношение к окружающим; отношение к себе.

Отношение к здоровью и болезни

По результатам проведенного исследования было выделено шесть параметров, характеризующих отношение ребенка к здоровью и болезни: отношение к здоровью; отношение к болезни; отождествление себя со здоровым или больным; отношение здорового ребенка к больному; отношение больного к здоровому; отношение больного ребенка к больному.

Дети из контрольной и экспериментальной групп независимо от своего состояния и самочувствия понимают и знают, почему хорошо быть здоровыми. Они отмечают положительные стороны «здоровья», что является адекватным для ребенка старшего дошкольного возраста (табл. 1).

Таблица 1.

Отношение к болезни и здоровью детей дошкольного возраста

	Контрольная группа (в %)	Экспериментальная группа (в %)	$p=$
Положительное отношение к здоровью	89	85	-
Отрицательное отношение к болезни	84	73	-
Отождествление себя с больным	23	41	0,05
Отождествление себя со здоровым	77	69	-
Больной ребенок-друг	15	71	0,001
Больной ребенок - опасность	70	9	0,001

Давая характеристику болезни, дети экспериментальной группы значительно чаще отмечают, что болезнь накладывает определенные ограничения на жизнедеятельность. Вероятно, это связано с запретами, связанными с их заболеванием.

Дети контрольной группы значительно реже, чем дети экспериментальной группы, характеризуют болезнь и здоровье через определенное самочувствие. Они отличают болезнь от здоровья по появлению некоторого дискомфорта, что является адекватным заключением с нормальными причинно-следственными связями. Дети с аллергиями ориентируются не на собственные ощущения и умозаключения, а на реакцию взрослого, который их лишил чего-либо, и таким образом ребе-

нок понял, что болен. Такая позиция, на наш взгляд, определяется рядом личностных и социальных характеристик, которые могут быть следствием авторитарного воспитания. Впоследствии это может привести к развитию таких черт личности, как конформность и пассивность.

Дети контрольной группы проявляют больше решимости и самостоятельности, говоря о том, что при заболевании необходимо обратиться за помощью или сделать что-то самому. Такого рода ответы значительно реже встречаются у детей экспериментальной группы. То есть дети с аллергическими заболеваниями не склонны ориентироваться на собственные силы для решения сложных ситуаций, что свидетельствует о выраженной потребности в авторитарной защите.

Дети экспериментальной группы чаще склонны давать оценку происходящему с ними (хорошо или плохо), что отражает тенденцию к примитивному и пассивному типу отреагирования на ситуацию.

Дети экспериментальной группы значительно чаще говорят об отстраненности как больного, так и здорового ребенка. При этом большинство детей с аллергиями отмечает высокую тревожность и общую слабость больного ребенка.

Идентификация себя с больными и здоровыми детьми

Дети контрольной группы чаще принимают и ставят на высокие социальные позиции здоровых детей и реже больных. Они считают больных детей психологически слабыми, теми, кто заведомо не может занимать высокие социальные позиции.

Дети же экспериментальной группы чаще ставят на высокие социальные позиции больного ребенка и принимают его. Социальный статус здорового ребенка они определить затруднились.

Вместе с тем при идентификации себя со здоровым или больным ребенком дети из обеих групп в большинстве случаев определяют себя как здорового ребенка, что является адекватным для детей без хронических заболеваний. Для детей с аллергиями такая идентификация, с одной стороны, позволяет осознавать себя как полноценную личность, с другой, мешает их лечению и поддержанию особого образа жизни.

Отношение к окружающим

Применение комплекса диагностических методик позволило нам выявить отношение детей к окружающим значимым взрослым. В первую очередь, это отношение к родителям. Кроме того, нами было проанализировано отношение детей к врачу. Образ врача мы считаем значимым, поскольку дети с аллергическими заболеваниями часто посещают врача и следуют его рекомендациям (табл. 2).

Таблица 2.

Отношение к окружающим детей дошкольного возраста

	Контрольная группа (в %)	Экспериментальная группа (в %)	$p=$
Мать-защитник	32	42	-
Мать-исполнитель желаний	28	54	0,05
Отец- друг	33	57	0,05
Отец-карательный орган	52	38	0,05
Врач-накладывает ограничения на жизнедеятельность	18	79	0,001
Врач-помощник	68	15	0,001

Общее отношение к матери у детей и контрольной, и экспериментальной групп одинаково. Обе группы принимают мать, однако здоровые дети и дети с ал-

лергическими заболеваниями по-разному оценивают ее социальную позицию. Так, дети экспериментальной группы чаще, чем дети контрольной группы, дают ей низкую оценку. Мы можем предположить, что это связано с характерным для этих семей гиперопекающим поведением матери. В ситуациях, не связанных с болезнью, преобладает вседозволенность, а единственные ограничения, которые есть у ребенка, касаются его заболевания и соматического состояния. Мать в таких семьях может компенсировать своим поведением чувство вины.

Отношение к отцу у детей контрольной и экспериментальной групп практически противоположное. Дети контрольной группы чаще воспринимают отца как авторитетного взрослого и оценивают социальную позицию отца выше своей либо равную себе. Дети же экспериментальной группы оценивают свою социальную позицию выше, чем отцовскую, что, вероятно, говорит о низкой включенности отца в жизнь больного ребенка, недостаточной его авторитетности.

Образ врача также воспринимается детьми контрольной и экспериментальной групп по-разному. Так, если здоровые дети чаще отождествляют врача с другом, помощником, то дети с аллергическими заболеваниями воспринимают его как неприятного, плохого человека. Такие результаты в данном случае мы считаем адекватными, поскольку, если заболевает здоровый ребенок, то врач помогает избавиться от болезни. В случае же ребенка с аллергическими заболеваниями врач, как правило, накладывает ограничения на жизнедеятельность ребенка, особенно это выражено у детей с пищевой формой аллергии.

Отношение к себе

У детей с аллергическими заболеваниями самооценка значительно ниже, чем в контрольной группе. Для них характерны высокий уровень тревожности, безынициативность, нежелание самостоятельно принимать решения. При этом дети из экспериментальной группы показали себя более настойчивыми в достижении значимых целей, что может быть объяснено стремлением к избавлению от симптомов болезни и изменению образа жизни (табл. 3).

Таблица 3.

Отношение к себе детей дошкольного возраста

	Контрольная группа (в %)	Экспериментальная группа (в %)	$p=$
Низкая самооценка	15	77	0,001
Повышенная тревожность	18	68	0,001
Потребность в защищенности	13	80	0,001
Отсутствие активной жизненной позиции	25	58	0,05
Инфантильность	21	79	0,001
Импульсивность	18	62	0,001

Дети из обеих групп достаточно высоко оценивали себя по наличию умственных способностей, привлекательной внешности, смелости (уверенности в своих силах).

Оценка других параметров значимо отличалась у здоровых детей и детей с аллергиями. Такое качество, как доброта, дети с аллергическими реакциями оценивали ниже среднего, что, возможно, связано с постоянным пребыванием в возбужденном, раздраженном состоянии, что сказывается на взаимоотношениях с окружающими. По этой же причине дети с аллергическими реакциями оценивают себя низко по шкалам «хороший-плохой». Низкие показатели по шкале «стара-

тельный», возможно, связаны с отрицательной оценкой результатов их деятельности другими людьми.

Исследование половозрастной идентификации показало, что дети с аллергиями чаще предпочитают свой возраст или более ранний. В то же время дети из контрольной группы предпочитали свой и более старший.

Инфантильность детей с аллергическими заболеваниями часто требует их большей защищенности для достижения комфортного состояния. Эти дети импульсивны и эмоциональны, что приводит их к хаотичным действиям или пассивному бездействию. В ответ на это взрослые из ближайшего окружения, усиливают свой контроль.

Заключение и выводы. Полученные нами качественные и количественные результаты не противоречат данным исследований, проведенных учеными с помощью других методов, что подтверждает эффективность применения знаково-символического опосредования в работе с детьми с аллергическими заболеваниями.

В результате исследования мы увидели общую незрелость личности ребенка с аллергиями, повышенный уровень личностной тревожности, заниженную самооценку, низкий уровень сформированности представлений о себе и своем здоровье.

Нами было показано, что снижение уровня здоровья отражается на оценке таких качеств, как старательность, доброта, а также на оценке себя как хорошего человека.

Дети с аллергическими заболеваниями имеют недостаточный уровень развития самосознания. В связи с этим отмечаются сложности в определении себя как больного или здорового и, следовательно, снижается эффективность проводимого лечения.

Практическая значимость исследования: полученные данные могут быть использованы в работе психологов, педагогов, врачей при оказании помощи данной категории детей в дошкольных образовательных учреждениях, ПМС-центрах.

Анализ полученных результатов позволил сделать следующие **выводы:**

1. Использование приема знаково-символического опосредования в диагностике позволяет более глубоко изучить личность ребенка дошкольного возраста.
2. Дети с аллергическими заболеваниями имеют ряд характерологических особенностей, обусловленных их воспитанием.
3. Дети с аллергическими заболеваниями имеют искаженное представление о себе, которое формируется внешней оценкой.
4. Отношение к окружающим носит пользовательский характер. Близкие и родные используются ребенком для достижения конкретных целей, что формирует эгоистичный и инфантильный склад личности.
5. Большинство детей с аллергиями не считает себя больными, что осложняет их лечение и требует коррекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Биличенко Т.Н., Чучалин А.Г., Тубекова М.А. и др. Распространенность аллергических заболеваний и их факторов риска среди студентов медицинского вуза // Пульмонология. – 2015, 25(1). – С. 68-76.
2. Выготский Л.С. Развитие личности и мировоззрение // Психология личности. Тексты. – М.: Педагогика, 1982. – Т. 5.
3. Горяйнов А.А. Психосоматический подход в современной медицине к патологии человека // Врач-аспирант. – 2005, № 1 (8). – С. 56-65.
4. Даирова Р.А. Роль семьи в формировании образа тела у детей, страдающих бронхиальной астмой // Сборник научных трудов ф-та специальной педагогики и

специальной психологии МГПУ, выпуск I. — М: МГПУ — 2005. - С. 42-53

5. Колхир В.П. Доказательная аллергология-иммунология. — М.: Практическая медицина, 2010. — 528 с.

6. Намазова-Баранова Л.С. Аллергия у детей: от теории к практике. — М.: Союз педиатров России, 2011. — 668 с.

7. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. — М., Изд-во МГУ, 1987. — 116 с.

8. Руководство для практических врачей. Клиническая аллергология / под ред. Р.М. Хаитова. — М.: «Медпресс-информ», 2002. - 623 с.

9. Салмина Н. Г. Знаково-символическое развитие детей в начальной школе // Психологическая наука и образование. — 1996, № 1. - С. 73-82.

10. Сапогова Е.Е. Ребенок и знак: психологический анализ знаково-символической деятельности дошкольника. — Тула: Приок. кн. изд-во, 1993. — 263 с.

11. Свистунова Е.В. Как ребенок воспринимает болезнь // Медицинская сестра. — 2012, № 2. — С. 47-52.

12. Серавкина М.С., Свистунова Е.В. Здоровье через призму знаково-символического опосредования (на примере дошкольников с аллергическими заболеваниями) // Современные представления о психической норме и патологии: Психологический, клинический и социальный аспекты / Отв. ред. Н.Л. Белопольская. — М.: Когито-Центр, 2015. —С. 203-210.

13. Урванцев Л.П. Психология соматического больного. — Ярославль 2000. — 215 с.

14. Эльконин Д.Б. Введение в детскую психологию // Психическое развитие в детских возрастах. — М.; Воронеж, 1997. — 414 с.

1. Bilichenko T.N., Chuchalin A.G., Tubekova M.A. i dr. Rasprostraneniye alergicheskikh zabolevanij i ih faktorov riska sredi studentov medicinskogo vuza // Pul'monologija. — 2015, 25(1). — S. 68-76.

2. Vygotskij L.S. Razvitie lichnosti i mirovozzrenie // Psihologija lichnosti. Teksty. — М.: Pedagogika, 1982. — Т. 5.

3. Gorjajnov A.A. Psihosomaticheskij podhod v sovremennoj medicine k patologii cheloveka // Vrach-aspirant. — 2005, № 1 (8). - S. 56-65.

4. Dairova P.A. Rol' sem'i v formirovanie obraza tela u detej, stradajushhih bronhial'noj astmoy // Sbornik nauchnyh trudov f-ta special'noj pedagogiki i special'noj psihologii MGPU, vypusk I. — М: МGPU — 2005. - S. 42-53

5. Kolhir V.P. Dokazatel'naja allergologija-immunologija. — М.: Prakticheskaja medicina, 2010. — 528 s.

6. Namazova-Baranova L.S. Allergija u detej: ot teorii k praktike. - М.: Sojuz pediatrov Rossii, 2011. — 668 s.

7. Nikolaeva V.V. Vlijanie hronicheskoy bolezni na psihiku. — М., Izd-vo MGU, 1987. — 116 s.

8. Rukovodstvo dlja prakticheskikh vrachej. Klinicheskaja allergologija / pod red. R.M. Haitova. — М.: «Medpress-inform», 2002. - 623 s.

9. Salmina N. G. Znakoivo-simvolicheskoe razvitie detej v nachal'noj shkole // Psihologicheskaja nauka i obrazovanie. — 1996, № 1. - S. 73-82.

10. Sapogova E.E. Rebenok i znak: psihologicheskij analiz znakovo-simvolicheskoy dejatel'nosti doskol'nika. — Tula: Priok. kn. izd-vo, 1993. — 263 s.

11. Svistunova E.V. Kak rebenok vosprinimaet bolezni'. // «Medicinskaja sestra». — 2012, № 2. — S. 47-52.

12. Seravkina M.S., Svistunova E.V. Zdorov'e cherez prizmu znakovosimvolicheskogo oposredovanija (na primere doskol'nikov s allergicheskimizabolevanijami) // Sovremennye predstavlenija o psihicheskoj norme i patologii: Psihologicheskij, klinicheskij i social'nyj aspekty / Otv. red. N.L. Belopol'skaja. – M.: Kogito-Centr, 2015. –S. 203-210.
13. Urvancev L.P. Psihologija somaticheskogo bol'nogo. - Jaroslavl' 2000. – 215 s.
14. Jel'konin D.B. Vvedenie v detskuju psihologiju // Psihicheskoe razvitie v detskih vozrastah. – M.; Voronezh, 1997. – 414 s.
15. Breiner S. J. Slaughter of the innocents: child abuse through the ages today / S. J. Breiner – New York; London: Plenum press, 1990. – 314 p.
16. Siegel B. What about me? Growing up with a developmentally disabled sibling. / B. Siegel, S. Silverstein. – New York; London: Insight books, 1994. – 296 p.

E.V. Svistunova, M.S. Seravkina

THE SIGNIFICANCE OF SYMBOLIC MEDIATION FOR THE STUDY ON CHILDREN WITH ALLERGIC DISEASES

Moscow Institute of Psychoanalysis (Moscow).

Summary. This article discusses beliefs about themselves children of preschool age. This problem is revealed in the context of sign-symbolic mediation as a tool for the study of consciousness normally-developing children and children with psychosomatic diseases. The experience of domestic and foreign scholars in the study of perception of children of preschool age.

Keywords: sign-symbolic mediation, preschool children with allergic diseases

**ОСОБЕННОСТИ ЖИЗНЕННОЙ ПОЗИЦИИ РОДИТЕЛЕЙ
ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА
ФГБНУ «Институт управления образованием РАО» (Москва).**

Резюме. Статья основана на материалах анкетного опроса 486 родителей детей старшего дошкольного возраста, посещающих детские образовательные учреждения города Москвы. В ней рассмотрены три аспекта, характеризующие особенности жизненной позиции родителей: ценностные ориентации родителей, оценка родителями успешности своих жизненных перспектив, их страхи и опасения. Показано влияние социально-демографических и социально-стратификационных факторов на особенности жизненной позиции родителей детей старшего дошкольного возраста.

Ключевые слова: родитель, дошкольник, старший дошкольный возраст, ценностные ориентации, жизненные перспективы, страхи и опасения, демографические факторы, социально-стратификационные факторы.

Настоящая статья продолжает цикл наших публикаций, посвященных проблемам социологии дошкольного детства [1, 2, 3, 7, 9]. Она посвящена исследованию жизненной позиции родителей детей старшего дошкольного возраста. При этом основное внимание уделено анализу трех вопросов: структуры жизненных ценностей родителей; эмоциональной оценки ими перспектив своего будущего; характеристики их жизненных страхов и угроз.

На наш взгляд, эти три вопроса представляют особый интерес в силу следующих обстоятельств. Так, например, доминирование той или иной ценности (воспитание ребенка, успешная профессиональная деятельность, достижение материального благосостояния и др.) может в существенной степени ориентировать стратегию поведения взрослого как при реализации жизненной программы, так и при выборе стратегии воспитания ребенка [5, 6]. Эмоциональная оценка взрослым своей жизненной успешности не только определяет страхи и опасения, но и проецируется на отношения с ближайшими родственниками, ребенком, определяя общий эмоциональный фон семейной ситуации [10, 11]. Наконец, особый интерес представляет трансформация ценностных ориентаций и жизненных страхов родителей в связи с изменением общего экономического и политического контекста [4].

Настоящая статья основана на материалах анкетного опроса 486 родителей детей старшего дошкольного возраста, посещающих детские образовательные учреждения г. Москвы. Полученный материал анкетного опроса анализируется относительно влияния таких факторов, как пол родителей и ребенка, возраст родителей, их материальный и образовательный статус, полнота семьи. Особое внимание в статье будет уделено выявлению динамики трансформаций выявленных тенденций за последние 20 лет на основе сопоставления полученных результатов с мониторинговыми социологическими исследованиями 1997 и 2007 гг.

В исследовании использовалась анкета, разработанная сотрудниками Центра Социологии Образования РАО в 1997 г. [7], которая впоследствии модифицировалась и совершенствовалась [9]. В анкете респондентам предлагается широкий круг вопросов, касающихся их жизненных ценностей, реализуемых стратегий по воспитанию ребенка и др. Разработанный инструментарий предполагает возможность обработки полученных данных в зависимости от влияния социально-демографических (пол, возраст) и социально-стратификационных (образование,

материальное положение, полнота семьи и др.) факторов.

Ценностные ориентации. В ходе опроса родителям задавался вопрос, направленный на выявление их предпочтений относительно широкого спектра жизненных ценностей: счастливой семейной жизни, успешной профессиональной деятельности, здоровья, общения с друзьями, приобщения к культуре и др.

Анализ результатов показывает, что явными доминантами в ряду жизненных ценностей у родителей детей старшего дошкольного возраста выступают следующие три: «воспитание ребенка» (82,4%), «счастливая супружеская жизнь» (61,7%) и «хорошее здоровье» (58,0%). В целом эти данные позволяют сделать вывод о том, что именно семья, ее благополучие выступают как выраженная смысловая доминанта, относительно которой сориентирован круг ценностей родителей детей дошкольников. В этой связи заметим, что такие ценности, как «успешная профессиональная деятельность» и «достижение материального благосостояния» отмечаются родителями существенно реже, соответственно 29,6% и 28,5%. Не высока роль и «общения с друзьями» (8,7%). Отметим также, что такие ценности, как приобщение к культуре, религии, которые можно классифицировать, как ценности, связанные с духовно-нравственным развитием, а также политическая карьера как ценность, проявления социальной активности оказались значимыми лишь для небольшого числа родителей (соответственно 5,9%, 3,3% и 0,4%).

Следует подчеркнуть, что ценностные ориентации в существенной степени определяются своеобразием социально-ролевой позиции взрослого в структуре семьи – отцовской или материнской. Так, матери существенно чаще ориентированы непосредственно на семейные ценности, отцы же на успешную деятельность и материальное благополучие (соответственно «воспитание детей» 89% и 72,4%, «счастливая супружеская жизнь» 64,8% и 57,3%, «успешная профессиональная деятельность» 24,5% и 36,8%, «достижение материального благополучия» 23,1% и 36,2%; различия статистически значимы на уровне $p < .05$).

Особый интерес представляет анализ влияния такого фактора, как полнота семьи. С этой целью мы сравнили ответы замужних и незамужних матерей. Результаты сравнения показали, что замужние матери гораздо чаще, по сравнению с незамужними, отмечают ценность «счастливой супружеской жизни», соответственно 69,1% и 35,3% ($p < .01$). На наш взгляд, подобный результат крайне важен, поскольку свидетельствует о том, что для большинства незамужних матерей неудавшийся брак оказал серьезное травмирующее влияние. Действительно, это привело к тому, что две трети из них обесценили для себя важность супружеских отношений. К этому стоит добавить, что разрушение семьи ведет к повышению значимости внесемейного общения: если среди незамужних матерей значимость ценности «общение с друзьями» отмечает 17,6%, то у замужних лишь 6,4% ($p < .01$). Характерна и другая тенденция: незамужние матери чаще, по сравнению с замужними, отмечают значимость «достижения материального благосостояния» (соответственно 35,3% и 21,0%, $p < .05$). Подобные различия могут свидетельствовать о том, что у незамужних деформируется традиционалистская социально-ролевая материнская позиция и они вынуждены брать на себя заботу о материальном благосостоянии семьи.

Следует подчеркнуть, что указанные нами тенденции, проявившиеся при сравнении ответов замужних и незамужних матерей, были обнаружены и в наших предыдущих исследованиях [7, 9]. Это позволяет сделать вывод о том, что разрушение семьи оказывается важнейшим фактором, влияющим на

преобразование ценностных ориентаций матерей: вытеснение значимости супружества как ценности и принятие на себя традиционалистских отцовских функций по материальному обеспечению семьи.

Безусловно, на ценностные ориентации родителей оказывают влияние и социально-стратификационные факторы, в первую очередь такие, как уровень образования и материальная обеспеченность. При этом характерно, что «достижение материального благополучия» оказывается гораздо более значимой ценностью среди родителей с низким образовательным статусом. Так, если на важность «достижения материального благополучия» среди родителей со средним образованием указывают 55,0%, то среди родителей с высшим образованием таких 24,4% ($p < .01$).

Иначе проявляется влияние материального статуса родителей. Так, среди высокообеспеченных родителей значимость ценности «воспитания ребенка» выражена заметно ниже, чем среди малообеспеченных, соответственно 42,9% и 89,3% ($p < .01$). Возможно, это связано с тем, что в высокообеспеченных семьях более выражены и другие ценности. Например, если среди высокообеспеченных родителей на «карьерную успешность» указывают 14,3%, то среди малообеспеченных лишь 0,3% ($p < .01$).

Завершая данный раздел, следует подчеркнуть устойчивость зафиксированных нами тенденций. Так, например, выше мы отмечали, что сходные различия в ценностных ориентациях между замужними и незамужними матерями были обнаружены нами и в более ранних исследованиях 1997 и 2007 гг. В этой связи следует подчеркнуть, что за прошедшие двадцать лет ценностная структура родителей детей старшего дошкольного возраста в целом оказалась инвариантной. Во всех трех исследованиях (1997, 2007 и 2015 гг.) в центре внимания родителей находятся ценности воспитания детей, счастливой супружеской жизни, хорошего здоровья. За ними следуют успешная профессиональная деятельность и достижение материального благополучия. Гораздо менее выражены такие ценности, как общение с друзьями, полноценное приобщение к культуре, религия и политическая карьера. Иными словами, ценностное ядро и его периферия у родителей детей дошкольного возраста оказываются достаточно стабильными у разных поколений родителей.

Эмоциональная оценка жизненных перспектив, страхи и опасения. Для характеристики жизненной позиции особый интерес представляет эмоциональная оценка своего будущего. С этой целью респондентам в ходе опроса был предложен специальный вопрос, отвечая на который, они должны были выбрать один из трех вариантов: «я с уверенностью и оптимизмом смотрю в завтрашний день», «у меня есть сомнения в том, что жизнь сложится удачно», «я со страхом и пессимизмом жду завтрашнего дня». Заметим, что подобный вопрос был разработан еще в начале 1990 гг. [4, 8] и показал свою содержательную валидность в многочисленных последующих социологических опросах учащихся, родителей, учителей и воспитателей детских садов.

Полученные данные показывают, что подавляющее большинство родителей детей старшего дошкольного возраста (88,1%) позитивно оценивает свои жизненные перспективы и «с уверенностью и оптимизмом смотрит в завтрашний день». При этом каждый девятый (11,5%) испытывает «сомнение в том, что жизнь сложится удачно». Следует подчеркнуть, что лишь единицы (0,4%) «со страхом и пессимизмом ждут завтрашнего дня».

Более детальный анализ полученных данных показывает, что лишь фактор

материальной обеспеченности оказывает влияние на характер ответов родителей. Так, если среди недостаточно обеспеченных «с оптимизмом и уверенностью смотрят в завтрашний день» 60,0%, то среди среднеобеспеченных таких 89,7% ($p < .01$). «Сомневаются в том, что их жизнь сложится удачно», соответственно: 40,0% и 10,0% ($p < .01$).

Заметим, что за последние двадцать лет число сомневающихся в своей жизненной успешности родителей существенно сократилось: в середине девяностых (1997) – 38,6%, десять лет спустя (2007) – 18,7%, в настоящее время (2015) – 11,5% ($p < .01$). Параллельно статистически значимо изменилось и число «оптимистов», соответственно: 51,9%, 66,7% и 88,1% ($p < .01$).

Наряду с общей эмоциональной оценкой родителями горизонта видения своего будущего, особый интерес представляют их ответы на вопрос о своих страхах и опасениях («Что лично Вас беспокоит в будущем?»). При ответе на него родителям предлагалось выбрать не более трех значимых для них страхов.

Полученные результаты показывают, что три четверти родителей (75,4%) отметили «беспокойство за своего ребенка». На втором по значимости месте стоит «страх войны», – его отметил каждый второй (49,7%). На третьем – «беспокойство за свое здоровье» (18,0%). Остальные страхи отмечали сравнительно немногие: «боюсь смерти» – 6,8%; «нет уверенности, что правильно выбрал(а) свою профессию» – 5,7%; «боюсь стать жертвой насилия, преступления» – 4,3%; «не уверен(а), что смогу жить самостоятельно» – 3,0%; «опасаюсь, что у меня не сложится личная жизнь» – 2,5%; «боюсь стать жертвой национализма» – 1,4%; «отсутствие внешней привлекательности» – 0,5%.

Сравнение ответов отцов и матерей позволяет выделить три жизненных угрозы, относительно которых их мнение существенно расходится. Так, матери, по сравнению с отцами, чаще боятся войны» (соответственно: 55,1% и 41,4%; $p < .01$). Они также чаще отмечают опасения по поводу того, что у них «не сложится личная жизнь» (соответственно: 3,8% и 0,6%; $p < .05$), а также то, что «не смогут жить самостоятельно» (соответственно: 4,6% и 0,6%; $p < .05$). В этой связи можно говорить о более выраженной личностной зависимости матерей и детей дошкольного возраста, по сравнению с отцами.

К этому следует добавить, что у матерей, в отличие от отцов, явно прослеживается тенденция увеличения страха смерти с возрастом: если в группе от 27 до 35 лет на него указывает 6,1%, то в возрастной когорте от 46 до 55 лет таких четверть – 25% ($p < .05$). Можно предположить, что повышенная значимость этого страха в старшей возрастной когорте связана не столько с ухудшением здоровья, сколько со страхом за своего ребенка, который может остаться без материнской опеки.

Особое значение, на наш взгляд, имеет сопоставление ответов замужних и незамужних матерей. Так, среди незамужних матерей, по сравнению с замужними, гораздо чаще отмечается опасение, что у них «не сложится личная жизнь» (соответственно: 18,2% и 1,8%; $p < .01$). Причем более детальный анализ показывает, что эта тенденция отчетливо проявляется лишь при сравнении замужних и незамужних матерей мальчиков (соответственно 0,5% 26,3% у матерей мальчиков и 3,7% и 7,1% у матерей девочек).

Более выраженное опасение относительно возможностей устройства личной жизни у разведенных матерей мальчиков по сравнению с замужними можно, на наш взгляд, объяснить боязнью возможных конфликтов между сыном и будущим супругом (повышенная ревность, причем с обеих сторон, и т. п.).

В этой связи стоит обратить внимание на явное противоречие между значимостью «счастливой семьи», как жизненной ценности и страхом относительно возможности устроить личную жизнь у разведенных матерей. Так, напомним, что среди незамужних матерей ценность счастливой супружеской жизни отмечалась гораздо реже, чем среди замужних (соответственно: 35,3% и 69,1%; $p < .01$). Подобные ценностные различия свидетельствуют о том, что незамужние матери детей дошкольников стремятся вытеснить для себя саму ценность успешного супружества. В то же время приведенные на рис. 2 данные показывают, что именно угроза, связанная с невозможностью создания счастливой семейной жизни, у разведенных матерей гораздо более выражена. Подобные различия позволяют сделать вывод о том, что неудавшийся брак влияет на нивелирование значимости супружеской жизни на ценностном уровне, и здесь явно проявляется защитная реакция. В то же время на потребностном уровне счастливый брак для матерей-одиночек является весьма актуальным и значимым. Скажем иначе, на сознательном уровне ценность брака девальвируется, в то время как на неосознаваемом (подсознательном) она, напротив, актуализируется. Иными словами, здесь проявляется драматический конфликт между осознаваемым Я и подсознанием.

Безусловно, на страхи родителей заметное влияние оказывают и социально-стратификационные факторы. При этом особенно явно проявляется роль материальной обеспеченности. Так, например, опасение, что «не сложится личная жизнь», наиболее значимо для недостаточно обеспеченных родителей по сравнению со среднеобеспеченными (соответственно 20,0% и 1,7%; $p < .05$). Также недостаточно обеспеченные родители по сравнению с высокообеспеченными чаще отмечают «страх за своего ребенка» (соответственно 86,7% и 42,9; $p < .01$). В целом приведенные данные позволяют сделать вывод о том, что низкий уровень материальной обеспеченности явно актуализирует страхи, связанные с семейной жизнью (личная жизнь и страх за ребенка).

И, наконец, сопоставление значимости жизненных страхов у родителей детей дошкольного возраста по опросам 2007 и 2015 гг., позволяет выделить две характерных тенденции. С одной стороны, к 2015-му году явно снижается выраженность всех страхов, которые непосредственно относятся к личности родителей («не сложится личная жизнь», «неправильно выбрал профессию», «возможность стать жертвой преступления», «беспокойство за свое здоровье», «отсутствие внешней привлекательности», «неуверенность в своей самостоятельности»). Подобная тенденция позволяет предположить: снижение значимости целого комплекса «личностных страхов» обусловлено общим повышением оптимизма относительно успешности своих жизненных перспектив, что было отмечено нами в самом начале настоящего раздела.

С другой стороны, явно повысились два страха, которые родители не относят непосредственно к себе: «боязнь войны» (38,0% в 2007 г. и 49,7% в 2015 г.) и «страх за своего ребенка» (соответственно 57,1% и 75,4%). Это позволяет сделать вывод о том, что ухудшение международной политической ситуации оказывается значимой «угрозой» для успешной реализации непосредственно родительской функции, – опеки и воспитания своего ребенка.

Выводы. Выделим наиболее важные, с нашей точки зрения, моменты.

1. Проведенное исследование выявило существенные различия в ценностных ориентациях отцов и матерей, которые свидетельствуют о сохранении традиционалистских поло-ролевых установок у современных родителей детей

дошкольного возраста.

2. Распад семьи является важнейшим фактором, влияющим на преобразование ценностных ориентаций у матерей-одиночек. Это ведет к вытеснению значимости супружества как ценности и формированию установки на реализацию традиционалистских отцовских функций по материальному обеспечению семьи.

3. Неудавшийся брак связан с переживанием сложного личностного конфликта у матерей-одиночек: на сознательном уровне проявляется защитная реакция, направленная на девальвацию ценности супружества, в то время как на подсознательном актуализируется страх относительно возможности устройства личной жизни.

4. Сопоставление результатов мониторинговых социологических опросов родителей детей дошкольного возраста, проведенных в течении последних двадцати лет, показало, что ухудшение международной политической ситуации актуализирует не только «страх войны», но и оказывает значимое влияние на оценку родителями своей успешности в связи с реализацией ими непосредственно родительской функции по опеке и воспитанию ребенка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Собкин В.С., Иванова А.И., Казначеева К.Н. Ребенок в детском саду: мнение родителей // Социология образования. Труды по социологии образования. Т. XIV. Вып. XXIV. / Под ред. В.С. Собкина. – М.: Институт социологии образования РАО, 2010. – С. 65-83.

2. Собкин В.С., Иванова А.И., Скобельцина К.Н. От воспитания в детском саду к школьному образованию: мнение родителей // Национальный Психологический журнал. – 2011. – № 1(5). – С. 111-118.

3. Собкин В.С., Иванова А.И., Скобельцина К.Н. Отношение родителей дошкольников к школьному образованию // Педагогика. – 2012. – № 4. – С. 20-26.

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

5. Собкин В.С., Марич Е.М. Воспитатель детского сада: жизненные ценности и профессиональные ориентации. По материалам социологического исследования. Труды по социологии образования. Том V. Выпуск VIII. – М.: Центр социологии образования РАО, 2000. – 165 с.

6. Собкин В.С., Марич Е.М. Ценностные ориентации родителей детей дошкольников // Вопросы психологии. – 2002. – № 6. – С. 3.

7. Собкин В.С., Марич Е.М. Социология семейного воспитания: дошкольный возраст. Труды по социологии образования. Том VII. Выпуск XII. – М.: Центр социологии образования РАО, 2002. – 247 с.

8. Собкин В.С., Писарский П.С. Жизненные ценности и отношение к образованию: кросскультурный анализ Москва-Амстердам. По материалам социологического опроса учителей, учащихся и родителей. – М.: Центр социологии образования РАО, 1994. – 151 с.

9. Социология дошкольного детства. Труды по социологии образования. Том XVII. Выпуск XXIX. / В. С. Собкин, К. Н. Скобельцина, А. И. Иванова, Е. С. Верясова // – М.: Институт социологии образования РАО, 2013. – 168 с.

10. Специфика эмоционально-личностной сферы дошкольников, живущих в неполной семье (на материале детских рисунков) / Е.О. Смирнова, В.С. Собкин, О.Э. Асадулина, А.А. Новаковская // Вопросы психологии. 1999, № 6. – С. 18-28.

11. The connection of socio-demographic factors and child-parent relationships to the psychological aspects of children's development / V.S. Sobkin, A.N. Veraksa, D.A.

Bukhalenkova, A.V. Fedotova, U.A. Khalutina, V.A.Yakupova // *Psychology in Russia: State of the Art*. 2016. №9(4). pp.106-122.

1.Sobkin V.S., Ivanova A.I, Kaznacheeva K.N. Rebenok v detskom sadu: mnenie roditel'ej // *Sociologija obrazovanija. Trudy po sociologii obrazovanija*. T. XIV. Vyp. XXIV. / Pod red. V.S. Sobkina. – M.: Institut sociologii obrazovanija RAO, 2010. –S. 65-83.

2.Sobkin V.S., Ivanova A.I. Skobel'cina K.N. Ot vospitanija v detskom sadu k shkol'nomu obrazovaniju: mnenie roditel'ej // *Nacional'nyj Psihologicheskij zhurnal*. – 2011. – № 1(5). – S. 111-118.

3.Sobkin V.S., Ivanova A.I., Skobel'cina K.N. Otnoshenie roditel'ej doshkol'nikov k shkol'nomu obrazovaniju // *Pedagogika*. – 2012. – № 4. – S. 20 26.

4.Sobkin V.S., Kuznecova N.I. Rossijskij podrostok 90-h: Dvizhenie v zonu riska. Analiticheskij doklad. – M.: JuNESKO, 1998. – 120 s.

5.Sobkin V.S., Marich E.M. Vospitatel' detskogo sada: zhiznennye cennosti i professional'nye orientacii. Po materialam sociologicheskogo issledovanija. *Trudy po sociologii obrazovanija*. Tom V. Vypusk VIII. – M.: Centr sociologii obrazovanija RAO, 2000. – 165 s.

6.Sobkin V.S., Marich E.M. Cennostnye orientacii roditel'ej detej doshkol'nikov // *Voprosy psihologii*. – 2002. – № 6. – S. 3.

7.Sobkin V.S., Marich E.M. Sociologija semejnogo vospitanija: doshkol'nyj vozrast. *Trudy po sociologii obrazovanija*. Tom VII. Vypusk XII. – M.: Centr sociologii obrazovanija RAO, 2002.– 247 s.

8.Sobkin V.S., Pisarskij P.S. Zhiznennye cennosti i otnoshenie k obrazovaniju: krosskul'turnyj analiz Moskva-Amsterdam. Po materialam sociologicheskogo oprosa uchitel'ej, uchashhihsja i roditel'ej. – M.: Centr sociologii obrazovanija RAO, 1994. – 151 s.

9.Sociologija doshkol'nogo detstva. *Trudy po sociologii obrazovanija*. Tom XVII. Vypusk XXIX. / V. S. Sobkin, K. N. Skobel'cina, A. I. Ivanova, E. S. Verjasova // – M.: Institut sociologii obrazovanija RAO, 2013. – 168 s.

10. Specifika jemocional'no-lichnostnoj sfery doshkol'nikov, zhivushhih v nepolnoj sem'e (na materiale detskih risunkov) / E.O. Smirnova, V.S.Sobkin, O.Je Asadulina, A.A. Novakovskaja // *Voprosy psihologii*. 1999, № 6. - S. 18-28.

11. The connection of socio-demographic factors and child-parent relationships to the psychological aspects of children's development / V.S.Sobkin, A.N.Veraksa, D.A. Bukhalenkova, A.V. Fedotova, U.A. Khalutina, V.A.Yakupova // *Psychology in Russia: State of the Art*. 2016. №9(4). pp.106-122.

V.S. Sobkin, J.A. Khalutina

PARENTS OF SENIOR PRESCHOOL AGED CHILDREN: LIVING POSITION PECULIARITY

Institute of Education Management of the Russian Academy of Education (Moscow).

Summary. Following article is based on the questionnaire survey materials of 486 parents of senior preschool aged children attending kindergartens in Moscow. Three factors characterizing peculiarity in parents` living position are being analyzed: parents` value orientations; estimation of life perspectives success; parents` fear and concern. The influence of socio-demographic and socio-stratification factors on the specifications of parents living position is shown.

Keywords: parent, preschooler, senior preschool age, value orientations, life perspectives, fears and concerns, demographical factors, socio-stratification factors.

О ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КРИТЕРИЕВ ИДЕНТИЧНОСТИ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный педагогический университет. ВУНЦ ВВС «Военно-воздушная академия имени профессора Н.Е. Жуковского и Ю.А. Гагарина» (Воронеж).

Резюме. Авторы рассматривают идентичность как феномен внутреннего субъективного проявления личности. В связи с этим обосновывается возможность оперирования критериями идентичности в контексте психического здоровья ребенка.

Ключевые слова: идентичность, критерии идентичности, психическое здоровье.

Разрушение устоявшихся социальных связей (что лишает человека возможности использования как собственного, так и накопленного поколениями опыта построения стратегий преодоления возникающих трудностей), появление большого количества внутри- и межличностных, а также межгрупповых конфликтов способствуют повышению уровня невротизации современных детей и их психологической травматизации, тем самым внося в повестку современной действительности в качестве одного из главных вопросов проблему психического здоровья современного ребенка. Отмечаемые виктимогенные факторы социокультурной среды также провоцируют наличие множества разнообразных ситуаций умственного и эмоционального стрессов, которые вполне способны создавать (по крайней мере, провоцировать) потенциальные или реальные угрозы для удовлетворения фундаментальных потребностей человека.

В данном случае мы считаем оправданной точку зрения, в соответствии с которой, являясь изначально внешними по отношению к индивиду, кризисы социокультурной среды в результате усиления своего влияния провоцируют возникновение внутренних личностных кризисов в развитии ребенка.

И действительно, потребность пересмотра собственных представлений о самом себе и мире в целом за сравнительно короткие промежутки времени обуславливают многообразные стрессовые ситуации, которые уже переживают дети современной эпохи. Это обнаруживает себя в нарастании агрессивных, депрессивных и тревожных состояний, повышенной раздражительности, переживании ощущения вины, растерянности, одиночества, провоцируя у растущего организмостояния постоянного напряжения или апатии и, как следствие, снижение возможностей к адекватной самооценке. Среди прочего вышесказанное отражается в тревожных трансформациях поведения, которые также становятся, очевидно, все более массовым явлением (рост травматизма, увеличение процента импульсивного и случаев зависимого поведения, нервных срывов, что проявляется в нарушении работы организма), и на здоровье в целом, что выражается сегодня в увеличении количества психосоматических заболеваний у детей, которые в зависимости от тяжести и вида кризисного состояния могут приобретать хронический характер.

Все сказанное зафиксировало наш исследовательский интерес к современному ребенку не столько как носителю симптомов, а, скорее, как активному «творцу» собственного здоровья, что повлекло за собой в качестве методологически неизбежного уточнение понятие «психическое здоровье».

В контексте современных патопсихологической и медицинской моделей известные способы объяснения термина «психическое здоровье» не вполне отвечают гуманистическому запросу современной психологической практики и социу-

ма. В связи с этим мы отмечаем тенденцию перехода от патоцентричной модели психического здоровья (с характерными для нее ориентацией на патологию, болезнь и, как следствие, необходимость их лечения) к набирающей силу саногцентричной модели (фокус внимания которой ориентирован на здоровье, профилактику и оздоровление). Современные авторы [2 и др.] настаивают на необходимости обогащения и углубления психологической составляющей рассматриваемого понятия.

Зарубежная психологическая традиция разрабатывает так называемую концепцию «позитивного психического здоровья», основные идеи которой нашли отражение в работах представителей гуманистической школы. Они интерпретируют рассматриваемое понятие в терминах личностного развития и активности личности. Их идеи сегодня нашли свое воплощение в таких психологических практиках, как клиентоцентрированная психотерапия, гештальт-терапия, экзистенциально-гуманистическая психология и пр.

Продолжая традиции гуманистического подхода, в отечественной психологии в контексте рассмотрения феномена психического здоровья исходят из необходимости целостного изучения человека, призывая, таким образом, не ограничиваться представлением о человеке как о психическом измерении, признавая тем самым уместность и возможность в качестве особого «личностное», «духовное» измерение. Так, И.В. Дубровина подчеркивает, что психическое здоровье характеризует личность в целом и отражает высшие проявления человеческого духа [2].

Таким образом, несмотря на наличествующую многозначность конструкта «психическое здоровье», в целом можно констатировать, что понятие «психическое здоровье» продуктивно использовать в качестве смысло- и системообразующей категории в психолого-педагогической практике, в качестве критерия успешности функционирования личности растущего ребенка.

Мы полагаем, что понятие «психическое здоровье» предполагает два уровня проявлений: внутренний (субъективный), подразумевающий категоризацию индивидом себя в терминах «здоровый»/«нездоровый», и внешний, означающий описание человека с позиции наблюдателя (психолога, врача). Нас в данной работе интересует прежде всего именно субъективный уровень проявления психического здоровья ребенка, что обусловило возможность использования таких понятий, как «отражение», «Я-высказывание», «переживание». По своему содержанию и процессуальным характеристикам психическое здоровье есть динамически изменяющийся феномен, что следует учитывать при анализе конкретных его составляющих, т. е. мы можем говорить о присутствии в структуре психического здоровья таких характеристик, как целостность, подвижность, процессуальность. По нашему мнению, интегрирующим для всех вышеназванных параметров может выступать критерий идентичности, которая есть элемент самосознания индивида.

Исследователи, которые озадачены поисками единиц психологического анализа, солидарны в требованиях, к ним предъявляемых:

- такая единица должна быть связанным структурным психологическим образованием, т. е. исключая минимизирование влияния синкретичности и диффузности в структуре целого;
- она должна обеспечивать баланс противоположностей в структуре целого и быть способными к саморазвитию;
- подобная аналитическая единица должна давать возможность исследовать связь конкретной психологической функции (или процесса) с сознанием человека и его основными функциям [3].

С нашей точки зрения, именно идентичность удовлетворяет описанным условиям, поскольку она есть становящееся, активно изменяющееся под влиянием внешних и внутренних факторов и условий, сложно структурированное, многоуровневое, процессуальное образование.

Основоположники традиции использования критерия идентичности для анализа психического здоровья подчеркивали значение обретения индивидом здоровой (непротиворечивой) идентичности, которая выступает для них фундаментальным основанием и критерием личностного здоровья развивающейся во всем своем многообразии социальности индивида. Так, основатель эпигенетической теории развития личности Э. Эриксон видит в обладании индивидом зрелой идентичности (или психосоциальной тождественностью) предпосылку к прочному усвоению и непротиворечивому принятию личностью образа «себя» во всем многообразии его социальных отношений, форм поведения, что на высших уровнях развития человека является безусловной характеристикой целостности личности: «...здоровая личность активно строит свое окружение, характеризуется определенным единством личности и в состоянии адекватно воспринимать мир и саму себя» [7]. Следовательно, идентичность, по Эриксону, выступает критерием и условием психического здоровья.

Мы полагаем, что идентичность можно определить как «динамическую характеристику самосознания, представляющую собой совокупность присвоенных, преобразованных, выработанных субъектом антропо-образов и образцов, имеющих различный уровень целостности и непротиворечивости, категоризируемую и реализуемую вовне субъектом как «мое», «отражающее меня», «не противоречащее мне» (либо наоборот)[6, с. 21]. Таким образом, говоря об идентичности в качестве единицы переживания человеком собственного «Я», мы можем обнаруживать ее как одно из проявлений отражения субъектом психической реальности.

Использование идентичности как критерия психического здоровья обусловлено тем, что «...внутреннее отношение...к тому или иному моменту действительности» является динамической единицей сознания, в которой «...основные свойства сознания даны как таковые», всякое переживание, по Л.С. Выготскому, «...есть всегда переживание чего-нибудь»[1], которое является, по мнению ученого, единицей среды личности. Другими словами, рассматривая идентичность как процесс и результат переживания ребенком собственного «Я», мы конкретизируем позицию Л.С. Выготского о переживаниях, направленных на «Я». Следовательно, необходимо указать актуальные для переживания атрибуты:

- 1) в переживаниях отражено единство личностных и средовых событий;
- 2) они носят индивидуальный характер, отражая для индивида значимость событий жизни и среды в данный момент времени;
- 3) переживания интенциональны;
- 4) представляют собой динамическую единицу самосознания.

В связи с отмечаемым внутренним единством переживаний и идентичности для нас принципиальной является методологическая установка, что идентичность представляет собой постоянный, динамичный поток переживаний субъектом собственной самотождественности и непрерывности. Идентичность, будучи подвижным и активно изменяющимся элементом самосознания и представляя собой системное процессуальное единство, в норме предполагает процесс непрерывного построения, уточнения, коррекции образа своего «Я», который вписан в контекст внешней среды и других «Я». В результате у конкретного ребенка складывается актуальная для него на данный момент «Я»-концепция и концепция «Другого»,

которые тесно взаимосвязаны и зависимы друг от друга. То есть изменения в любой из вышеназванных составляющих идентичности, согласно теории систем, неизбежно вызывают актуальную потребность перестройки или коррекции своей «Я»-концепции.

Таким образом, идентичность может рассматриваться с разных точек зрения: как структура, функция, процесс и результат. В этом случае выявить структурные компоненты и существующие между ними взаимосвязи представляется возможным посредством структурно-динамического анализа идентичности. По нашему мнению, основными диалектическими свойствами идентичности выступают стабильность и динамичность, структурность и целостность. Мы убеждены, что обнаружение и сосуществование этих противоречивых свойств может свидетельствовать о наличии у ребенка подлинной идентичности и активной работе детского самосознания по ее упорядочиванию и гармоничному психическому здоровью ребенка.

В связи с тем что мы рассматриваем идентичность как элемент самосознания, логично было бы предположить, что критерии должны быть схожими и удовлетворять общим их требованиям. Назовем общие признаки сознания, известные в психиатрии, по К. Ясперсу:

- деятельностный характер проявления – понимание себя как активного субъекта;
- переживание и осмысление чувства внутреннего единства;
- понимание собственной самотождественности;
- признание, что мое «Я» отличается от других и мира в целом, т. е. того, что «Я» не является» [8].

М. Розенберг предлагает оперировать для констатации уровня развития самосознания субъекта следующими показателями:

- дифференцированность образа «Я» и его когнитивная сложность, важной характеристикой которой являются количество и характер связей личностных качеств, которые осознаются субъектом;
- субъективная значимость образа «Я»;
- последовательность и непротиворечивая цельность образа «Я»;
- временная устойчивость и стабильность образа «Я»;
- осмысленный уровень самовосприятия и отношения к себе [5].

Соглашаясь с вышесказанным, мы считаем возможным выделить для идентичности, понимаемой в контексте взаимосвязи идентичности и самосознания как переживание собственной тождественности во времени и пространстве, следующих диалектических пар показателей (однако внешне противоречивых противоположных качеств): *устойчивость и динамичность, дифференцированность и диффузность, фрагментарность и целостность.*

Устойчивость (стабильность) и динамичность (изменчивость).

Двойственность идентичности обнаруживается в известном противоречии: она приобретает относительную законченность и целостность к концу пубертатного периода, в то же время идентичность имеет свойство постоянно изменяться в течение жизни в связи с привносимым в нее новым опытом и прохождением ситуаций выборов. В этой антиномичности идентичности проявляется диалектическая сущность ее развития. Устойчивость обнаруживает себя в ощущении субъектом собственной неизменности вне зависимости от изменения роли, обстоятельств, самовосприятия; в понимании как единого целого в осмыслении прошлого, настоящего и будущего; в признании и принятии собственной непрерывности в связях с другими индивидами, которые признают эти тождество и непрерыв-

ность. Динамичность означает потенциальную изменчивость собственного «Я», что, по Э. Эриксону [7], предполагает дифференциацию и интеграцию различных идентификаций. В ситуациях возникновения каких-либо социальных или биологических изменений требуется интегрирующая работа нашего сознания по реструктурированию составляющих компонентов идентичности. В противном случае это может привести к разрушению целостной структуры сознания, потере идентичности и вызванными этими процессами нарушениями психического здоровья, вплоть до появления депрессивных состояний и суицидальных попыток.

Процессуальная составляющая идентичности обязательно предполагает способность ребенка к саморефлексии. Причем в теоретической идентике присутствует понимание двух векторов обретения идентичности. Первый из них заключается в постепенном осмыслении и признании субъектом совокупности актуальных образов себя (имени, гражданина, человека, профессионала и пр.). Второй видится в самостоятельном принятии субъектом решений относительно того, каким ему быть.

Следовательно, идентичность, являясь стержнем интеграции различных образов и идентификаций, выполняет для психики ребенка интегративную и эссенциальную функции, т. е. целостная и непротиворечивая идентичность есть условие существования личности ребенка.

Дифференцированность–диффузность.

Рассматривая становление идентичности как процесс и динамичную структуру самосознания личности растущего человека, мы предполагаем, что она развивается в направлении от мало определенной неструктурированной целостности к внутренней свободной связности, т. е. упорядочиванию разрозненных элементов привносимого опыта в рамках целого. Этим достигается согласованное единство идентификационных впечатлений, актуальных самотипизаций и образов, вследствие чего обеспечивается взаимодействие с социумом на непротиворечивых началах. Неструктурированная, неупорядоченная, или диффузная, идентичность означает невозможность для субъекта прохождения нормативных кризисов идентичности (по Э. Эриксону) и, как следствие, проблематизирует достижение стабильного и связного чувства субъективной определенности, провоцируя тем самым появление пограничных и нарциссических расстройств.

Фрагментарность–целостность.

Отмеченные выше такие особенности идентичности, как элемента самосознания, как возрастающая структурированность, сложность и дифференцированность, в контексте рассматриваемого вопроса требуют в качестве необходимого условия наличие у индивида развитой способности «Я» принимать собственную целостность психической организации. Целостность идентичности достигается посредством работы самосознания по упорядочиванию и интеграции элементов собственной идентичности и ее репрезентаций. В случае успешной интеграции вероятность психотических и пограничных проявлений сведена к минимуму. Рассуждая о зависимости диссоциации (фрагментарности) образа «Я» от особенностей осознания рефлексии себя, Н.И. Непомнящая подчеркивает: «... чем выше уровень рефлексии себя, т. е. чем шире и богаче то содержание, с позиций которого человек осуществляет рефлекссию себя, тем устойчивее его Я, тем сохраннее целостность личности, т. е. способность оставаться самим собой зависит от «выхода» за пределы себя (трансцендирования)» [4]. Следовательно, целостно-рефлексивное «Я» есть необходимое условие собственной идентичности и непротиворечивых форм психического состояния.

Подводя итог нашим размышлениям, обратим внимание на следующие прин-

ципальные моменты.

1. Известные многочисленные подходы к анализу феномена идентичности объединены пониманием общей логики развития этого элемента самосознания: она становится и развивается в направлении от фрагментарной, парциальной, диффузной идентичности и стремится к целостности и непротиворечивости составляющих ее идентификаций (образов, чувств, впечатлений, деятельностных проявлений), т. е. от эмоционально неустойчивых, недифференцированных репрезентаций Себя и Другого, перегруженных аффектами, к интегрированной сбалансированной когнитивно и аффективно упорядоченной структуре, которая способна организовывать и «удерживать» привносимые новые неупорядоченные впечатления и репрезентации, становясь более устойчивой и менее подверженной влиянию аффективных противопоставлений «плохого» и «хорошего», удовлетворения/фрустрации.

2. Следовательно, мы можем говорить о том, что по мере развития идентичности и активизации работы самосознания растущего человека по структурированию ее составляющих происходит усиление роли механизмов саморегуляции, значение которых заключается в достижении сложно дифференцированной во многом диффузной системой большего уровня устойчивости целостности.

3. Идентичность, будучи динамичной характеристикой самосознания, может быть отражена посредством шкалы идентичности, полюсами которой условно можно считать положительный – позитивная идентичность (тождественность своему «Я») – и негативный (отчуждение от «Я», или «псевдо-Я», что обнаруживается в зависимости образа «Я» от ситуации вплоть до невыделения «Я» в качестве самостоятельной системы).

4. Неупорядоченная и неполноценная идентичность зачастую провоцирует нарушения тождественности личности ребенка, в том числе от состояний психоза до полной дезинтеграции, когда происходит утрата чувства «Я» и наличествующей реальности, что может привести к различным формам диссоциативных расстройств, расстройствам множественной личности, деперсонализации.

Таким образом, имея представления о качестве и проявлениях идентичности, мы можем прогнозировать формы и проявления расстройства современных детей. А значит, диалектическую взаимозависимость психическое здоровье/нездоровье возможно определять посредством критериев идентичности: в отсутствии каких-либо четко выраженных негативных проявлений в случае полноценной и непротиворечивой идентичности или отчуждении идентичности в ситуациях психоза и психического нездоровья.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Выготский Л.С. Собрание сочинений в 6 т. М.: Педагогика, 1984. Т. 4. 342 с.
2. Дубровина И.В. Психическое и психологическое здоровье в контексте психологической культуры личности // Вестник практической психологии образования. 2009. № 3. С. 17-21.
3. Зинченко В.П. Общество на пути к человеку психологическому // Вопросы психологии. 2008. № 3. С. 5-12.
4. Непомнящая Н.И. Целостность или диссоциация личности и рефлексивные уровни самосознания // Мир психологии. 2003. № 2. С. 61-83.
5. Розенберг М. Развитие образа себя, образа сверстника и взаимоотношений детей в процессе общения. М.: Педагогика, 1989. 261 с.
6. Шакурова М.В. Социально-педагогические условия становления социокультурной идентичности личности. Воронеж: ВГПУ, 2006. 200 с.

-
- 7.Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис. М.: Прогресс, 1996. 344 с.
 8.Ясперс К. Собрание сочинений по психопатологии. М.: Академия, 1996. Т. 2. 350 с.
- 1.Vygotskij L.S. Sbranie sochinenij v 6 t. M.: Pedagogika, 1984. T. 4. 342 s.
 2.Dubrovina I.V. Psihicheskoe i psihologicheskoe zdorov'e v kontekste psihologicheskoy kul'tury lichnosti // Vestnik prakticheskoy psihologii obrazovanija. 2009. № 3. S. 17-21.
 3.Zinchenko V.P. Obshhestvo na puti k cheloveku psihologicheskomu // Vo-prosy psihologii. 2008. № 3. S. 5-12.
 4.Nepomnjashhaja N.I. Celostnost' ili dissociacija lichnosti i reflek-sivnye urovni samosoznaniya // Mir psihologii. 2003. № 2. S. 61-83.
 5.Rozenberg M. Razvitie obraza sebja, obraza sverstnika i vzaimootno-shenij detej v processe obshhenija. M.: Pedagogika, 1989. 261 s.
 6.Shakurova M.V. Social'no-pedagogicheskie uslovija stanovlenija so-ciokul'turnoj identichnosti lichnosti. Voronezh: VGPU, 2006. 200 s.
 7.Jerikson Je. Identichnost': junost' i krizis. M.: Progress, 1996. 344 s.
 8.Jaspers K. Sbranie sochinenij po psihopatologii. M.: Akademija, 1996. T. 2. 350 s.

A.N. Makhinin, T.Y. Skibo

**ABOUT THE POSSIBILITY OF USE OF CRITERIA IDENTITY
WHEN STUDYING MENTAL HEALTH OF CHILDREN**

The Voronezh State Pedagogical University, Military and Air Academy of a name of Professor N.E. Zhukovsky and Y.A. Gagarin (Voronezh).

Summary. Authors consider identity as a phenomenon of internal subjective manifestation of the personality. In this regard the possibility of operating in the context of her mental health is proved by criteria of identity of the personality of the child.

Keywords: identity, criteria of identity, mental health.

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

Л.Ф. Кремнева, Г.В. Козловская, М.А. Калинина, Н.И. Голубева, Т.А. Крылатова
МАЛЫЕ ДОЗЫ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ
В ЛЕЧЕНИИ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (Москва).

Резюме. Наблюдалась когорта больных (в возрасте от 3 до 12 лет) с аутизмом и рано начавшейся шизофренией, с длительностью заболевания не менее года и резистентностью к терапии. Им проводилось длительное лечение rispипептом (рисперидоном) в сочетании с курсами биотиков, комплексонов, ноотропов. Детям 3-5 лет – 1/20 от средней терапевтической дозы взрослых, равной 2 мг, более старшим – 1/10 дозы. Полученные положительные результаты позволяют отнести rispипедон к препаратам выбора для длительной терапии в детском возрасте больных шизофренией и аутизмом. Применялись комплексные препараты (комплексоны), как вариант использования малых доз, не только совместно с rispипедоном, но и самостоятельно при различных видах психической патологии. Наиболее курабельны следующие синдромы: астенический, церебрастенический, тревожный, а также интеллектуально-мнестические нарушения.

Ключевые слова: малые дозы препаратов, rispипедон, шизофрения, аутизм, комплексоны.

По результатам эпидемиологического скрининга в популяции детей раннего возраста выявлена высокая распространенность психической болезненности, достигающая 15%-17%. Это касается не только пограничных психических нарушений, но и тяжелых форм психопатологии [11]. По данным других исследователей, также отмечается рост психических заболеваний у детей [2; 12; 25]. По статистическому прогнозу к 2020 г. предполагается рост психической патологии, особенно у детей и подростков, на 20% [2; 12]. По статистическим данным ведущего педиатра страны А.А. Баранова, на сегодняшний день среди старших школьников лишь 7 из 100 детей не нуждаются в психоневрологической помощи [1; 11]. Несмотря на достижения современной фармакологии, остается актуальной задача по созданию и внедрению в медицинскую практику новых лекарственных препаратов, обладающих более приемлемыми по сравнению с существующими аналогами соотношениями польза/риск [10].

Для создания эффективных и безопасных лекарственных средств, наряду с использованием высоких технологий, осуществляется поиск принципиально новых оригинальных подходов к лечению заболеваний. Одним из таких подходов является применение в клинической практике малых доз различных соединений. С точки зрения современной медицинской науки, изучение факторов малой интенсивности, при воздействии которых лечебные эффекты оказываются во многих случаях выше, чем при применении факторов высокой интенсивности, открывает широкие перспективы для новой терапии XXI века, корригирующей, не имеющей противопоказаний и ограничений [21].

На базе поликлинического отделения раннего возраста Научного центра психического здоровья уже в 1999 г., с разрешения этического экспертного Совета НЦПЗ, было начато лечение rispипептом (рисперидоном) в малых дозах длитель-

но болеющих детей с мало курабельными состояниями [8; 9; 10]. Известно, что терапия рано начавшейся шизофрении и тяжелых форм аутизма у детей традиционными нейролептическими средствами малоэффективна. В то же время нейролептический препарат рисполепт стал рассматриваться [9; 10] как средство первого выбора в лечении шизофрении, в том числе резистентной к традиционной нейролептической терапии, а также при хроническом ее течении и выраженности дефицитарной симптоматики.

Высокая активность рисполепта, превосходящая галоперидол, антидефицитарный и антипсихотический эффект при малой выраженности экстрапирамидных расстройств, отсутствии серьезных осложнений и побочных действий, делали его особенно привлекательным для лечения психозов детского возраста [18]. В детской психиатрии все больше растет потребность в использовании новых лекарственных препаратов для лечения тяжелых форм эндогенных психических заболеваний, и рисполепт в этом отношении выглядит убедительно перспективным. В соответствии с этим встала задача проследить клиническую эффективность рисполепта у детей с шизофренией и ранним детским аутизмом, выявить возможность монотерапии рисполептом этих расстройств, а также уточнить его побочные действия [8; 9; 10].

Был выбран метод «малых доз» со значительным уменьшением средней терапевтической дозы рисполепта. Известно, что малые дозы, имитируя по интенсивности воздействия естественные (природные) факторы, оказывают на организм практически безопасное влияние и в то же время не уступают по эффективности лечению традиционными дозами лекарств [4], в связи с чем представляют большой интерес в их применении у детей.

Критериями отбора детей в группу исследования являлась выраженность негативных и позитивных психических расстройств, хроническое течение заболевания, резистентность к ранее проводимой терапии. Из исследования исключались больные с психоорганическим синдромом, умственной отсталостью, судорожными приступами в анамнезе и тяжелыми соматическими заболеваниями. Клиническое наблюдение эффективности рисполепта было проведено у 25 детей (20 мальчиков и 5 девочек) в возрасте от 2 до 12 лет с разными формами шизофрении и аутизма, клинически квалифицированными по МКБ-10 (шифры F20, F21, F84).

На применение рисполепта у детей было получено согласие их родителей с условием регулярного (не реже одного раза в неделю) посещения врача, а также письменной фиксации родителями в домашних условиях психического и физического состояния ребенка [10].

Исходя из опубликованных данных об оптимально эффективной дозе рисполепта у взрослых в 4- 6 мг. в сутки, не вызывающей побочных действий, была определена схема приема рисполепта в амбулаторной практике у детей, в том числе раннего возраста. Априорно максимальной дозой для детей была определена доза 2 мг, которая составляла половину средней (оптимальной) терапевтической дозы взрослых.

Дозы препарата устанавливались в соответствии с принятыми в педиатрии возрастными нормами дозировок лекарств: ранний возраст - 20%, дошкольный и младший школьный - 25%, препубертатный – 25%–100% средней терапевтической дозы взрослого. Особенностью методики лечения рисполептом детей раннего и старшего возраста был максимально щадящий подход [8; 10]. Анализ психопатологической картины в процессе пролонгированной терапии рисполептом у детей раннего, дошкольного, младшего школьного и препубертатного возрастов с хро-

нической шизофренией и ранним детским аутизмом подтвердил эффективность препарата при указанных состояниях.

Пролонгированное лечение rispипептом позволило сделать вывод, что длительный прием этого препарата в течение года детьми разных возрастов возможен и безопасен. Риспипепт продемонстрировал свою эффективность в лечении негативных, аффективных, когнитивных, аутистических, кататонических, психопатоподобных и соматовегетативных расстройств. В меньшей степени в малых дозах rispипепт проявил свои антипсихотические свойства. Однако отмечена выраженная редукция галлюцинаторно-бредовой симптоматики, а также коррекция неврозоподобных нарушений [8; 10].

Необходимо отметить, что в течение месячного перерыва в приеме rispипепта психическое состояние детей постепенно ухудшилось, но не достигло исходного уровня по ряду показателей. Терапия rispипептом была возобновлена по настоятельному желанию родителей даже на более низких дозах, чем поддерживающая терапия. С первых же дней приема препарата отмечалось прогрессирующее улучшение состояния, быстро достигшее уровня до начала перерыва в лечении.

В лечении раннего детского аутизма эффективность была выше при условии более раннего по возрасту начала лечения. Эффективность rispипепта была достаточной даже при низких дозах препарата, повышение доз у детей не увеличивало эффективности препарата. Напротив, появлялись чувство тяжести в голове, общая заторможенность, легкая оглушенность. За время приема rispипепта не было выявлено серьезных осложнений, что позволило рекомендовать препарат для лечения соответствующих психических нарушений у детей раннего и дошкольного возраста в малых дозах.

Таким образом, полученный опыт лечения rispипептом ранней шизофрении и аутизма у детей дал основание сделать следующие выводы.

Риспипепт эффективный и безопасный препарат в лечении ранней шизофрении и аутизма у детей (в том числе раннего возраста). Терапия rispипептом в малых дозах не сопровождается осложнениями и побочными действиями и поэтому не требует корректоров.

Лечение указанных заболеваний у детей rispипептом целесообразно проводить малыми дозами: 1/20 в случае раннего возраста детей, 1/10 - для более старших детей (от средней терапевтической дозы взрослых, равной 2 мг.), эпизодически повышая их до 0,4–0,5 мг в сутки при обострении симптоматики [9; 10].

Риспипепт требует пролонгированного многолетнего лечения в указанных дозах; отмена препарата на длительный срок (более 1,5 месяцев) или его замена затруднены и вызывают ухудшение психического состояния.

Риспипепт целесообразно сочетать с активным лечением биотиками, ноотропами, комплексонами, адаптогенами для предупреждения наступления резистентности к терапии [25]. В случаях обострения состояния rispипепт сочетается с другими нейрореплетиками в малых дозах.

Риспипепт в малых дозах наиболее эффективен в отношении негативных расстройств - он повышает психическую активность, уменьшает проявления аутизма, эмоциональной дефицитарности и стрессовой резистентности. В меньшей степени в указанных дозах rispипепт редуцирует продуктивную симптоматику, но на фоне длительной терапии он способствует появлению критического отношения у больных к своему состоянию, окружающей обстановке, что помогает их социализации.

Результаты проведенного исследования дают основания относить rispипепт в малых дозах к препаратам первого выбора в лечении эндогенных расстройств дет-

ского возраста [10], то есть в детской клинической психиатрической практике имеется положительный опыт лечения нейролептическим препаратом в малых дозах.

В настоящее время накоплены обширные данные о свойствах малых доз [4; 5; 6; 15; 21; 24; 27; 28; 31; 32; 33;]. Это явление представляет большой интерес для медицины, в том числе психиатрии. В эксперименте были изучены эффекты транквилизаторов бензодиазепинового ряда (феназепам, флюнитрозепама) [4], антидепрессантов (амитриптилин, имипрамин) и ноотропа пирацетама при введении их в малых дозах от 10^{-12} до 10^{-14} М/кг (D12, D14)¹¹ [15; 31]. Все эти вещества сохраняют свое специфическое действие в указанных дозах, но перестают оказывать побочное действие, наблюдаемое при введении в дозах терапевтических. Так, в обычных дозах феназепам, наряду с транквилизирующим действием, вызывает сонливость, мышечную слабость, головокружение и тошноту, поэтому его рекомендуют принимать на ночь. В малой дозе он остается эффективным успокаивающим средством, но полностью лишается нежелательных дополнительных свойств. В результате получен патент на использование феназепама в малой дозе как дневного транквилизатора. (Всего в мире получено 10 патентов на лечение малыми дозами лекарственных препаратов, из них 2 – в России [28].

Сочетанное введение малой дозы препарата и этого же препарата в терапевтической или токсической дозе одновременно или через небольшой промежуток времени предотвращает возникновение побочных эффектов, характерных для этого препарата (феномен бипатии). Так, малая доза галоперидола, введенная одновременно с галоперидолом, достоверно ослабляет каталептогенное действие препарата [31].

Другой модифицирующий феномен малых доз, открытый О.И. Эпштейном, М.Б. Штарком, Т.М. Воробьевой на нейробиологической модели заключается в том, что содержащиеся в организме естественные антитела ко всем антигенам в малых и сверхмалых дозах не подавляют активность антигенов, а напротив, модифицируют ее [30]. Примером могут служить антитела к мозгоспецифическому белку S-100 (препараты пропротен, тенотен, тенотен детский). В детской практике подтверждена эффективность тенотена (малые дозы антител к мозгоспецифическому белку S-100) как дневного транквилизатора. Кроме того, препарат тенотен детский позволяет добиться уменьшения показателей летальности у детей с тяжелыми перинатальными энцефалопатиями в возрасте до одного месяца жизни. Указывается также на успешность его применения при лечении неврозоподобного энуреза у детей, при этом подчеркивается, что в осложненных случаях дозы препарата и курс лечения должны быть увеличены (до трех месяцев). В комплексной терапии синдрома вегетативной дистонии с психовегетативными нарушениями у детей и подростков в возрасте от 6 до 18 лет применение препарата тенотен детский эффективно в коррекции вегетативных нарушений и в 100% случаев положительно влияет на психоэмоциональное состояние детей [3; 19; 23].

Лекарственный препарат на основе малых и сверхмалых доз (потенцированные антитела к гамма-интерферону человека) анаферон, обладает свойствами иммуномодулятора, влияет на все звенья иммунной системы. Доклинические исследования подтвердили отсутствие эмбриотоксичности, тератогенности и мутаген-

¹¹ D12 и D14 это 12 и 14 разведений исходного вещества с добавлением 10 частей растворителя при каждом разведении (по гомеопатической методике). Разведения выше D24 и C12 являются субмолярными, так как в них отсутствуют молекулы исходного вещества [24; 26; 31]. Малые дозы отвечают концентрациям не выходящим за число Авогадро [31] то есть они содержат исходное вещество.

ности у нового препарата. При использовании анаферона детского с профилактической целью достигнуто снижение частоты ОРВИ в период сезонного подъема заболеваемости респираторными инфекциями. Отмечена хорошая переносимость анаферона детского при использовании как профилактических, так и лечебных режимов дозирования. Побочных реакций и нежелательных явлений при применении анаферона детского отмечено не было. Доказана клиническая эффективность и безопасность анаферона в комплексе психофармакотерапии шизофрении у взрослых, планируется исследование анаферона детского с целью применения в детской практике при лечении шизофрении [31].

Комплексные антигомотоксические препараты комплексоны (одновременное использование нескольких гомеопатических средств, заключенных в общую лекарственную форму) назначаются пациентам вовсе не по законам классической гомеопатии, а по общим показаниям [22]. Комплексные препараты уже успешно применяются в детской психиатрии: имеются данные об эффективном лечении задержек умственного развития с нарушениями поведения с помощью терапии препаратами Церебрум композитум и Неврохель [7; 16; 17; 20; 29]. Препарат Церебрум композитум, содержащий 26 компонентов растительного, минерального и животного происхождения в малых дозах [20], применялся при лечении пациентов из группы пограничных психических расстройств с проявлениями астении на фоне невротических и органических заболеваний центральной нервной системы. Фармакологическое действие препарата - сосудорасширяющее, антиспастическое, метаболическое, гемостатическое, биостимулирующее, антигипоксическое, вентонизирующее. В том числе это действие происходит за счет активации артериальной и венозной составляющих мозгового кровообращения (на основании данных реоэнцефалографии) [7; 20]. Наличие холинолитического компонента в действии Церебрум композитум объясняет его эффективность при лечении нейролептических осложнений [20].

Нарушения сна и ночные психомоторные пароксизмы у детей эффективно купировались препаратами Валерианахель, Неврохель и свечами Вибуркол [13; 14; 16; 17; 29]. Наибольший эффект при лечении различными комплексными препаратами наблюдается при минимальной мозговой дисфункции, последствиях пренатальной и постнатальной инфекции, задержках речевого и интеллектуального развития, нарушениях поведения. Они могут использоваться как основное средство, так и в сочетании с аллопатической терапией, так как, возможно, повышают чувствительность к психофармакологическим препаратам.

Использование комплексных лекарственных средств, в частности, в клинике пограничных психических расстройств показало практически полное отсутствие побочных эффектов и осложнений в результате их применения, что, несомненно, дает им право быть препаратами выбора в схемах профилактики и лечения преморбидных состояний и заболеваний, особенно в случаях, когда имеются противопоказания к применению психофармакологических препаратов.

Мы, в том числе на основании собственной клинической практики, полагаем перспективным использование следующих методов лечения в детской психиатрической практике: применение комплексных (антигомотоксических) средств как в качестве основных, так и дополнительных (то есть в сочетании с психофармакологическими препаратами) методов лечения психических нарушений у детей, в том числе для снятия побочного действия психофармакотерапии – нейролепсии, а также применение лекарственных препаратов на основе сверхмалых доз антител к эндогенному регулятору, белку S-100: тенотена, тенотена детского.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов А.А. Состояние здоровья детей и подростков в современных условиях: проблемы, пути решения // Российский педиатрический журнал – 1998. - № 1. – С. 5-8.
2. Баранов А.А. Состояние здоровья детей в Российской Федерации // Педиатрия. - 2012. - т. 91.- № 3. - С. 9-14.
3. Бархатов М.В., Кузнецова И.В., Белкина А.Б., Колмакова Н.Н. Исследование эффективности препарата тенотен детский у детей с тяжелыми перинатальными энцефалопатиями // XVII Российский национальный конгресс «ЧЕЛОВЕК И ЛЕКАРСТВО». Сборник материалов конгресса. Тезисы докладов. Москва, 12-16 апреля 2010 г. - С. 387.
4. Бурлакова Е.Б. Особенности действия сверхмалых доз биологически активных веществ и физических факторов низкой интенсивности // Росс. хим. журн. – 1999, т. 43, № 5. - С. 3-11.
5. Жвирблис В.Е. Большие эффекты малых доз // «Экология и жизнь». - 1999, № 2 (10). - С. 48-52.
6. Заплатников А.Л., Коровина Н.А., Бурцева Е.И. и др. Современные препараты, содержащие сверхмалые дозы действующего вещества, и традиционные гомеопатические средства в профилактике и лечении ОРВИ и гриппа у детей // Педиатрия. - 2009, № 1. - С. 95-100.
7. Князева Н.А., Бугаева Т.П. Церебрум композитум в лечении астенических расстройств // Антигомотоксическая терапия психических заболеваний. Мат-лы науч.-практ. конф. Москва 9 ноября 2001 г. – М.: ЗАО «Арнебия» - С. 29-32.
8. Козловская Г.В., Калинина М.А., Горюнова А.В., Проселкова М.Е. Опыт применения rispoleпта при лечении шизофрении и раннего детского аутизма у детей // VIII Российский национальный конгресс «ЧЕЛОВЕК И ЛЕКАРСТВО». Тезисы докладов, 2-6 апреля 2001 г. - С. 102.
9. Козловская Г.В., Калинина М.А. Отдаленные перспективы длительного лечения rispериδοном детей, больных шизофренией // Вопросы психического здоровья детей и подростков. - 2006 (6), № 2. - С. 56-62.
10. Козловская Г.В., Калинина М.А., Голубева Н.И. и др. Опыт пролонгированного лечения (более 7 лет) rispериδοном ранней шизофрении и аутизма у детей // Вопросы психического здоровья детей и подростков. - 2008 (8), № 1. - С. 69-79.
11. Козловская Г.В., Иванов М.В., Калинина М.А., Кремнева Л.Ф. Актуальные проблемы психического здоровья детей раннего возраста // Материалы V Международного конгресса «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья» / Под ред. А.А. Северного, Ю.С. Шевченко. - М., 2013. - С.3-4.
12. Копцева О.В. Психические расстройства как одна из ведущих причин детской инвалидности в Российской Федерации: автореф. дис. канд. мед. наук: 14.00.33. - М., 2009. – 25 с.
13. Кремнева Л.Ф., Козловская Г.В., Крылатова Т.А. Современная тенденция терапии – сверхмалые концентрации лекарственных препаратов (аналитический обзор) // Российский психиатрический журнал. - 2014, № 2, - С. 63-79.
14. Левина Т.М., Соколова Т.Н. Валерианхель: возможности использования при неврастении // Антигомотоксическая терапия психических заболеваний. Мат-лы науч.-практ. конф. Москва 9 ноября 2001 г. – М.: ЗАО «Арнебия». - С.38-41.
15. Молодавкин Г.М., Воронина Т.А., Чернявская Л.И., Бурлакова Е.Б. Эффекты психотропных веществ разных классов при введении в сверхмалых дозах //

Тез. докл. III Международного симпозиума «Механизмы действия сверхмалых доз», 3–6.12. 2002. – М., 2002. – С. 23.

16. Милопольская И.М. Применение препарата Неврохель в терапии соматических заболеваний с высоким уровнем тревожности // Антигомотоксическая терапия психических заболеваний. Мат-лы науч.-практ. конф. Москва 9 ноября 2001 г. – М.: ЗАО «Арнебия». – С.25-28.

17. Милопольская И.М. Терапевтические возможности препарата Неврохель у соматических больных с тревожными расстройствами // Биологическая медицина (международный журнал по биомедицинским исследованиям и терапии). – 2013, №3. – С. 30–34.

18. Мосолов С.Н., Калинин В.В., Еремин А.В. и др. Сравнительное рандомизированное исследование эффективности и толерантности рисперидона и галоперидола при купировании острых состояний у больных шизофренией и шизоаффективным психозом // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2000. Прил. № 2. – С. 3-6.

19. Муравьева Н.А., Кабанов А.Г. Тенотен в лечении энуреза // XVII Российский национальный конгресс «ЧЕЛОВЕК И ЛЕКАРСТВО». Сборник материалов конгресса. Тезисы докладов. Москва, 12-16 апреля 2010 г. – С. 439.

20. Обзор применения препарата Церебрум композитум Н в терапии психических заболеваний // Ежедневник психиатра. – 2016, №2. – С. 29.

21. Подколзин А.А., Гуревич К.Г. Действие биологически активных веществ в малых дозах. – М.: изд-во КМК, 2002. – 170 с.

22. Румянцева Г.М. Антигомотоксическая терапия психических нарушений: возможности и перспективы // Антигомотоксическая терапия психических заболеваний. Мат-лы науч.-практ. конф. Москва 9 ноября 2001 г. – М.: ЗАО «Арнебия». – С. 2-7.

23. Суровцева Е.Ю., Радаева Т.М., Трушина И.А., Данильцева Г.М., Ганеев К.Г. Применение тенотена для коррекции синдрома вегетативной дистонии в школьном возрасте // XVII Российский национальный конгресс «ЧЕЛОВЕК И ЛЕКАРСТВО». Сборник материалов конгресса. Тезисы докладов. Москва. 12-16 апреля 2010 г.. – С. 465-466.

24. Славецкая М.Б., Капай Н.А. Сверхмалые дозы биологически активных веществ как основа лекарственных препаратов. – М.: «Рекламная группа Отдел-72», 2011. – 168 с.

25. Сухотина Н.К. Психическое здоровье детей и определяющие его факторы // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова – 2013, № 5, вып. 2. – С. 16-22.

26. Точилкина Л.П. Феномен сверхмалых доз, гомеопатия и ФОВ // Химическая и биологическая безопасность. – 2007, № 1(31). – С. 4-13.

27. Фурсов С.В. Применение сверхмалых доз лекарственных средств в восстановительной терапии иммунологических и психоневрологических расстройств. Автореф дис. на соиск. уч. ст. д.м.н. – М., 1999.

28. Чукова Ю.П. Эффекты слабых воздействий. Термодинамический, экспериментальный (биологический и медицинский), социальный, законодательный, международный и философский аспекты проблемы. – М.: Компания «Алес», 2002. – 426 с.

29. Шевцов С.А. Терапевтическая эффективность препарата Неврохель в лечении невротической депрессии у детей и подростков // Биологическая медицина (международный журнал по биомедицинским исследованиям и терапии) – 2013, №3. – С. 25-28.

30. Эпштейн О.И. Регуляторные возможности сверхмалых доз // Фармакология сверхмалых доз. Сборник трудов /под ред. акад. РАМН М.Б. Штарка и О.И.

Эпштейна (Приложение к журналу «Бюллетень экспериментальной биологии и медицины» за 2002 г.). - М.: Издательство РАМН, 2002. - С. 8-14.

31. Эпштейн О.И. Сверхмалые дозы (история одного исследования). - М.: Издательство РАМН. 2008. - 336 с.

1. Baranov A.A. Sostojanie zdorov'ja detej i podrostkov v sovremennyh uslovijah: problemy, puti reshenija // Rossijskij pediatričeskij zhurnal – 1998. - № 1. – С. 5-8.

2. Baranov A.A. Sostojanie zdorov'ja detej v Rossijskoj Federacii // Pediatrija. - 2012. - t. 91.- № 3. - С. 9-14.

3. Barhatov M.V., Kuznecova I.V., Belkina A.B., Kolmakova N.N. Issledovanie jeffektivnosti preparata tenoten detskij u detej s tjazhelymi perinatal'nymi jencefalopatijami // XVII Rossijskij nacional'nyj kongress «ChELOVEK I LEKARSTVO». Sbornik materialov kongressa. Tezisy dokladov. Moskva, 12-16 aprelja 2010 g. - С. 387.

4. Burlakova E.B. Osobennosti dejstvija sverhmal'nyh doz biologičeski aktivnyh veshhestv i fizičeskikh faktorov nizkoj intensivnosti // Ross. him. zhurn. – 1999, t. 43, № 5. - С. 3-11.

5. Zhvirblis V.E. Bol'shie jeffekty mal'nyh doz // «Jekologija i zhizn'». - 1999, № 2 (10). - С. 48-52.

6. Zaplatnikov A.L., Korovina N.A., Burceva E.I. i dr. Sovremennye preparaty, soderzhashhie sverhmal'nye dozy dejstvujushhego veshhestva, i tradicionnye gomeopatičeskie sredstva v profilaktike i lečenii ORVI i grippa u detej // Pediatrija. - 2009, № 1. - С. 95-100.

7. Knjazeva N.A., Bugaeva T.P. Cerebrum kompozitum v lečenii asteničeskikh rasstrojstv // Antigomotoksicheskaja terapija psihičeskikh zabolevanij. Mat-ly nauch.-prakt. konf. Moskva 9 nojabrja 2001 g. – М.: ЗАО «Арнебиа» - С. 29-32.

8. Kozlovskaja G.V., Kalinina M.A., Gorjunova A.V., Proselkova M.E. Opyt primeneniya rispolepta pri lečenii shizofrenii i rannego detskogo autizma u detej // VIII Rossijskij nacional'nyj kongress «ChELOVEK I LEKARSTVO». Tezisy dokladov, 2-6 aprelja 2001 g. - С. 102.

9. Kozlovskaja G.V., Kalinina M.A. Otdalennye perspektivy dlitel'nogo lečenija risperidonom detej, bol'nyh shizofreniej // Voprosy psihičeskogo zdorov'ja detej i podrostkov. - 2006 (6), № 2. - С. 56-62.

10. Kozlovskaja G.V., Kalinina M.A., Golubeva N.I. i dr. Opyt prolongirovannogo lečenija (bole 7 let) risperidonom rannej shizofrenii i autizma u detej // Voprosy psihičeskogo zdorov'ja detej i podrostkov. - 2008 (8), № 1. - С. 69-79.

11. Kozlovskaja G.V., Ivanov M.V., Kalinina M.A., Kremneva L.F. Aktual'nye problemy psihičeskogo zdorov'ja detej rannego vozrasta // Materialy V Mezhdunarodnogo kongressa «Molodoe pokolenie XXI veka: aktual'nye problemy social'no-psihologičeskogo zdorov'ja» / Pod red. A.A. Severnogo, Ju.S. Shevchenko. - М., 2013. - С.3-4.

12. Kopceva O.V. Psihičeskie rasstrojstva kak odna iz vedushchih pričin detskoj invalidnosti v Rossijskoj Federacii: avtoref. dis. kand. med. nauk: 14.00.33. - М., 2009. – 25 с.

13. Kremneva L.F., Kozlovskaja G.V., Krylatova T.A. Sovremennaja tendencija terapii – sverhmal'nye koncentracii lekarstvennyh preparatov (analitičeskij obzor) // Rossijskij psihiatricheskij zhurnal. - 2014, № 2, - С. 63-79.

14. Levina T.M., Sokolova T.N. Valerianahel': vozmozhnosti ispol'zovanija pri nevrastenii // Antigomotoksicheskaja terapija psihičeskikh zabolevanij. Mat-ly nauch.-prakt. konf. Moskva 9 nojabrja 2001 g. – М.: ЗАО «Арнебиа». - С.38-41.

15. Molodavkin G.M., Voronina T.A., Chernjavskaja L.I., Burlakova E.B. Jeffekty psiotropnyh veshhestv raznyh klassov pri vvedenii v sverhmal'nyh dozah // Tez. dokl. III

Mezhdunarodnogo simpoziuma «Mehanizmy dejstvija sverhmalyh doz», 3–6.12. 2002. – M., 2002. – S. 23.

16. Milopol'skaja I.M. Primenenie preparata Nevrohel' v terapii somaticheskikh zabolevanij s vysokim urovnem trevozhnosti // Antigomotoksicheskaja terapija psichicheskikh zabolevanij. Mat-ly nauch.-prakt. konf. Moskva 9 nojabrja 2001 g. – M.: ZAO «Arnebija». – S.25-28.

17. Milopol'skaja I.M. Terapevticheskie vozmozhnosti preparata Nevrohel' u somaticheskikh bol'nyh s trevozhnymi rasstrojstvami // Biologicheskaja medicina (mezhdunarodnyj zhurnal po biomedicinskim issledovanijam i terapii). – 2013, №3. – S. 30–34.

18. Mosolov S.N., Kalinin V.V., Eremin A.V. i dr. Sravnitel'noe randomizirovanoe issledovanie jeffektivnosti i tolerantnosti risperidona i galoperidola pri kupirovanii ostrych sostojanij u bol'nyh shizofreniej i shizoaffektivnym psihozom // Psihiatrija i psihofarmakoterapija. – 2000. Pril. № 2. – S. 3-6.

19. Murav'eva N.A., Kabanov A.G. Tenoten v lechenii jenureza // XVII Rossijskij nacional'nyj kongress «ChELOVEK I LEKARSTVO». Sbornik materialov kongressa. Tezisy dokladov. Moskva, 12-16 aprelja 2010 g. – S. 439.

20. Obzor primeneniya preparata Cerebrum kompozitum H v terapii psichicheskikh zabolevanij // Dnevnik psihiatra. – 2016, №2. – S. 29.

21. Podkolzin A.A., Gurevich K.G. Dejstvie biologicheskii aktivnyh ve-shhestv v mal'yx dozah. – M.: izd-vo KMK, 2002. – 170 s.

22. Rumjanceva G.M. Antigomotoksicheskaja terapija psichicheskikh narushenij: vozmozhnosti i perspektivy // Antigomotoksicheskaja terapija psichicheskikh zabolevanij. Mat-ly nauch.-prakt. konf. Moskva 9 nojabrja 2001 g. – M.: ZAO «Arnebija». – S. 2-7.

23. Surovceva E.Ju., Radaeva T.M., Trushina I.A., Danil'ceva G.M., Ganeev K.G. Primenenie tenotena dlja korrekcii sindroma vegetativnoj distonii v shkol'nom vozraste // XVII Rossijskij nacional'nyj kongress «ChELOVEK I LEKARSTVO». Sbornik materialov kongressa. Tezisy dokladov. Moskva. 12-16 aprelja 2010 g.. – S. 465-466.

24. Slaveckaja M.B., Kapaj N.A. Sverhmalye dozy biologicheskii aktivnyh veshhestv kak osnova lekarstvennyh preparatov. – M.: «Reklamnaja gruppa Otdel-72», 2011. – 168 s.

25. Suhotina N.K. Psichicheskoe zdorov'e detej i opredel'ajushhie ego faktory // Zhurn. nevrol. i psihiatr. im. S.S. Korsakova – 2013, № 5, vyp. 2. – S. 16-22.

26. Tochilkina L.P. Fenomen sverhmalyh doz, gomeopatija i FOV // Hi-micheskaja i biologicheskaja bezopasnost'. – 2007, № 1(31). – S. 4-13.

27. Fursov S.V. Primenenie sverhmalyh doz lekarstvennyh sredstv v vosstanovitel'noj terapii immunologicheskikh i psihonevrologicheskikh rasstrojstv. Avtoref dis. na soisk. uch. st. d.m.n. – M., 1999.

28. Chukova Ju.P. Jeffekty slab'yx vozdejstvij. Termodinamicheskij, jeksperimental'nyj (biologicheskij i medicinskij), social'nyj, zakonodatel'nyj, mezhdunarodnyj i filosofskij aspekty problemy. – M.: Kompanija «Ales», 2002. – 426 s.

29. Shevcov S.A. Terapevticheskaja jeffektivnost' preparata Nevrohel' v lechenii nevroticheskoi depressii u detej i podrostkov // Biologicheskaja medicina (mezhdunarodnyj zhurnal po biomedicinskim issledovanijam i terapii) – 2013, №3. – S. 25-28.

30. Jepshtejn O.I. Reguljatornye vozmozhnosti sverhmalyh doz // Farmakologija sverhmalyh doz. Sbornik trudov /pod red. akad. RAMN M.B. Shtarka i O.I. Jepshtejna (Prilozhenie k zhurnalu «Bjulleten' jeksperimental'noj biologii i mediciny» za 2002 g.). – M.: Izdatel'stvo RAMN, 2002. – S. 8-14.

31. Jepshtejn O.I. Sverhmalye dozy (istorija odnogo issledovanija). – M.: Izdatel'stvo RAMN. 2008. – 336 s.

32. Delbancut A., Basouiller M.P., Cambar J. Evidence and mechanistic approach of the protective effects of heavy metal high dilutions in Rodent and renal cell cultures/ Ed. M. Bastide. Dordrecht, 1997. p. 71-83.

33. Kolisko L. Capillary dynamolysis; a specific method to study the formative forces in inorganic and organic substances; application in medicine, agriculture, and dil-tetics //Hippokrates, 1953. Vol. 24. №5. p. 130-135.

L.F. Kremneva, G.V. Kozlovskaya, M.A. Kalinina, N.I. Golubeva, T.A. Krylatova
MINI-DOSES OF MEDICAMENTS IN DRUG THERAPY
OF CHILGHOOD MENTAL DESEASES

Research Centre of Mental Health (Moscow).

Summary. There was observed the cohort of ill children (from 3 to 12 years old) with early started schizophrenia and autism lasting at least one year and resistant to the therapy. They were treated during a long time with Respolept (Risperidon) (in combination with courses of biotics, chelators and nootropics); 3-5 years old children received 1/20 of the adult dose, the elder – 1/10. The positive results permit to consider Respolept the drug of choice for the prolonged treatment of little patients with schizophrenia and autism. The complex preparations (chelators) were used as a variant of mini-doses, not only in combination with Respolept, but also independently while treating different kinds of mental pathology. The most curable were the following syndromes: asthenic, cerebro- asthenic, disturbing syndrome, and intellectual mnestic disorders.

Keywords: mini-doses, respolept, schizophrenia, autism, complex preparations.

**ПСИХОТЕРАПИЯ СЕМЬИ РЕБЕНКА
С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ
ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский универ-
ситет им. И.И. Мечникова» (Санкт-Петербург).**

Резюме. В статье предложен новый подход психотерапии семьи ребенка или подростка с ограниченными возможностями здоровья. Процесс принятия диагноза рассмотрен по аналогии с процессом принятия конечности жизни согласно стадиям, выделенным Э. Кюблер-Росс. Семейная психотерапия направлена на оптимизацию прохождения этих стадий членами семьи, исходя из признания смысла каждой стадии в преодолении стрессового события. Подчеркнута необходимость синхронизации в прохождении стадий у членов семьи для совладания с тяжелым заболеванием, его последствиями и феноменом ретравматизации. Сохранение и улучшение качества жизни членов семьи представлены как основная цель семейной психотерапии.

Ключевые слова: семейная психотерапия, тяжелый диагноз, ребенок с ограниченными возможностями здоровья.

Оптимальная психотерапевтическая и психокоррекционная работа с родителями и семьями детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) может быть построена лишь исходя из понимания потребностей не только больного ребенка, но и его родителей, закономерностей семейного функционирования, особенностей семей с больным ребенком, стилей семейного воспитания. Эти вопросы рассматривает новое направление медицинской психологии — клиническая психология семьи [1]. Как указывает Э.Г. Эйдемиллер, семья с момента рождения ребенка с ОВЗ по мере его взросления преодолевает целый ряд семейных кризисов, обусловленных как возрастными особенностями психического развития ребенка, так и трудностями выстраивания внутрисемейных взаимоотношений, возрастными кризисами членов семьи, горизонтальными и вертикальными семейными стрессорами [6].

Помимо этого психотерапия семьи, имеющей ребенка с ОВЗ, должна учитывать разворачивающийся процесс принятия факта болезни и ограниченных возможностей ребенка и следовать ему. Инвалидность ребенка есть стрессовое событие в жизни семьи и ее членов. И этот стресс связан с потерями: потерей здоровья ребенка, потерей мечты о счастливом родительстве и представлений о настоящей и будущей жизни.... Необходимо время для приспособления к данному факту, что определяется формированием психологических защит и стратегий совладания. По аналогии со стадиями приспособления к мысли о смерти у умирающих (потеря жизни), описанных Элизабет Кюблер-Росс еще в 1969 г. [3], мы выделяем пять этапов приспособления к факту наличия тяжелого инвалидизирующего заболевания ребенка у его родителей: **отрицания, гнева, торга, депрессии и принятия** [2].

В стадии отрицания родители переносят тяжелый эмоциональный стресс, связанный с крушением их ожиданий и надежд. Это стадия шока, при которой включаются ранние психологические защиты - отрицание и вытеснение. Родители не верят в реальность происходящего, не принимают «правду о диагнозе», отрицают неблагоприятные прогнозы. Задача этой стадии - *не допустить дезинтеграцию психики родителей, активизировать и сохранить ресурсы*. Потребность в безопасности фрустрирована, и необходимо время для активизации энергии для

преодоления стресса. Родители растеряны и не готовы к самостоятельным действиям, они нуждаются в поддержке и четких указаниях в направлении их шагов в помощи своему ребенку. Ясные инструкции, регламентация, доброжелательное сопровождение позволяют почувствовать родителям свою способность к действиям, сформировать необходимый уровень конструктивных психологических защит от непереносимых переживаний и мыслей, связанных с фактом неполноценности ребенка. Порой смущение и озадаченность врача-психотерапевта, медицинского психолога или иного специалиста, оказавшегося рядом, позволяет родителям обнаружить собственную беспомощность и уязвимость, и побуждает их сделать следующий шаг в принятии тяжелого диагноза ребенка [5]. Баланс между профессиональной позицией, на которую могут опереться родители в своих действиях, и эмоциональной человеческой поддержкой и сопереживанием — необходимый навык работы психотерапевта на этой стадии. Данный навык требует хорошей проработанности личных проблем врача-психотерапевта и медицинского психолога, связанных с собственными потерями и ограничениями. Следует сопровождать семью и ее членов в их темпе прохождения стадии, не подталкивая и не замедляя ее, позволяя переживать те эмоции, которые неизбежны в ее преодолении.

В стадии гнева родители отчаянно ищут ответа на вопрос «Кто виноват?» и «Почему это случилось именно с ними?». Родители могут искать виновных в лице медицинского персонала, общества, близких. Упреки и враждебность по отношению к окружению неизбежные спутники этой стадии. Взаимные нападки супругов друг на друга могут привести к разрушению семьи. С точки зрения разворачивающегося процесса принятия тяжелого диагноза, эта фаза определяется мощной не дифференцируемой энергией, связанной с фрустрированной потребностью, невозможностью направить ее (энергию) на желаемые изменения (чтобы ребенок родился здоровым или вновь стал таковым). Родители отчаянно ищут выход из тупиковой ситуации стресса и яростно «выплескивают» ее на окружающих. Гнев и ярость сменяются обидой и стыдом. Терпимое сочувствие, действенная помощь, отказ от обвинений и эмпатическое принятие родителей в их беспомощном гневе — лучшие психотерапевтические стратегии в этот период. Гнев рассматривается нами как яркая интенция изменить то, что, к сожалению, невозможно изменить, это естественное желание родителей избавиться от непереносимых переживаний за своего ребенка. Психотерапия на этой стадии фокусируется на признании «нормальности» сильных негативных эмоций, рассматривая их как ориентацию в реальности, как поиск вектора для дальнейших действий в преодолении стресса. Торможение этого процесса, запрет на выражение чувств, уход в поиски виновного может задержать прохождение этой стадии и не даст возможность конструктивным необходимым действиям в помощи своему ребенку. Энергия родителей должна быть направлена на конкретные шаги в преодолении болезни и ее последствий. Вопрос «Кто виноват?» должен смениться вопросом «Что делать сейчас?». Как только найден вектор для психической энергии преодоления стресса, родители вступают в стадию торга.

Стадия торга характеризуется тем, что родители ищут пересмотра прогноза заболевания и всякой возможности «улучшить» его. Это стадия «активных и послушных» родителей, они следуют рекомендациям, выполняют предписания, готовы к выполнению любых, даже сомнительных, назначений, сулящих «отмену приговора». Часто родители обращаются к нетрадиционным методам лечения, за советом к «знающим людям», к парапсихологам и к эзотерическим практикам. Этот период может быть опасен в плане нанесения вреда здоровью ребенка в ре-

зультате неоправданных, а порой просто вредных «лечебных практик». Однако, с точки зрения психологического процесса прохождения этой стадии, смысл ее в том, что *родители прилагают все возможные усилия для изменения ситуации*. Это уже целенаправленная агрессия (в данном случае под агрессией понимается энергия изменений), и даже если цель не достигнута и желаемые изменения не произошли, родители могут сказать, что они сделали все от них зависящее, чтобы помочь своему ребенку. Важно поддержать их старания, дать знать им, что их усилия замечены и с уважением признаны. *Поддержка стремления* помочь, а не конкретного, возможно и сомнительного способа действий родителей и есть адаптивная психотерапевтическая стратегия. Противодействие стремлению вызовет разрыв необходимого рабочего альянса между родителями и психотерапевтом. Важно заметить и придать смысл процессу, а не конкретным выбранным действиям, это работа с процессом, а не содержанием. Психотерапевт должен быть ясен в своих интервенциях, признавая и уважая усилия родителей, однако он может говорить о своем отношении к конкретным шагам родителей, выражая сомнение в их целесообразности в помощи ребенку или даже их потенциальном вреде.

В стадии депрессии родители начинают осознавать, что все их действия не приносят ожидаемых результатов — пересмотра диагноза и всего, что с ним связано, не будет. Переживания беспомощности, безнадежности, бесполезности усилий, вины за произошедшее, стыд сопровождают эту стадию. Родители оплакивают не только настоящие потери, но и будущие. Они прощаются с надеждой, что их ребенок будет «как все»: сможет также ходить, играть, учиться, выбирать профессию, рожать детей и т. п. Можно сказать, что они *оплакивают несостоявшуюся общепринятую «нормальность» своей жизни и жизни своего ребенка*. Эта стадия может сопровождаться бездействием и даже апатией со стороны родителей. Психотерапевтические стратегии этой стадии — молчаливое эмпатическое присутствие специалиста, что во многом важнее активного побуждения родителей к действию. Психологический смысл этой стадии в принятии того, что все ресурсы истощены, силы истрачены, «бой» проигран, потери нуждаются в оплакивании и прощении с ними. Лишь простившись со своими надеждами и приняв ограничения, родители переходят в следующую стадию.

Стадия принятия не предполагает смирение. Смирение есть лишь подавление неосознанных неотреагированных чувств, готовых в любой момент выйти наружу и «затопить». Это подобие хрупкого мира, в котором смирившийся находится под давлением жесткой непреодолимой силы, при ослаблении которой возможен новый «бунт» (это скорее характеризует третью стадию при сильном противодействии стремлению родителей). Настоящее принятие *есть осознание ограничений, которые касаются собственной жизни и жизни ребенка и осознание собственного отношения к этим ограничениям*. Простившись с неоправданными надеждами, оплавав несостоявшуюся жизнь в том виде, о которой мечтали, родители начинают выстраивать новое поведение, спокойно переживая реальные ограничения. Их жизнь и жизнь их ребенка значительно отличается от жизни родителей и жизни условно здоровых детей, но она наполнена соответствующими реальности смыслами и действиями.

Для оптимального прохождения всех стадий важно поддержать условия для их полного проживания, опираясь на имеющиеся ресурсы. Как подчеркивает Ф. Перлз: «Позитивный мир (принятие) содержится и в сокрушительном поражении, если человек столкнулся со своими ограничениями, исчерпал все ресурсы и не воздержался от максимального неистовства. Посредством вспышки гнева и ра-

боты траура потребность в невозможном уничтожена. Новая самость угрюма, но цельна...» [4, с. 185].

Несмотря на оптимальное прохождение всех стадий принятия тяжелого диагноза, на пути воспитания и взросления ребенка родители сталкиваются с феноменом ретравматизации, который сопровождает выделенные Е.Р. Ярской-Смирновой кризисы семьи, имеющей ребенка с ОВЗ [7]. Родители вновь и вновь сталкиваются с новыми ограничениями, что требует от них повторяющейся работы по их принятию.

Так, преодолев первый кризис, связанный с осознанием и принятием родителями того, что ребенок болен, семья неизбежно сталкивается со вторым. Этот кризис ретравматизации определяется спецификой развития ребенка с ОВЗ в первые годы жизни, поскольку родители со страхом и волнением сравнивают своего ребенка с условной нормой, которая известна для большинства нормально развивающихся детей.

Третий период испытаний для семьи приходится на школьный возраст. В это время родители начинают осознавать нереальность своих первоначальных планов по поводу образования ребенка, осознают завышенные притязания к нему. Родителям необходимо признать не только ограничения ребенка, но и иные, чем у его сверстников, потребности.

Четвертый период с сопутствующей ретравматизацией связан с подростковым периодом. На этом возрастном этапе возникают проблемы, связанные с типичными подростковыми реакциями: сепарации, принятия сверстниками, увлечения, поиск идеалов. Проблемы сексуальности, принадлежности к группе ровесников нередко сопровождаются изоляцией от них и отчуждением, что тяжело переживается членами семьи. Другая трудность — планирование будущей занятости подростка. Подростку с ОВЗ подчас не удается успешно завершить переход в следующий этап жизненного цикла, и он продолжает оставаться зависимым от родителей.

Следующий период ретравматизации связан с совершеннолетием и вступлением во взрослую жизнь. Это очередная переоценка ограничений с пессимистическими прогнозами, переживание дефицита возможностей. Сомнительная перспектива трудоустройства, а порой и самообслуживания молодого взрослого с ОВЗ вызывает озабоченность и тревогу у его родителей. Взрослая жизнь члена семьи с ОВЗ может вновь вызывать ретравматизацию у членов семьи. Родители тревожатся о том времени, когда они сами уже не смогут заботиться о своем взрослом ребенке.

Следует отметить, что родительский кризис как реакция членов семьи на сложившуюся в их жизни трудную ситуацию может возникнуть не только непосредственно после рождения, но и после тяжелого заболевания или несчастного случая, вызвавшего ограничение возможностей здоровья у нормально развивающегося ребенка. Члены семьи должны пройти все стадии принятия его тяжелого диагноза.

Психотерапия семьи ребенка с ОВЗ. Каковы задачи психотерапии семьи, имеющей ребенка с ОВЗ, что является фокусом психотерапевтического вмешательства? В своей работе мы опираемся на описанные выше стадии приспособления к тяжелому диагнозу, и семейная психотерапия направлена на поддержку и сопровождение процесса принятия тяжелого диагноза, актуализацию ресурсов членов семьи и семейных ресурсов для его прохождения. Достижение оптимального качества жизни для членов семьи в ситуации хронического инвалидизирующего (или летального) заболевания у ребенка и есть основная цель совместной работы с семьей.

При работе с семьей следует обращать внимание, что члены семьи могут быть на разных стадиях принятия тяжелого диагноза ребенка, что затрудняет объединение семейных ресурсов по преодолению семейного стресса. Для иллюстрации приводим фрагменты работы и комментарии к ним с родительско-детской диадой.

На психотерапевтической консультации мать и сын 12 лет, назовем его Петр. Год назад ребенку был поставлен диагноз миопатии Дюшена. Данное дегенеративное заболевание нервной системы сопровождается постепенной потерей двигательных функций на фоне развивающейся слабости отдельных групп мышц. В течение года ребенок стал хуже ходить, ощущает слабость при подъеме по лестнице, не может быстро ходить и поэтому отстает от сверстников не только в их играх, но и в обычном передвижении. Подросток знает о своем заболевании 6 месяцев, много читает о нем в интернете, информирован о неблагоприятном прогнозе и ранней летальности. Мать до консультации по телефону сообщила, что много плакала, долго не могла поверить в правду о диагнозе и его прогнозе, искала причину и узнала, что данным заболеванием чаще болеют мальчики и оно передается по мужской линии. Ребенок о диагнозе узнал случайно. Замкнулся, много времени проводил в своей комнате, за компьютером, меньше общался со сверстниками. До момента заболевания ребенок активно занимался фигурным катанием, показывал хорошие результаты, хорошо учился, активно принимал участие в жизни класса. Отец ребенка, со слов матери, отрицает диагноз, считает, что сыну необходимо больше тренироваться, продолжать заниматься спортом, и тогда все неприятности со здоровьем отступят. Сам отец бывший спортсмен и глубоко верит в лечебную силу физической культуры. С сыном появились конфликты, много критики, нарастает отстраненность в отношениях с ним и женой. Мать считает виноватым в болезни сына мужа (мужская линия) и не может получить поддержку в процессе принятия тяжелого диагноза сына у своего супруга, который, в свою очередь, считает, что жена потакает нежеланию сына продолжать тренировки и врачам, которые «только и желают оставить ребенка в запасных», оправдывая лень «странными диагнозами». Просьба матери о консультации связана с нарастающей замкнутостью сына, ухудшением успеваемости в школе и сниженным общим фоном настроения ребенка.

В ходе беседы удалось присоединиться к Петру, который сказал, что сейчас он больше всего переживает из-за отношений с отцом, который не верит, насколько ему стало трудно выполнять обычные нагрузки, а тем более продолжать тренировки. Сам он считает, что они с мамой нашли оптимальный способ противостоять болезни: заниматься специальными упражнениями, развивая те мышечные группы, которые могут взять на себя ряд теряющихся двигательных функций. Он старается хорошо учиться, поддерживает контакт с одноклассниками, имеет друзей. Я предложила матери и сыну рассказать о том, что происходило с ними, когда они узнали «правду о диагнозе». К своему удивлению они оба отметили период, когда они не могли поверить и согласиться, что это возможно. Вдруг Петр посмотрел на меня и сказал: «А ведь папа сейчас тоже не верит в это! Я понимаю, почему он так себя ведет». Оказалось, что это был самый главный итог встречи для мальчика.

Ребенок, мама и отец находились на разных стадиях принятия диагноза. Мама и Петр были уже на стадии торга, их энергия приобрела целенаправленность в действиях. Отказ участвовать в этом отца, несогласие его с теми шагами, которые предпринимали мать и сын, вызывали «откат» у матери в стадию гнева, когда она

вновь искала виновных в лице отца ребенка. Петр горевал по потере доверительных отношений с отцом, по поводу его нападок. Там он оставлял много энергии, которую не мог направить на преодоление дефицита, который несла болезнь. Мать теряла энергию в поиске причины случившегося. Осознание происходящего, необходимости времени для прохождения отцом стадии отрицания вернуло отщепленную энергию от процесса принятия диагноза и связанных с ним неизбежных потерь.

Вторая встреча произошла через 2,5 года... . Болезнь брала свое несмотря на колоссальные усилия, прилагаемые Петром и его мамой. Отец оставался больше в зоне «наблюдения», по словам мамы, он зарабатывал деньги. За это время семья переехала в новый район, что не позволяло Петру проводить такое же количество времени с друзьями, хотя отец возил его в прежнюю школу. Он стал меньше гулять и заниматься физическими упражнениями. Больше проводил время за компьютером. Мама активно побуждала Петра продолжать делать упражнения, много ходить, что, по ее мнению, определяло сохранность двигательных функций. Они много спорили. На приеме мать очень рассчитывала на то, что встреча с психотерапевтом вернет активность Петра для продолжения борьбы за движение (и жизнь). Так было после предыдущей консультации, когда он активно следовал всем рекомендациям кинезитерапевта и радовал мать.

Было заметно, что Петр прилагал гораздо больше усилий, когда двигался и вставал, чем два года назад. В обсуждении он активно сопротивлялся попыткам матери заставить его продолжать прогулки. По его мнению, они не имели никакого смысла. Он говорил об усталости, напрасности усилий, о своем желании делать то, что он хочет. Он хорошо осознавал, что он не может быть как его сверстники: встречаться, бегать или просто быстро ходить, общаться на равных. Горевал, что нет теперь возможности так часто проводить время с друзьями не только потому, что он теперь живет далеко от них, но и потому, что у них неизбежно появились другие дела (репетиторы, тренировки, новые хобби). О своем увлечении компьютером он говорил неохотно, так как мать именно в этом видела причину отказа от физической активности. Удалось узнать, что с помощью компьютера Петр удовлетворяет свою потребность в принадлежности группе сверстников, ищет объединяющее его с ними хобби, общается. Он категорически отказался «бесцельно и бессмысленно» гулять по району, привлекая взгляды прохожих к своей неуверенной походке. А гулять с родителями — это «совсем смешно». Хорошо осознавая необходимость тренировок для сохранения объема движений, он согласился продолжать занятия с тренером, но ходить по беговой дорожке он тоже отказывался. В своем протесте он был спокоен и устойчив, как человек, принявший для себя решение. Ни слезы, ни мольбы, ни угрозы матери не меняли его решения. Даже то факт, на котором настаивала мать, что потеря функций равнозначна потере жизни, не привлекли его внимания. Он не поддержал разговор о страхе смерти, но говорил о жизни такой, какой он хочет ее видеть для себя сейчас. На мое предложение новой встречи мама сказала, что она подумает, а Петр сказал, что его беспокоит только то, что ему приходится тратить много сил на ссоры. К сожалению, они не пришли....

Размышляя над семейной ситуацией с точки зрения процесса принятия диагноза, я думаю, что мама и Петр находились на разных стадиях. Мама продолжала бороться всеми возможными способами, побуждая к этому сына, а Петр принял неизбежные ограничения и стремился жить несмотря на них, удовлетворяя свои потребности иными способами. Его действия отражают и его попытку сепариро-

ваться, жить так, как хочет он, что соответствует, в том числе, задачам подросткового возраста.

Если бы эта пара вновь оказалась в моем кабинете, то я бы обратила их внимание на этот факт, а также говорила с ними о качестве жизни, подходящем ситуации. Мама требует отдельного внимания к ее переживаниям, помощи в принятии собственных ограничений в борьбе за жизнь своего ребенка. За своими переживаниями она теряет своего ребенка с его потребностями и возможность быть с ним в его взрослении с таким тяжелым диагнозом. Актуализация потребности защищать своего ребенка и признание того, что это можно делать иным способом, позволило бы разрешить конфликт между матерью и сыном, создав возможность удовлетворяющего их качества жизни.

Краткость консультирования не позволила обратиться и к другим семейным актуальным проблемам и ресурсам. Отношения с отцом, супружеская диада, вопросы сепарации и принятия подросткового возраста, возрастные кризисы членов семьи, ресурсы микро и макросоциального окружения, — все это и многое другое осталось за пределами моего кабинета.... Данное наблюдение еще раз подчеркивает многотрудность психотерапевтической работы и сопровождения семьи ребенка или подростка с ОВЗ.

Заключение. Работа с семьей ребенка, имеющего тяжелый диагноз, требует учета стадий его принятия, на которых находятся члены семьи. Синхронизация прохождения стадий позволяет активизировать семейные ресурсы для принятия диагноза и совладания с болезнью, и с ее неизбежными ограничениями. Сохранение и улучшение качества жизни членов семьи в соответствии с ситуацией является главной целью семейной психотерапии.

ЛИТЕРАТУРА

1.Добряков И.В., Никольская И.М. Клиническая психология семьи и перинатальная психология как разделы медицинской (клинической) психологии // Социальная и клиническая психиатрия. – 2011. – Т. 21. – № 2. – С. 104-108.

2.Городнова М.Ю., Малинина Е.В. Просветительская работа тренера с родителями детей-инвалидов // Адаптивная физическая культура в практике работы с инвалидами и другими маломобильными группами населения : учебное пособие / Под общ. ред. проф. С. П. Евсеева. – М.: Советский спорт, 2014. – С. 168-188.

3.Кюблер-Росс Э. О смерти и умирании. – М.: София, 2001. – 110 с.

4.Перлз Ф. Теория гештальт-терапии / Ф. Перлз: пер. с нем. – М.: Институт Общегуманитарных Исследований, 2008. – 320 с.

5.Ростомашвили И.Е. Конструктивные и деструктивные способы разрешения сложившейся кризисной ситуации в семье, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья // Межд. научное издание «Современные фундаментальные и прикладные исследования». – 2014. – № 1 (12). – Кисловодск: издательство УЦ «МАГИСТР», 2014. – С. 77-83.

6.Эйдемиллер Э.Г. Клиническая психология и психотерапия семьи и детства: традиции и современность // Психическое здоровье. – 2015. – Т. 13. – № 2 (105). – С. 45-50.

7.Ярская-Смирнова Е.Р., Наберушкина Э.К. Социальная работа с инвалидами. – СПб.: Питер, 2004. – 316 с.

1.Dobryakov I.V., Nikol'skaja I.M. Klinicheskaja psihologija sem'i i perinatal'naja psihologija kak razdely medicinskoj (klinicheskaj) psihologii // Social'naja i klinicheskaja psihiatrija. – 2011. – Т. 21. – № 2. – С. 104-108.

2. Gorodnova M. Ju., Malinina E. V. Prosветitel'skaja rabota trenera s roditeljami detej-invalidov // Adaptivnaja fizicheskaja kul'tura v praktike raboty s invalidami i drugimi malomobil'nye gruppami naselenija : uchebnoe posobie / Pod obshh. red. prof. S. P. Evseeva. – M.: Sovetskij sport, 2014. – S. 168-188.

3. Kjubler-Ross Je. O smerti i umiranii. – M.: Sofija, 2001. – 110 s.

4. Perlz F. Teorija geshtal't-terapii / F. Perlz: per. s nem. – M.: Institut Obshhegumanitarnyh Issledovanij, 2008. – 320 s.

5. Rostomashvili I. E. Konstruktivnye i destruktivnye sposoby razreshenija slozhivshejsja krizisnoj situacii v sem'e, vospityvajushhej rebenka s ogranichennymi vozmozhnostjami zdorov'ja // Mezhd. nauchnoe izdanie «Sovremennye fundamental'nye i prikladnye issledovanija». – 2014. – № 1 (12). – Kislovodsk: izdatel'stvo UC «MAGISTR», 2014. – S. 77-83.

6. Jejdemiller Je. G. Klinicheskaja psihologija i psihoterapija sem'i i detstva: tradicii i sovremennost' // Psihicheskoe zdorov'e. – 2015. – T. 13. – № 2 (105). – S. 45-50.

7. Jarskaja-Smirnova E. R., Naberushkina Je. K. Social'naja rabota s invalidami. – SPb.: Piter, 2004. – 316 s.

M. Yu. Gorodnova

PSYCHOTHERAPY OF THE FAMILY WITH A DISABLED CHILD

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

Summary. We propose a new approach to the psychotherapy of the family of the child or young person with disabilities and consider the process of making diagnosis by analogy with the process of the adoption of the finiteness of life, according to stages, set by E. Kubler-Ross. Family therapy is aimed at optimizing the passage of these stages the family members on the basis of recognition of the meaning of each stage in overcoming stressful events. We stressed the importance of timing in the passing stages in family members for coping with a serious illness, its consequences, and the phenomenon of re-traumatization. Maintaining and improving the quality of life of family members is presented as the main purpose of family psychotherapy.

Keywords: family therapy, a difficult diagnosis, a child with a disability.

АНАЛИЗ СЛУЧАЯ ПСИХОКОРРЕКЦИОННОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА С НАРУШЕНИЕМ ПОВЕДЕНИЯ ЦЕРЕБРАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоградский государственный социально-педагогический университет, Волгоградская областная детская клиническая психиатрическая больница (Волгоград).

Резюме. В статье освещаются вопросы психологического сопровождения детей с нарушениями поведения, возникшими вследствие или на фоне церебральной органической патологии. Анализируется случай оказания психологической помощи ребенку с резидуальной церебрально-органической недостаточностью и патологическими поведенческими реакциями. Делается вывод о необходимости коррекции стиля семейного воспитания больного ребенка.

Ключевые слова: церебральная органическая патология, нарушения поведения, стиль семейного воспитания.

Та или иная патология характера или нарушения поведения – не редкость в детском и подростковом возрасте. Причины патологических характерологических реакций или формирования стойкой личностной аномалии могут быть как эндогенными, так и экзогенными, в том числе психогенными. Нередко драма развития личности ребенка разворачивается на фоне или вследствие церебральной органической патологии. В современной научной литературе описано немало вариантов патологического формирования личности и нарушения поведения у детей с резидуальной церебрально-органической недостаточностью и заболеваниями центральной нервной системы [1, 2, 4, 8, 14 и др/].

Как отмечают Ю.С. Шевченко и А.А. Северный, в случае формирования психических расстройств в детском возрасте энцефалопатические, дизонтогенетические и психогенные механизмы находятся в непрерывном динамическом взаимодействии. Так, по мнению авторов, «перинатальная энцефалопатия» может реализовываться в форме «синдрома дефицита внимания с гиперактивностью», а наличие данного патологического состояния само порождает конфликты ребенка с окружающими и ответное реагирование на них в форме «невротических», «психосоматических» или «патохарактерологических реакций» [16].

Из вышеизложенного следует, что оказание помощи ребенку с церебрально-органической недостаточностью должно осуществляться комплексно с участием специалистов разных профилей (врачей, педагогов, психологов и др.) [13]. Тем более что на необходимости межпрофессионального и межведомственного взаимодействия в работе с детьми с нервно-психическими расстройствами настаивает ряд авторов [12, 15, 16 и др.]. Психологическое сопровождение такого ребенка также должно носить многоцелевой характер.

Понятно, что вызванная церебральной органической патологией (в том числе резидуального характера) недостаточность регуляторных функций, реализуемых корой лобных долей больших полушарий головного мозга, а также механизмов их энергообеспечения за счет дисфункции стволово-диэнцефальных отделов мозга приводит к той или иной степени нарушения подконтрольности, осознанности и опосредованности поведения больного. В связи с этим основной «мишенью» психокоррекционного воздействия должна стать патология регуляторных и энергетических процессов, а основными методами воздействия – сенсомоторная коррекция

[3], аутотренинг и прогрессивная мышечная релаксация [9], основанная на бихевиоральном подходе «жетонная» терапия [6] и т. п.

Однако не меньшего внимания требует оптимизация социальной ситуации развития больного ребенка [3, 6, 9, 10 и др.]. Упреки со стороны родителей и педагогов, невозможность соответствовать их ожиданиям, насмешки и неприятие сверстников приводят к формированию у него ощущения беспомощности перед лицом возникшей проблемы, чувства неполноценности и, как следствие, к развитию острых патологических реакций и затяжных патологических состояний в ответ на хроническую ситуацию стресса. Формирование в данном случае уже вторичной по отношению к основному дефекту симптоматики значительно затрудняет оказание ребенку медико-психолого-социальной помощи.

Рассмотрим важность работы психолога, направленной на гармонизацию ближайшего социального окружения ребенка с церебральной органической патологией на примере анализа соответствующего случая из психологической практики.

Материалы и методы. На прием к психологу обратились родители ребенка 10 лет с жалобами на «вспышки» неуправляемой агрессии у сына. Нарушения поведения наблюдались у мальчика и в школе, и дома, и во время занятий в спортивной секции. Поводом для агрессивного поведения, как правило, становилось «ущемление» интересов ребенка («плохая» оценка, насмешки сверстников, отказ родителей исполнить желание, порицание со стороны родителей и учителей). В ответ ребенок мог грубо браниться, кричать, бить окружающих, не рассчитывая силу удара. Остановить его в такие моменты было практически невозможно.

Из истории болезни мальчика стало известно, что он родился в срок. Однако патологическое течение беременности и родов у матери привело к перинатальному поражению ЦНС ребенка. Новорожденному был выставлен диагноз: «Церебральная ишемия II степени, синдром церебральной депрессии, нарушение мышечного тонуса, судорожный синдром». Раннее психомоторное развитие мальчика соответствовало нормативным срокам. Однако уже в раннем детстве у него наблюдались нарушения поведения, в связи с чем родители регулярно обращались за медицинской помощью и добросовестно выполняли рекомендации врача. В возрасте 8 лет ребенку был выставлен диагноз: «Синдром дефицита внимания с гиперактивностью на резидуально-органическом фоне, неврозоподобный вариант» и назначено соответствующее медикаментозное лечение. Однако со временем отклонения в поведении ребенка усилились. Мальчика стали избегать сверстники, тренер отказал в посещении спортивной секции, учителя стали настаивать на оформлении «индивидуального» обучения. При этом успеваемость в школе у ребенка была высокой («4» и «5»). Наибольший интерес у него вызывала отечественная история. Также он проявлял повышенный интерес к политической жизни в стране и в мире. Хорошо знал историю Великой отечественной войны, изучал устройство военной техники и охотно демонстрировал свои знания об этом.

На приеме у психолога во время обсуждения особенностей взаимоотношений со сверстниками и учителями ребенок проявлял выраженные экстрапунитивные реакции враждебно-обвинительного характера («Сами дураки, дебилы, ничего не понимают» и т. п.). Складывалась впечатление, что у ребенка не сформировался достаточный уровень рефлексии и эмпатии. Однако в «хорошие» моменты жизни он мог проявить по отношению к окружающими искреннее сочувствие, признавался в том, что «хотел бы стать нормальным».

Результаты психологического исследования выявили у испытуемого отсутствие снижения уровня обобщения, умеренные нарушения активного внимания и

легкие нарушения динамического компонента слухоречевой памяти, вызванные, предположительно, повышенной истощаемостью психической деятельности (кривая запоминания 10 слов: 8, 9, 10, 8, 9; ретенция – 9 слов). Во время выполнения задания, направленного на исследование внимания, у ребенка после быстрого принятия задачи деятельности также быстро развилось пресыщение (он демонстративно категорично отказывался от продолжения выполнения задания, в состоянии аффекта кричал на психолога, хаотично черкал карандашом по бланку). На фоне игнорирования негативного поведения психологом испытуемый через некоторое время вернулся к выполнению задания и доделал его до конца. Запоминая слова, старался достичь максимально положительного результата, злился при неудаче и агрессивно кричал: «Не хочу!», «Я забываю из-за вас!»).

Исследование с помощью опросника Леонгарда-Шмишека показало, что личность испытуемого формируется с преобладанием черт застревающего типа (20 б.), на фоне тенденции к формированию циклотимного (18 б.), гипертимного (15 б.), возбудимого (15 б.) и эмотивного типов (15 б.) акцентуаций характера.

Исследование особенностей детско-родительских отношений с помощью опросника «Анализ семейных взаимоотношений (АСВ)» [17] выявило наличие у отца неустойчивого стиля воспитания в сфере требований, запретов и санкций по отношению к ребенку. У матери к аналогичной картине в отношении запретов и санкций присоединялись недостаточность требований, тенденция к гиперпротекции на фоне недостаточного удовлетворения потребности ребенка в эмоциональном контакте. У обоих родителей отмечался высокий показатель по шкале «Проекция на ребенка собственных нежелательных качеств». Таким образом, складывалась впечатление, что родители в целом непоследовательны в процессе воспитания ребенка, демонстрируют в той или иной мере признаки его эмоционального отвержения, не могут оказывать сыну необходимую эмоциональную поддержку.

В беседе с мамой были найдены подтверждения полученным при использовании опросника АСВ результатам. Так, она рассказала о том, что, как правило, в ответ на жалобы ребенка на учителей или сверстников с самого начала говорит: «Сам виноват», «Я тебе говорила...», начинает его порицать, указывая на слабые стороны характера. В ответ сын начинает браниться, может начать выражаться нецензурно, в том числе оскорбляя мать. Сам испытуемый не высказывал жалоб в отношении родителей, но на рисунке семьи изобразил всех членов семьи без лиц, пояснив это следующим образом: «Я уже давно глаза не рисую».

Мы обратили внимание на то, что авторы опросника АСВ отмечают усиление черт инертно-импульсивной акцентуации и эпилептоидного расстройства личности, формирование невротических расстройств у детей с эмоционально-лабильной акцентуацией в ситуации эмоционального отвержения со стороны родителей [17].

Мы предположили, что непоследовательность родителей в применении требований, запретов и санкций, гиперпротекция со стороны матери не позволяют ребенку сформировать механизмы внутреннего контроля за поведением. Неумение родителей оказывать сыну эмоциональную поддержку, отсутствие демонстрации по отношению к нему позитивных чувств, акцент в процессе общения на негативных сторонах характера мальчика усугубляют нарушения его поведения в социуме: к патологии эмоционально-волевой сферы, вызванной неблагополучным органическим фоном, присоединяется патология, связанная с вторичной невротизацией ребенка (неустойчивая самооценка, высокий уровень социальной тревожности, восприятие окружающего мира как враждебного, чувство обиды по отношению к социуму, склонность к негативному самопредъявлению, закрепившаяся в

процессе взаимодействия с окружающими, и т. п.).

Важно отметить, что в процессе исследования с помощью серии рисунков и рассказов [11] испытуемый одинаково пояснил рисунки по темам «Я огорчаюсь» и «Я сержусь»: «Из-за моих одноклассников, они меня лохом считают». В ответ на вопрос о том, что его больше всего раздражает, мальчик написал: «1) меня во всем обвиняют, 2) когда я что-то сделал, это плохо оценивают, 3) меня ненавидят, 4) надо мной издеваются, 5) со мной никто не хочет дружить, 6) за меня никто не заступается». Наличие сочетания враждебных чувств по отношению к окружающим с потребностью в эмоционально-позитивных близких отношениях выявилось и в процессе диагностики с помощью проективной рисуночной методики «Рисунок несуществующего животного» (животное «тупо все жрет», питается «всем, что попадет-ся на пути», мечтает, чтобы «были такие же, как он, была бы родня, была семья»).

Результаты и их обсуждение. Рекомендации родителям стать последовательными в воспитании ребенка, гармонизировать соотношение запретов и требований по отношению к нему, использовать акцент на поощрении и подкреплении положительных моментов в его поведении, в том числе используя приемы поведенческой терапии, способствовали значительной стабилизации его психоэмоционального состояния. Родители, следуя психологическим рекомендациям, стали обращать внимание на наличие у ребенка возможности общественно-приемлемой эмоциональной разрядки (прогулки всей семьей на свежем воздухе, совместное чаепитие, занятие ИЗО-творчеством, физкультурой и спортом без элемента соревновательности и т. п.).

Однако, наибольший эффект был достигнут в результате овладения родителями способами оказания ребенку психологической поддержки (как в целом, так и в критических ситуациях). В первую очередь, этот эффект достигался вследствие использования в общении с ребенком техник «активное слушание» и «Я-высказывание» [5]. Проявление со стороны родителей по отношению к сыну понимания («Я понимаю твои переживания в этой ситуации», «Я понимаю, что тебе тяжело, управлять своими эмоциями и поведением в целом»), сочувствия в сочетании с трансляцией ему требований необходимости обучения конструктивному поведению и уверенности в том, что он, в конечном счете, этому научится, поощрения любых позитивных паттернов поведения и максимально возможным игнорированием отрицательных - способствовали формированию у ребенка позитивного самоощущения, уверенности в себе и своих силах, возникновению мотивации самоизменения и самовоспитания. Это, в свою очередь, делало его не объектом, а союзником проводимой психологической работы.

Параллельно с мальчиком проводились психокоррекционные занятия, направленные на развитие опосредованности и осознанности поведения, включающие задания на идентификацию эмоциональных переживаний, анализ мотивов, целей и последствий поступков героев книг и людей из реальной жизни, ролевые игры, игры-драматизации, элементы арт-терапии, сказкотерапии и песочной терапии.

Через некоторое время в процессе исследования индивидуального образа цели [7] мальчик нарисовал и описал следующую «Карту сказочной страны»: «Когда я ложусь спать, то из реальности попадаю в мой внутренний духовный мир... Я иду на озеро мыслей, очищаюсь от злых мыслей и набираюсь хороших мыслей. Потом я иду через лес добра. Не знаю зачем, но он мне почему-то нравится. Я иду на поляну уединения, где мне никто не мешает. Но перед поляной уединения, я прыгаю в речку сока и пью сок. Потом я иду в горы добра и набираюсь добра. После этого я иду в пещеру страха на гору зла, отдаю все зло, отдаю все свои страхи

(именно горе), потом с чистой душой иду в школу, там я учусь на «5», «4», «4», «5». Потом я гуляю и иду домой...».

Такая работа проводилась с ребенком и его семьей на протяжении нескольких месяцев. Постепенно количество вспышек агрессии в поведении мальчика значительно сократилось. У него появилась установка на поиск путей установления хороших, дружеских контактов со сверстниками, развитие саморефлексии и эмпатии. Отношения между родителями и сыном стали более конструктивными. Если в начале курса занятий, работая в «песочнице», мальчик создавал миры, где были только солдаты и военная техника, которые непрерывно вели сражения друг с другом; то к окончанию курса в этой стране появились мирные жители, тема войны и сражений стала неактуальной, а роль военных стала сводиться к охране жителей страны «от злодеев» («В этой стране всем жилось спокойно, весело и счастливо»).

Выводы. Таким образом, анализ данного случая из психологической практики показывает, что использование психологических методов гармонизации социальной ситуации развития ребенка с церебральной органической патологией помогает повысить уровень подконтрольности, осознанности и опосредованности его поведения, элиминирует вторичную невротизацию и, следовательно, повышает эффективность медикаментозного сопровождения. Особое значение при этом имеет коррекция стиля семейного воспитания, обучение родителей способам оказания ребенку психологической поддержки, подкрепления социально-одобряемых паттернов его поведения и внушения ребенку позитивного самоощущения. Родители своим поведением и высказываниями должны транслировать ребенку следующую установку: «Ты – хороший парень, у тебя есть определенные трудности, но я уверен/а, что со временем ты с ними справишься». Ребенок же должен быть уверен в том, что родители к нему хорошо относятся и верят в то, что он стремится измениться к лучшему. Личность и ее проблемы должны перестать существовать в сознании как ребенка, так и окружающих его взрослых как единое целое. Личность родителей и личность ребенка должны стать союзниками в преодолении проблем поведения последнего.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антропов Ю.Ф. Психиатрия детско-подросткового возраста. Часть I. Общая психопатология. – М.: ДеЛи принт, 2010. – 416 с.
2. Ахвердова О.А., Боев И.В., Волоскова Н.Н. Личностные и поведенческие расстройства у детей и подростков с органической недостаточностью мозга. – Ставрополь: Изд-во СГУ, 2000. – 274 с.
3. Бихевиорально-когнитивная психотерапия детей и подростков / Под ред. Ю.С. Шевченко. – СПб.: Речь, 2003. – 552 с.
4. Боев И.В., Ахвердова О.А., Волоскова Н.Н. Клинико-психологические аспекты диагностики и профилактики отклоняющегося поведения у детей и подростков с органической недостаточностью мозга. – Ставрополь: Изд-во СГУ, 2001. – 383 с.
5. Гиппенрейтер Ю.Б. Общаться с ребенком. Как? – М.: АСТ, 2011. – 352 с.
6. Заваденко Н.Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте: учебное пособие для студентов высших учебных заведений. – М.: Академия, 2005. – 256 с.
7. Зинкевич-Евстигнеева. Т.Д., Кудзилов Д.Б. Психодиагностика через рисунок в сказкотерапии. – СПб.: Речь, 2004. – 144 с.
8. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста (руководство для врачей). – М.: Медицина, 1979. – 608 с.

9. Лохов М.И., Фесенко Ю.А., Рубин М.Ю. Плохой хороший ребенок. (Проблемы развития, нарушения поведения, внимания, письма и речи). – СПб.: ООО «ЭЛБИ-СПб», 2003. – 320 с.

10. Мамайчук И.И., Смирнова М.И. Психологическая помощь детям и подросткам с расстройствами поведения. – СПб.: Речь, 2010. – 384 с.

11. Никольская И.М. Рисунок и рассказ в работе с детьми с внутриличностными конфликтами // Творческая реабилитация детей, подростков и молодых людей с особыми потребностями. Мат-лы международной науч-практ. конф. – СПб.: ГАООРДИ, 2001. – С. 51–53.

12. 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.

13. Туровская Н.Г., Тимофеев А.В. Психические расстройства в детском возрасте. Возможности психологического сопровождения // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2012. – Том 42. – № 2. – С. 112–116.

14. Туровская Н.Г. Особенности когнитивного развития детей с эпилептиформной активностью на ЭЭГ // Психиатрия. – 2016. – Том 71. – № 3. – С. 30–39.

15. Шмакова О.П., Мазаева Н.А. Клинико-социальные исходы органических психических расстройств, диагностированных в детско-подростковом возрасте // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2017 (17), № 1. – С. 58 – 64.

16. Шевченко Ю.С., Северный А.А. Концепция многоуровневой терапии как идеология межпрофессионального взаимодействия // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2013 (13), № 2. – С. 35–40.

17. Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. Учебное пособие для врачей и психологов. – СПб.: Речь, 2005. – 336 с.

1. Antropov Ju.F. Psihijatrija detsko-podrostkovogo vozrasta. Chast' I. Obshhaja psihopatologija. – М.: DeLi print, 2010. – 416 s.

2. Ahverdova O.A., Boev I.V., Voloskova N.N. Lichnostnye i povedencheskie rasstrojstva u detej i podrostkov s organicheskoj nedostatochnost'ju mozga. – Stavropol': Izd-vo SGU, 2000. – 274 s.

3. Bihevioral'no-kognitivnaja psihoterapija detej i podrostkov / Pod red. Ju.S. Shevchenko. – SPb.: Rech', 2003. – 552 s.

4. Boev I.V., Ahverdova O.A., Voloskova N.N. Kliniko-psihologicheskie aspekty diagnostiki i profilaktiki otklonjajushhegosja povedenija u detej i podrostkov s organicheskoj nedostatochnost'ju mozga. – Stavropol': Izd-vo SGU, 2001. – 383 s.

5. Gippenrejtser Ju.B. Obshhat'sja s rebenkom. Kak? – М.: AST, 2011. – 352 s.

6. Zavadenko N.N. Giperaktivnost' i deficit vnimanija v detskom voz-raste: uchebnoe posobie dlja studentov vysshih uchebnyh zavedenij. – М.: Akademiya, 2005. – 256 s.

7. Zinkevich-Evstigneeva. T.D., Kudzilov D.B. Psihodiagnostika cherez risunok v skazkoterapii. – SPb.: Rech', 2004. – 144 s.

8. Kovalev V.V. Psihijatrija detskogo vozrasta (rukovodstvo dlja vrachej). – М.: Medicina, 1979. – 608 s.

9. Lohov M.I., Fesenko Ju.A., Rubin M.Ju. Plohoj horoshij rebenok. (Problemy razvitija, narushenija povedenija, vnimanija, pis'ma i rechi). – SPb.: ООО «JeLBI-SPb», 2003. – 320 s.

10. Mamajchuk I.I., Smirnova M.I. Psihologicheskaja pomoshh' detjam i podrostkam s rasstrojstvami povedenija. – SPb.: Rech', 2010. – 384 s.

11. Nikol'skaja I.M. Risunok i rasskaz v rabote s det'mi s vnutrichnostnymi konfliktami // Tvorcheskaja rehabilitacija detej, podrostkov i molodyh ljudej s osobymi potrebnoostjami. Mat-ly mezhdunarodnoj nauch-prakt. konf. – SPb.: GAOORDI, 2001. – S. 51–53.
12. Severnyj A.A., Shevchenko Ju.S. Organizacionnye problemy sistemy ohrany detskogo psihicheskogo zdorov'ja // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. – 2013 (13), № 2. – S. 5 – 11.
13. Turovskaja N.G., Timofeev A.V. Psihicheskie rasstrojstva v detskom vozraste. Vozmozhnosti psihologicheskogo soprovozhdenija // Vestnik Volgogradskogo gosudarstvennogo medicinskogo universiteta. – 2012. – Tom 42. – № 2. – S. 112–116.
14. Turovskaja N.G. Osobennosti kognitivnogo razvitija detej s jepilep-tiformnoj aktivnost'ju na JeJeG // Psihiatrija. – 2016. – Tom 71. – № 3. – S. 30–39.
15. Shmakova O.P., Mazaeva N.A. Kliniko-social'nye ishody organicheskikh psihicheskikh rasstrojstv, diagnostirovannyh v detsko-podrostkovom vozraste // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. – 2017 (17), № 1. – S. 58 – 64.
16. Shevchenko Ju.S., Severnyj A.A. koncepcija mnogourovnevoj terapii kak ideologija mezhproufessional'nogo vzaimodejstvija // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. – 2013 (13), № 2. – S. 35–40.
17. Jejdemiller Je.G., Dobrjakov I.V., Nikol'skaja I.M. Semejnij diafnosz i semejnaja psihoterapija. Uchebnoe posobie dlja vrachej i psihologov. – SPb.: Rech', 2005. – 336 s.

N.G.Turovskaja

ANALYSIS OF CASE OF PSYCHOCORRECTIONAL ACCOMPANIMENT OF THE CHILD WITH DISORDERS OF BEHAVIOR CAUSED BY CEREBRAL ORGANIC PATHOLOGY

Volgograd State Medical University, Volgograd State Social and Pedagogical University, Volgograd Regional Children's Psychiatric Teaching Hospital (The Center of Children and Teenagers' Mental Health) (Volgograd).

Summary. The article highlights the issues of psychological support for children with behavioral problems, arising out of or in the background of cerebral organic pathology. Authors analyze the case of the provision of psychological assistance to child with residual cerebral organic pathology and abnormal behavioral reactions. It is concluded that the necessity correction of a style of family education of a sick child.

Keywords: cerebral organic pathology, disorders of behavior, style of family education.

**ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И ЭТНОФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ
АСПЕКТ РЕАБИЛИТАЦИИ У ПОДРОСТКОВ-ИНВАЛИДОВ
РУССКОЙ И БУРЯТСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТЕЙ**

**НИИ психического здоровья, Томский национальный исследователь-
ский медицинский центр РАН (Томск).**

Резюме. Проведено исследование психического здоровья подростков с инвалидизирующими заболеваниями 12-18 лет из двух этнических групп. Выявлен высокий уровень распространенности психических расстройств вне зависимости от национальной принадлежности. Обосновывается включение этнометодологии, позволяющей выявить значимые различия характеристик психического статуса. Предложен алгоритм интегративной оценки психической адаптации подростка-инвалида, включающей этнофункциональную составляющую. Разработаны реабилитационные программы, учитывающие этнофункциональный аспект. Приведены данные по эффективности использования программ реабилитации у подростков-инвалидов русской и бурятской национальности.

Ключевые слова: дети-инвалиды, психические расстройства, реабилитация, этнометодология.

Вопросы психического здоровья населения все еще остаются на периферии медицинской науки и клинической практики [1]. По прогнозу Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) доля психических и неврологических расстройств в общей структуре заболеваний к 2020 г. увеличится минимум до 15%. В докладе, посвященном психическому здоровью, утверждается, что потребность в организации помощи людям с психическими и поведенческими расстройствами является условием выживания человечества в стремительно меняющейся социальной и экологической среде [10]. Особенно такая помощь востребована детьми с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), численность которых в РФ составляет около 600 тысяч человек или 2%-3% детского населения [9]. Большая часть детей этой группы имеют психические и психоневрологические нарушения [11, 12]. Основной задачей реабилитации ребенка с ОВЗ является создание условий для максимально возможной его самореализации и интеграции в общество. Для эффективного решения проблем психического здоровья детей с ОВЗ исследователи говорят о необходимости привлечения культурального подхода, позволяющего систематизировать данные об особенностях культурно обусловленных форм поведения и социокультурных ситуациях, в которых развиваются дети [14]. Кроме того, использование культурального подхода позволяет осуществить поиск этнокультурально обусловленных ресурсов, востребуемых в воспитании и формировании психического здоровья детей [3]. К сожалению, в настоящее время практически отсутствуют методологические основания для выявления этнокультурных аспектов состояния психического здоровья детей с особым развитием [2].

Целью представляемого фрагмента исследования явилась разработка реабилитационных стратегий с учетом этнокультурно обоснованной специфики статуса психического здоровья детей и подростков с инвалидизирующими заболеваниями русской и бурятской национальностей.

Материалы и методы. Объем выборки составил 350 детей и подростков в возрасте 12-18 лет (средний возраст $15,1 \pm 2,2$ года). Из них 197 человек – русской и 153 – бурятской национальности. Из общего количества – 232 мальчика (66,3%) и 118 дево-

чек (33,7%). Структура инвалидизирующих заболеваний включала широкий спектр состояний, явившихся причиной установления инвалидного статуса. Это:

- заболевания или состояния, проявившиеся клинически в раннем возрасте (врожденные аномалии развития, детский церебральный паралич (ДЦП), миотония Томпсона, некоторые генетические синдромы (гемофилия, синдром Марфана);

- заболевания или состояния, возникшие или проявившиеся клинически на более поздних этапах онтогенеза (нервно-психические расстройства, эпилепсия, бронхиальная астма, ревматоидный полиартрит, болезнь Крона и Шейермана-Мау, заболевания внутренних органов, эндокринные и болезни обмена);

- травмы и заболевания с высоким витальным риском, возникшие в результате критических ситуаций на фоне физического здоровья, при нормально протекающих этапах онтогенеза. К ним были отнесены посттравматические, послеожоговые и послеоперационные состояния, системная красная волчанка, тромбоцитопеническая пурпура, острый лимфобластный лейкоз, аденокарцинома надпочечников, нейробластома, бактериальный эндокардит, портальная гипертензия. Выделенные таким образом группы были условно названы «дизонтогенетическая», «соматопсихоневрологическая» и «группа с инвалидизирующими заболеваниями (ИЗ) вследствие травм и заболеваний высокого витального риска».

Распределение инвалидизирующих заболеваний по нозологической структуре в этнических группах представлено в табл. 1.

Таблица 1.

Инвалидизирующие заболевания в этнических группах (n=350)

Этническая группа	Буряты, n= 153		Русские, n =197		Всего, n=350	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Неврологические рас-ва (в т.ч. эпилепсия)	30(14)	17,7(8,2)	53(28)	27,9(11,7)	83(42)	23,5(10,2)
Детский церебральный паралич	28	21,8	37	17,3	65	19,2
Врожденные аномалии развития	18	12,2	27	15,7	45	14,2
Нервно-психические расстройства	25	17,7	22	11,2	47	14,0
Болезни органов дыхания	11	6,1	13	8,1	24	7,3
Генетические синдромы	7	4,8	7	3,6	14	4,1
Заболевания опорно-двигательного аппарата	11	3,4	13	5,6	24	3,8
Болезни мочеполовой системы	3	3,4	5	2,5	8	2,6
Болезни сердца и сосудов	5	3,4	5	1,5	10	2,3
Болезни соединительной ткани	3	2,7	1	1,5	4	2,0
Сенсорные нарушения	5		5	2,0	10	2,0
Болезни ЖКТ	3	2,0	2	1,0	5	1,5
Онкологические заболевания	1	0,7	5	1,5	6	1,2
Эндокринная патология	3	2,0	2	0,5	5	1,2
Всего	153	100	197	100	350	100

Самой многочисленной является группа детей с неврологическими заболеваниями (23,5%), чуть меньше группа учащихся с ДЦП (19,2%), на третьем месте – подростки с врожденными аномалиями развития (14,2%) и нервно-психической патологией (14%). У русских учеников сохраняется та же нозологическая структура, что и в целом по группе: наиболее распространенными оказались неврологические заболевания (27,9%), далее – ДЦП (17,3%), пороки развития (15,7%) и нервно-психические расстройства (11,2%).

В группе бурят первое место занимает ДЦП (21,8%), на втором – нервно-психические и неврологические расстройства (по 17,2%), на третьем – врожденные пороки развития (12,2%). У большинства детей представлена сопутствующая соматоневрологическая патология – 91,4%, которая оказывает влияние на повседневное функционирование, снижает адаптивные возможности и требует постоянного наблюдения и лечения.

В результате клинико-психопатологического обследования учащихся выделен 261 ученик, имеющий клинически выраженные нарушения психического здоровья (74,6%), из них 143 русских, 118 бурят. Показатели распространенности психических расстройств в этнических группах представлены в табл. 2.

Ведущее место в клинической структуре психической патологии занимает группа расстройств, связанных с органическим поражением головного мозга и легкая умственная отсталость экзогенного генеза (F06-07 – 47,1%, F70-1,9%). На втором месте – специфические расстройства развития речи (F80-15,3%) и расстройства психологического развития (F83-84 – 11,5%). Третье место занимают невротические расстройства (F4) – 22,2%. На четвертом – поведенческие и эмоциональные расстройства с началом в детском и подростковом возрасте (F9 – 3,8%).

Значимые межгрупповые различия выявлены по таким психическим расстройствам, как специфические расстройства развития речи (F80) и расстройства психологического развития (F83), встречающиеся с большей частотой у детей и подростков из дизонтогенетической группы.

Распространенность психической патологии среди учеников бурятской национальности составила 77,1%, у русских – 72,6% (различия не значимы). Клиническая структура психических расстройств у учащихся из различных этнических субпопуляций не имеет значимых различий за исключением частоты расстройств психологического развития, отмечаемого чаще у русских учащихся в дизонтогенетической группе. Сочетанная психическая патология отмечена у каждого пятого ученика с психическими расстройствами, у бурят – в 17,8% случаев, у русских – в 22,4% случаев.

Анализ анкет, заполненных педагогами, показал, что более половины детей имели трудности в обучении и поведении постоянного характера. Также отмечались особенности поведения в классе, среди сверстников, в отношениях с взрослыми. Трудности сосредоточения, отвлекаемость наблюдались у 67% детей, утомляемость к концу дня у 59%, неусидчивость с двигательной активностью у 12%, повышенная тревожность, беспокойство у 7%, отсутствие дистанции в отношениях со взрослыми у 24%, трудности в общении со сверстниками у 34% учащихся.

Таким образом, инвалидизирующее заболевание отражается не только на успешности основной деятельности, но и на социальном функционировании подростка, проявляясь в особенностях эмоционального, поведенческого реагирования. Изучение факторов, влияющих на социальное функционирование, требует нового понятийного аппарата с использованием интегративных показателей, основанных на категориях психического здоровья [4, 8].

Таблица 2.

Распространенность психических расстройств у детей и подростков с инвалидирующими заболеваниями в зависимости от национальной принадлежности

Дизонто-генетическая группа (n=143)		Соматопсихоневрологическая группа (n=149)		Группа с ИЗ вследствие травм и заболеваний с ВВР (n=58)		Всего (n=350)	
Буряты (n=64)	Русские (n=79)	Буряты (n=69)	Русские (n=80)	Буряты (n=20)	Русские (n=38)	Буряты (n=153)	Русские (n=197)
Умственная отсталость F 70-79							
1,6	1,3	2,9	1,3	-	-	2	1
Смешанные специфические расстройства развития F 83							
1,6	1,3	-	3,5	-	2,6	0,7	2
Другие общие расстройства развития F 84.8							
4,7 *	15,2 *	5,8	3,8	-	-	4,6	7,6
Специфические расстройства развития речи F 80							
18,8 *	17,7	5,8 *	11,3	-	2,6	10,5	12,2
Общие расстройства развития F 84.0							
-	-	4,3	1,3	-	-	2,1	0,5
Гиперкинетические расстройства F 90							
-	3,8	4,3	5	-	-	2,1	3,6
Другие эмоциональные и рас-ва поведения с началом в детском и подростковом возрасте F 98.0 -98.1							
4,7	6,3	5,8	3,8	5	-	6,8	4,1
F 94, F 95.2 элективный мутизм, синдром Жилье-де-ля Туретта							
4,7	1,3	7,2	6,3	-	2,6	5,2	3,6
Обсессивно-компульсивные расстройства F 42							
1,6	1,3	2,9	3,5	-	-	2,1	1,5
Невротические, связанные со стрессом расстройства F 4							
18,8	10,1	17,4	15	15	13,1	17,6	12,7
Другие психические расстройства вследствие повреждения или дисфункции головного мозга F 06 - 07							
32,8	27,8	34,8	38,3	50	34,2	35,9	34,5
Аффективные расстройства F 3							
1,6	5,1	5,8	10	10	7,9	4,6	7,6
Расстройства личности F 6							
-	-	1,4	1,3	-	2,6	0,7	1
Расстройства сна F 51							
-	-	-	1,3	5	2,6	0,7	1

*различия, достигающие уровня <0,05.

С целью систематизации данных была разработана шкала интегративной оценки психического здоровья и уровня психосоциальной адаптации, основанная на идее функционального диагноза В.В.Ковалева [7]. Шкала включает клиническое и психопатологическое обследование; анализ признаков, оказывающих воздействие на психическое здоровье детей, влияние этнокультуральных факторов; степень ограничений функционирования в социально-бытовой сфере и уровень владения технологическими возможностями современного общества.



Рисунок 1. Интегративная оценка степени адаптации детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья.

Комплексная оценка интегративных параметров адаптации ребенка с инвалидизирующим заболеванием послужила основой для построения индивидуальной программы реабилитационных вмешательств (рис. 1). Особое внимание уделялось этнофункциональному аспекту реабилитации с учетом адаптации подростка к расово-биологическим, климатогеографическим и этнокультурным аспектам повседневной жизнедеятельности. В качестве метода оценки был использован этнофункциональный анализ А.В. Сухарева [13]. Использование этнометодологии позволило выявить этническую специфичность статуса психического здоровья подростков с инвалидизирующими заболеваниями, которая включает рассогласования этнофункциональных элементов психической деятельности, а также тип и направленность адаптивных стратегий, качественные характеристики эмоционального статуса и специфичность индивидуального латерального профиля [2].

Построение программы реабилитации детей с ОВЗ с учетом функционирования, в том числе в микро- и макросоциальной группе, к которой можно отнести и включающее ребенка этнокультурное сообщество, сближает ее с принципами Международной классификации функционирования (ICF, МКФ), рекомендованной ВОЗ для оценки детской инвалидности с точки зрения биопсихосоциальной модели. МКФ определяет приоритетные направления реабилитации и стратегии раннего вмешательства [15, 16, 17]. В настоящее время российскими исследователями предпринимаются попытки адаптированного применения принципов МКФ при реабилитации детей с различными инвалидизирующими заболеваниями, в частности с сенсорными дефектами [5, 6].

Индивидуальность программы реабилитации подростка с ОВЗ обеспечивается модульной системой реабилитационных вмешательств, включающих дифференцированную психокоррекционную, психотерапевтическую помощь с учетом этносоциокультурных факторов. В табл. 3 представлено основное содержание модулей реабилитации для групп учащихся, выделенных по этническому признаку. В контексте обоснования модульной системы реабилитации показана необходимость смещения фокуса клинико-диагностического исследования с нозологии психического нарушения у ребенка или подростка с ОВЗ на наиболее динамически подвижные характеристики адаптации ребенка или подростка и представителей его социальной среды. Непосредственная их оптимизация реализуется за счет индивидуализированного психотерапевтического, психофармакологического или медико-психологического вмешательств.

Таблица 3.

Содержание модулей реабилитации с учетом этнокультуральных особенностей групп учащихся

<i>Модули реабилитации</i>	<i>Русские</i>	<i>Буряты</i>
Психофармакологический	в обеих группах лечение основного и сопутствующих заболеваний, назначаемое врачами; у бурят дополнительно используются средства восточной медицины (назначаемые эми-ламами в дацане)	
Психотерапевтический	индивидуальная терапия или в малых группах, использование арт-терапии, иппо-арт-терапии, рекреационной терапии (турпоходы, палаточный лагерь), терапия творческим самовыражением (ТТС по М.Е. Бурно, 2007), музыкотерапия	
	<i>форма</i> - в малых группах, открытые тренинговые группы, индивидуально. <i>способы</i> : акцент на работу с семьей, поддерживающая терапия	<i>форма</i> - предпочтение индивидуальной работе, затем в малой группе. <i>способы</i> : экзистенциальная терапия с использованием метафор с религиозно-мифическим содержательным компонентом
Тревожность	коррекция уровня тревоги, низкой самооценки, негативного образа Я, принятие социальной роли (особенно у девочек-буряток)	
	у девочек - хобби-терапия	у девочек – танцетерапия
Уровень депрессии, суицидальный риск	индивидуально по результатам анкетирования и консультирования, при необходимости – направление на психофармакотерапию	
	поддерживающая терапия с последующим вовлечением в групповую терапию, использование хобби-терапии	экзистенциальная терапия с опорой на этнокультурные ценности, направленные на настоящее и опыт прошлого, предыдущих поколений
Копинг-стратегии	мишень: неадаптивные или относительно адаптивные стратегии	
	формирование адаптивных стратегий в поведенческой сфере, альтруизма	формирование адаптивных стратегий в эмоциональной сфере
Этнофункциональные рассогласования	климато-географические, морфоантропологические, социокультурные	
	по времени формирования стадий	по содержанию стадий
Психокоррекционный	коррекция речевых нарушений, улучшение межполушарного взаимодействия, развитие мелкой моторики	
	развитие социального интеллекта	развитие эмоционального интеллекта
Психообразование	формирование толерантности (образовательные программы о культуре, национальных традициях народов, проживающих на территории РБ)	
Работа с семьей	информирование родителей об особенностях подросткового возраста и инвалидизирующих заболеваний	
	формирование активной жизненной позиции (расширение общения с другими семьями, общественными и социальными организациями)	информирование о необходимости обсуждения эмоционального состояния ребенка, приобщения к аутентичной культуре, сохранения этнокультурных традиций
Рекомендации педагогам	учет индивидуальных особенностей учащихся, наблюдение за изменением эмоционального состояния и поведения учеников, учет семейных традиций и базовых основ культуры, необходимость контроля за собственным эмоциональным и физическим состоянием	
	учет личностных особенностей родителей при общении с ними	
	учет культурных традиций семьи ребенка	учет этнокультурной специфики семьи и степени интеграции этнокультурного архегенеза

С русскими учащимися рекомендуется работа в малых группах, открытых тренинговых группах с акцентом на работу с семьей и поддерживающую терапию, формирование конструктивных копинг-стратегий в поведенческой сфере. С бурятами предпочтение отдается индивидуальной работе с последующим вовлечением в групповую работу с акцентом на экзистенциальную терапию с опорой на этнокультурные ценности, формирование адаптивных копинг-стратегий в эмоциональной сфере.

Приведенные аспекты исследования позволили расширить методологический базис диагностических и помогающих подходов, применяемых в медико-психологическом звене реабилитации детей и подростков с инвалидизирующими заболеваниями. Обеспечение режима доступа к наиболее динамически подвижным звеньям адаптивного потенциала ребенка или подростка с ОВЗ и мобилизации реабилитационного потенциала его семейной и образовательной среды позволят оптимизировать затраты на реализацию медико-психологической помощи.

Изучение социально-гигиенических характеристик микросоциальной среды (семейной и образовательной) позволило обосновать приоритетные направления медико-психологического вмешательства в рамках реализации программы системной реабилитации детей и подростков с инвалидизирующими заболеваниями.

Использование модульной системы реабилитации детей и подростков показало эффективность, которая оценивалась по динамике психического статуса и изменениям показателей качества жизни (табл. 4).

Таблица 4.

Уровень качества жизни у детей и подростков с инвалидизирующими заболеваниями из двух этнических групп в зависимости от пола (после проведенной реабилитации) (n=261)

Параметры	Мальчики		Девочки		Всего	
	Буряты	Русские	Буряты	Русские	Буряты	Русские
Физическое	388,6±21,1	356,8±30,7	378,6±24,0*	275±42,0*	384,7±15,5"	339,3±18,3"
Эмоциональное	238,6±24,9*	315,9±28,1*"	207,1±32,1	250±32,0"	226,4±19,4*	301,8±24,9*
Социальное	247,7±23,5	234,1±22,9	221,4±33,4	241±38,2	237,5±18,9	235,7±18,7
Школьное	186,4±22,5	163,6±21,7"	214,3±15,3	225±38,2"	197,2±14,9	176,8±19,5
Когнитивное	345±50,9	359,1±32,6	360,7±68,5	350±90,1	351,1±39,7	357,1±30,1
Общий балл	1396,4±79	1420±131,2	1382±130,8	1341±140,4	1390,8±67,8	1401,9±110,6

* - значимые различия с $p \leq 0,05$; " - различия на уровне тенденции

Между группой учащихся бурят и русских существуют различия в оценке эмоционального функционирования ($t=2,39$, $p \leq 0,05$) с более высокой оценкой у русских и отличия на уровне тенденции по физическому функционированию ($t=1,91$), оцененному выше бурятами. По полу выявлены значимые различия между девочками по физическому функционированию с более высокой оценкой у девочек-буряток ($t=2,1$, $p \leq 0,05$), а между мальчиками – по эмоциональному функционированию ($t=2,06$, $p \leq 0,05$), которое выше оценивается русскими. В группе русских учащихся выявлены различия на уровне тенденции по эмоциональному функционированию ($t=1,91$), оцененному выше мальчиками, и школьному функционированию ($t=1,86$), которое получило более высокую оценку у девочек.

Предложенные модули системы реабилитации, учитывающие этнокультурную специфику, могут использоваться у детей и подростков при психотерапевтическом лечении невротических, эмоциональных и поведенческих расстройств. Включение этнометодологии в методы исследования психического здоровья детей и подростков с инвалидизирующими заболеваниями позволит использовать этничность как системообразующий фактор в процессах психотерапии, воспитания и обучения, определяющей степень психической адаптации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреев И.Л., Назарова Л.Н. Психическое здоровье населения России: что день грядущий нам готовит? // Психическое здоровье. – 2013. – № 9. – С. 75–83.
 2. Дашиева Б.А. Этнокультуральные особенности психического здоровья детей и подростков с инвалидизирующими заболеваниями // Российский психиатрический журнал. – 2015. – № 4. – С. 47–56.
 3. Дугарова Т.Ц., Эрдыниева В.Б. Интеллектуально-личностное развитие подростков-бурят: постановка проблемы, пути решения // Вестник Бурятского государственного университета. – 2015. – № 15. – С. 101–106.
 4. Иовчук Н.М. Современные проблемы диагностики в детской психиатрии. // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2013 (13). – № 2. – С. 30–34.
 5. Карауш И.С., Куприянова И.Е. Возможности применения Международной классификации функционирования в изучении психического здоровья детей с сенсорными нарушениями // Социальная и клиническая психиатрия. – 2014. – № 4. – С. 62–68.
 6. Карауш И.С. Психическое здоровье детей с сенсорными нарушениями. Автореф. дисс...док.мед.наук – Томск. – 2016. – 48 с.
 7. Ковалев В. В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. – М.: Медицина, 1985. – 286 с.
 8. Корень Е.В. Теоретико-методологическое обоснование интегральных подходов к психосоциальной реабилитации в детской психиатрии // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2011. – № 2(11). – С. 60–69.
 9. Макушкин Е.В., Демчева Н.К., Творогова Н.А. Психическое здоровье детей и подростков в Российской Федерации в 2000–2012 годах // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. – 2013. – № 4. – С. 10–19.
 10. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. Доклад ВОЗ. – Женева. – 2001.
 11. Правовые, организационные и методические основы реабилитации детей-инвалидов: руководство / С.Н. Пузин, Д.И. Лаврова, В.А. Доскин и др. - М.: ОАО Изд-во «Медицина», 2007. – 616 с.
 12. Психическое здоровье детей и подростков с инвалидизирующими заболеваниями в регионе Сибири и Дальнего Востока (итоги комплексной темы НИР ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, 2009-2011 гг.) / И.Е. Куприянова, Л.Д. Рахмазова, А.А. Агарков и др. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – № 4 (79). – С. 63–67.
 13. Сухарев А.В. Этнофункциональный психологический подход к психической адаптации человека: автореф. дис. ... доктора психол. наук. – М., 1998. – 47 с.
-
1. Andreev I.L., Nazarova L.N. Psihicheskoe zdorov'e naselenija Rossii: chto den' grjadushhij nam gotovit? // Psihicheskoe zdorov'e. – 2013. – № 9. – S. 75–83.
 2. Dashieva B.A. Jetnokul'tural'nye osobennosti psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov s invalidizirujushhimi zabojevanijami // Rossijskij psihiatricheskij zhurnal. – 2015. – № 4. – S. 47–56.
 3. Dugarova T.C., Jerdynieva V.B. Intel'lektual'no-lichnostnoe razvitie podrostkov-burjat: postanovka problemy, puti reshenija // Vestnik Burjatskogo gosudarstvennogo universiteta. – 2015. – № 15. – S. 101–106.
 4. Iovchuk N.M. Sovremennye problemy diagnostiki v detskoj psihiatrii. // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. – 2013 (13). – № 2. – S. 30–34.
 5. Karaush I.S., Kuprijanova I.E. Vozmozhnosti primenenija Mezhdunarodnoj klassifikacii funkcionirovanija v izuchenii psihicheskogo zdorov'ja detej s sen-sornymi narushenijami // Social'naja i klinicheskaja psihiatrija. – 2014. – № 4. – S. 62–68.
 6. Karaush I.S. Psihicheskoe zdorov'e detej s sensornymi narushenijami. Avtoref. diss...dok.med.nauk – Tomsk. – 2016. – 48 s.
 7. Kovalev V. V. Semiotika i diagnostika psihicheskix zabojevanij u detej i po-

drostkov. – M.: Medicina, 1985. – 286 s.

8. Koren' E.V. Teoretiko-metodologicheskoe obosnovanie integral'nyh podhodov k psihosocial'noj reabilitacii v detskoj psihiatrii // Voprosy psicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. – 2011. – № 2(11). – S. 60–69.

9. Makushkin E.V., Demcheva N.K., Tvorogova N.A. Psicheskoe zdorov'e detej i podrostkov v Rossijskoj Federacii v 2000–2012 godah // Obozrenie psihiatrii i medicinskoj psihologii. – 2013. – № 4. – S. 10–19.

10. Psicheskoe zdorov'e: novoe ponimanie, novaja nadezhda. Doklad VOZ. – Zheneva. – 2001.

11. Pravovye, organizacionnye i metodicheskie osnovy reabilitacii detej-invalidov: rukovodstvo / S.N. Puzin, D.I. Lavrova, V.A. Doskin i dr. – M.: OAO Izd-vo «Medicina», 2007. – 616 s.

12. Psicheskoe zdorov'e detej i podrostkov s invalidizirujushimi zabolevanijami v regione Sibiri i Dal'nego Vostoka (itogi kompleksnoj temy NIR FGBU «NIIPZ» SO RAMN, 2009–2011gg.) / I.E. Kuprijanova, L.D. Rahmazova, A.A. Agarkov i dr. // Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii. – 2013. – № 4 (79). – S. 63–67.

13. Suharev A.V. Jetnofunkcional'nyj psihologicheskij podhod k psihi-cheskoj adaptacii cheloveka: avtoref. dis. ... doktora psihol. nauk. – M., 1998. – 47 s.

14. Marc H. Bornstein Parenting and child mental health: a cross-cultural perspective. // World Psychiatry. – 2013. – Vol. 12, № 3. – P. 258–265. doi: 10.1002/wps.20071.

15. Pan Y.L. ICF-CY code set for infants with early delay and disabilities (EDD Code Set) for interdisciplinary assessment: a global experts survey. / Y. L. Pan, A. W. Hwang, R. J. Simeonsson, L. Lu, H. F. Liao // Disabil Rehabil. – 2015. – Vol. 37, № 12. – P. 1044–54. doi: 10.3109/09638288.2014.952454.

16. Rowland C. The Communication Supports Inventory-Children & Youth (CSI-CY), a new instrument based on the ICF-CY. / C. Rowland, M. Fried-Oken, G. Bowser, M. Granlund, D. Lollar, R. Phelps, R.J. Simeonsson, S.A. Steiner // Disabil Rehabil. – 2016. – Sep. 38, № 19. – P. 1909–17. doi: 10.3109/09638288.2015.1107778.

17. WHO. European Declaration on the Health of Children and Young People with Intellectual Disabilities and Their Families : Conference :Better Health, Better Lives : children and young people with intellectual disabilities and their families, Bucharest, Romania 26–27 November 2010 / Bucharest, Romania, 2010. – 15 p. – URI: www.who.int/iris/handle/10665/108010.

B.A. Dashieva, I.E. Kuprijanova

MENTAL DISORDERS IN ADOLESCENTS OF RUSSIAN AND BURYAT NATIONALITIES AND ETHNO-FUNCTIONAL ASPECT OF THEIR REHABILITATION

Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences (Tomsk).

Summary. The study of mental health of adolescents aged 12–18 years with disabling diseases from two ethnic groups has been carried out. A high level of prevalence of mental disorders irrespective from ethnicity has been revealed. Inclusion of ethnomethodology has been supported which allows detecting significant differences of mental status characteristics. The algorithm of integrative evaluation of mental adaptation of the adolescent with disability is proposed which includes ethno-functional constituent. The rehabilitative programs have been developed which take into account ethno-functional aspect. Data on efficiency of use of programs of rehabilitation in adolescents of Russian and Buryat nationalities with disabling diseases are introduced.

Keywords: children with disabilities, mental disorders, rehabilitation, ethnomethodology

**ФОРМИРОВАНИЕ ОСНОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ГОТОВНОСТИ
К РОДИТЕЛЬСТВУ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ КАК ЭЛЕМЕНТ
ПРОФИЛАКТИКИ РИСКОВАННОГО СЕКСУАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ
ГБОУ ВПО Московский государственный психолого-педагогический
университет (Москва).**

Резюме. В статье описаны результаты формирующего эксперимента, направленного на развитие основ психологической готовности к материнству у девушек старшего подросткового возраста как элемента профилактики рискованного сексуального поведения, проведен сравнительный анализ результатов формирующего эксперимента на примере двух типов групп – однородной, где участницами были только девушки-подростки и смешанной, где участниками были девушки и юноши. Согласно полученным данным, реализация программы позволяет ориентировать подростков на их будущее, включить темы семьи и родительства в поле их сознательных размышлений, влияет на выбор благоприятных стилей воспитания детей. Исследование позволяет отметить, что тема родительства в подростковом сообществе рассматривается как через призму взаимоотношений полов, сексуальных отношений, так и через призму общих мировых тенденций о семье, браке, воспитании детей.

Ключевые слова: психологическая готовность к материнству, родительство, подростковый возраст, профилактика рискованного сексуального поведения, групповая работа с подростками, восстановительный подход

Современные тенденции снижения возраста вступления в половые отношения, увеличение возраста зависимости от родителей, множественность моделей родительства [2,3] оказывают влияние на формирование сексуальной и родительской сферы в подростковом периоде, делая этот этап необыкновенно сложным, приводя к девиантным формам поведения, трудным жизненным ситуациям. Актуальная потребность образовательных организаций и родителей заключается в создании безопасной, развивающей среды для учащихся, создании возможной для конструктивного диалога между всеми участниками образовательного процесса, а также включении в работу мероприятий профилактики негативных проявлений среди несовершеннолетних, в том числе по профилактике рискованного сексуального поведения. Анализ существующих научных и практических подходов с целью решения данной проблемы показывает, что методы и способы, основанные на информировании о контрацепции, заболеваниях, передающихся половым путем (ЗППП), малоэффективны. Для профилактики рискованного сексуального поведения, а также подростковых беременностей, необходимо создание программы, которая опирается на принципы осознанности и ответственности, диалогичности. Так как подростковый период предшествует возрастам, где становятся актуальными задачи, связанные с семейным самоопределением и с созданием семьи, рождением и воспитанием ребенка, важно опираться на представления о родительстве и детско-родительских отношениях как призму, через которую подростки посмотрят на свое настоящее и будущее.

Создание программы, способствующей развитию психологической готовности к родительству у подростков имеет две группы целей: ближайшие – профилактика рискованного сексуального поведения, подростковой беременности, снижение негативных последствий в случае возникновения ранней беременности; и стратегические – подготовка к планированию и рождению желанного ребенка в будущем, формирование адекватных представлений о материнстве, отцовстве и развитии детей, развитие родительских компетенций. В данной статье отражены

результаты проведения программы, направленной на формирование основ психологической готовности к родительству у девушек-подростков.

Разработанная программа [1, 2, 3] опирается на идею Л.С. Выготского о социальной ситуации развития как системе отношений ребенка и социальной среды, которая определяет содержание и направление процесса развития, понятие о ведущей деятельности как специфической деятельности для каждого возрастного этапа. Понятие психологической готовности к материнству - специфическое личностное образование, стержневой образующей которого является субъект-объектная ориентация в отношении к еще не родившемуся ребенку. Программа также опирается на системный подход к оценке ресурсов матери, предложенный М.Е. Ланцбург [3], в котором выделяются 5 ресурсов: личностный, эмоциональный, когнитивный, операциональный и психофизиологический. Биопсихосоциальный подход позволяет оценить факторы и условия формирования девиантного материнства, такие как негативный личный опыт детско-родительских отношений, процесс сепарации. Важным для реализации программы является опора на принципы восстановительного подхода, в частности принцип активной ответственности, принцип осознанности.

В программе «Формирование основ психологической готовности к родительству у подростков» используются: групповой метод работы, интерактивные и арт-терапевтические методы работы. Организационная структура программы включает 5 циклов встреч, каждый из которых имеет свою направленность. Цикл встреч «Строим семью» направлен на знакомство с основами семейной психологии. Цикл встреч «Быть родителем» направлен на знакомство с психологией детско-родительских отношений. Цикл встреч «Я – будущий родитель» направлен на знакомство с понятием «материнство/отцовство», осознание и (или) формирование первичной родительской позиции, формирование представлений о родительских компетенциях участников. Цикл встреч «Маленькая мама» направлен на профилактику рискованного сексуального поведения. Цикл встреч «Лабиринт родительства» направлен на применение полученных знаний на практике с последующим обсуждением и анализом.

Для оценки эффективности программы на констатирующем и контрольном этапе исследования проводилось диагностическое обследование, включающее рисуночную методику «Я и мой ребенок» (Г.Г. Филиппова), проективную методику «Материнский ТАТ» (О.В. Баженова, Л.Л. Баз, О.А. Копыл), опросник «Представления о родительстве и возрастных особенностях детей младенческого, раннего и дошкольного возраста» (А.А. Крысько, М.Е. Ланцбург).

Мероприятия программы были проведены на 8 группах подростков в возрасте от 15 до 18 лет, из них: а) 4 группы состояли только из девушек и б) 4 группы были смешанные (девушки и юноши). В исследовании приняли участие 160 девушек и 40 юношей. Участники исследования являются учащимися образовательных организаций: школы, колледжи, 50 участниц исследования состояли на внутришкольном учете или на учете КДНиЗП. Основными причины постановки на учет являлись ситуации, связанные с эпизодами употребления ПАВ, участием в драках, прогулами, самоповреждающим поведением. Все испытуемые не состоят в браке и не имеют детей. Сравнительный анализ результатов участниц программы на 2 типах групп (смешанная и женская) позволил выделить как общие, так и специфические тенденции в двух типах групп.

Качественный семантический анализ методики «Материнский ТАТ», а также контент-анализ занятий по программе показал, что программа влияет на появление тем (переживаний), связанных со своим будущим браком, родительством и планированием рождения детей. Это может говорить о том, что программа помогает ориентировать подростков на свое будущее, включить темы семьи и роди-

тельства в поле их сознательных размышлений. Вместе с тем, в зависимости от типа группы, происходят изменения в обозначаемых темах. В группе, которая состоит только из девушек, участницы затрагивают темы внешности, собственного материнства, поддержки молодой мамы. В смешанной группе девушки затрагивают темы: безопасность половых отношений, ценность партнерских отношений, а юноши затрагивают темы, связанные с воспитанием детей, влиянием детей на супружеские отношения. Это говорит о том, что состав группы влияет на возможность и выбор предъявляемых ценностей и переживаний.

Согласно полученным данным, реализация программы влияет на вовлеченность подростков в разговор о родительстве и выбор благоприятных стилей родительского воспитания, более позитивное отношение к будущему ребенку.

До прохождения программы по параметру «преобладающий стиль родительского воспитания» (рис. 1) в женской группе (группа А) и смешанной (группа В) отмечается, что у подростков чаще встречался индифферентный стиль воспитания - 37,5% выборов, что говорит о том, что тема воспитания детей вступает в противоречие с задачами, реализуемыми в данном возрасте. После прохождения программы у участников увеличиваются показатели авторитетного стиля воспитания детей, с 12,5% на 50% выборов (группа А) и 65 % выборов (группа В). Также отмечается снижение показателей авторитарного стиля воспитания с 12,5% до 2,5% выборов (группа А), с 12,5% до 4,5% выборов (группа В).

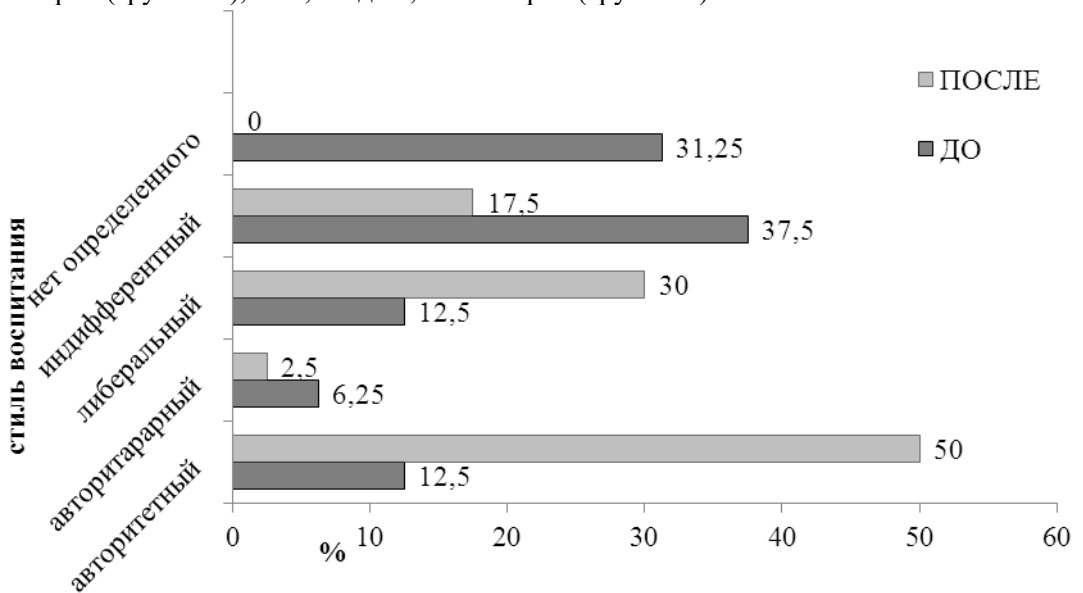


Рисунок 1. Преобладающий стиль родительского воспитания до/после обучения в женской группе.

Углубленный анализ по данному параметру показал, что переход от неблагоприятного стиля воспитания к более благоприятному происходит постепенно. Отметим, что прохождение программы влияет на уменьшение показателей отсутствия определенного стиля, что позволяет сделать вывод о том, что вовлечение подростков в разговор о родительстве «подталкивает» их к выбору стиля воспитания.

Анализ параметра «желаемое количество детей» показал, что после прохождения программы увеличилось общее количество участниц, желающих иметь детей (с 40% до 95% выборов). Увеличилось количество желающих иметь двоих детей (с 10% до 65% выборов), что может быть связано с обсуждением и сравнением

особенностей воспитания одного ребенка в семье с семьей, где есть несколько детей. Также сократилось количество желающих иметь более 5 детей (с 5% на 0%). Данные тенденции проявляются у двух типов групп. Это свидетельствует о том, что реализация программа способствует сдвигу оценки ситуации родительства (материнства) в сторону более адекватной [χ^2 20.033, критическое χ^2 11.023, $p < 0.01$].

Рисуночный тест «Я и мой ребенок» направлен на выявление особенностей переживания предполагаемой ситуации беременности и ситуации материнства. При анализе методики учитывается наличие на рисунке фигур матери и ребенка или образов, заменяющих эти фигуры, возраст ребенка, соотношение размеров фигур, наличие совместной деятельности, дистанция, а также характеристика общего состояния. По Филипповой Г.Г. [5], выделяется 4 типа рисунков: 1. благоприятный, адекватный, 2. незначительные признаки тревоги, неуверенности 3. неуверенность в себе, тревожность, 4. признаки конфликтности и враждебности.

Анализ методики показал преобладание конфликтного типа переживаний ситуации беременности и материнства в рисунках девушек, выполненных до прохождения программы (62,5% рисунков). Это может означать конфликт между возрастными потребностями девушек и задачами матери, отвечающими потребностям ребенка.

После прохождения программы начинает преобладать адекватный тип переживания ситуации беременности и материнства (50%). Сравнение результатов диагностики после прохождения программы в двух типах групп показывает, что смешанная группа оказывает большее влияние на сдвиг в сторону адекватного типа переживания [χ^2 84.848; критическое χ^2 21.666 $p < 0.01$]. Это может быть связано с тем, что участники слышат обратную связь о родительстве, образе материнства не только от представителей своего пола, но и от представителей противоположного пола.

Результаты контент-анализа тем, поднимаемых участниками в рамках занятий, позволяет предположить, что тема родительства в подростковом сообществе рассматривается как через призму взаимоотношений полов, сексуальных отношений, так и через призму общих мировых тенденций о семье, браке, воспитании детей, которые подростки поднимают на встречах. Например, в группах проведенных в 2014-2015 гг., актуальными были темы относительно состава семьи, вопросов о традиционных ценностях семьи, ЛГБТ-семей, что может быть связано с освещением данных тем в СМИ, политике. В группах, проведенных в 2015-2016 гг., актуальными были темы аборт, телесности, что может быть связано с освещением в СМИ тем, связанных с репродуктивными правами женщин в разных странах. В группах, проведенных в 2016-2017 гг., актуальными были темы домашнего насилия, прав детей, методов воспитания детей, что также связано с темами, обсуждаемыми в обществе.

Анализ результатов опытной реализации программы позволяет сделать ряд **выводов:**

Программа позволяет ориентировать подростков на их будущее, включить темы семьи и родительства в поле их сознательных размышлений. Мероприятия данной программы влияют на изменение оценки ситуации родительства в сторону более адекватной, реалистичной, включающей адекватную ценность ребенка и позитивное материнское отношение. Программа влияет на выбор благоприятных стилей воспитания детей. В рамках исследования отмечалось, что тип группы может влиять на выбор предъявляемых ценностей и переживаний, связанных с родительством, супружеством.

В результате исследования была обнаружена тенденция, которая заключается в том, что тема родительства в подростковом сообществе рассматривается как через призму взаимоотношений полов, сексуальных отношений, так и через общемировые тенденции в сфере семьи, брака, воспитания детей. Полученные резуль-

таты позволяют перейти к следующим этапам исследования, направленным на уточнение влияния позиции ведущего и разработку рекомендаций по проведению данной программы в общеобразовательных организациях.

ЛИТЕРАТУРА

- 1.Зер Х. Восстановительное правосудие: новый взгляд на преступление и наказание: Пер. с англ. / Общ. ред. Л. М. Карнозовой. М.: МОО Центр «Су-дебно-правовая реформа», 2002. – 328 с.
 - 2.Крысько А.А., Ланцбург М.Е. Представления о материнстве и возрастных особенностях детей у девушек старшего подросткового возраста // Психологическая наука и образование psyedu.ru. 2014. № 2. С. 129–138.
 - 3.Ланцбург М.Е. Роль психологической подготовки и поддержки в реализации родительских функций // Психологическая наука и образование. 2011. № 1. С. 15–26.
 - 4.Поливанова К.Н. Современное родительство как предмет исследования [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование psyedu.ru. 2015. Т. 7. № 3. С. 1–11. doi: 10.17759/psyedu.2015070301.URL:http://psyedu.ru/journal/2015/3/Polivanova.phtml (дата обращения: 24.12.2015).
 - 5.Филиппова Г.Г. Психология материнства: Учеб. пособие. М.: Изд-во Института психотерапии. 2002. 238 с.
- 1.Zer H. Vosstanovitel'noe pravosudie: novyj vzgljad na prestuplenie i nakazanie: Per. s ang. / Obslh. red. L. M. Karnozovoj. M.: MOO Centr «Su-debno-pravovaja re-forma», 2002. – 328 s.
 - 2.Krys'ko A.A., Lancburg M.E. Predstavlenija o materinstve i vozrastnyh osoben-nostjah detej u devushek starshego podrostkovogo vozrasta // Psihologicheskaja nauka i obrazovanie psyedu.ru. 2014. № 2. С. 129–138.
 - 3.Lancburg M.E. Rol' psihologicheskoy podgotovki i podderzhki v realizacii rodi-tel'skih funkcij // Psihologicheskaja nauka i obrazovanie. 2011. № 1. S. 15–26.
 - 4.Polivanova K.N. Sovremennoe roditel'stvo kak predmet issledovanija [Jelektronnyj resurs] // Psihologicheskaja nauka i obrazovanie psyedu.ru. 2015. T. 7. №3. С. 1–11. doi: 10.17759/psyedu.2015070301.URL:http://psyedu.ru/journal/2015/3/Polivanova.phtml (data obrashhenija: 24.12.2015).
 - 5.Filippova G.G. Psihologija materinstva: Ucheb. posobie. M.: Izd-vo Instituta psi-hoterapii. 2002. 238 s.

A.A. Krysko

FEATURES OF THE FORMATION OF PSYCHOLOGICAL READINESS FOR MOTHERHOOD FOR FEMALE TEENAGERS AN EXAMPLE TWO TYPES OF GROUPS: HOMOGENEOUS AND MIXED

Moscow State University of Psychology and Education (Moscow).

Summary. The article describes the results of the formative experiment at the development of the foundations of psychological readiness for motherhood for female teenagers, a comparative analysis of the experiment results on the example of two types of groups – homogeneous, where participants were only teenage girls and mixed, where the participants were girls and boys. According to information received, the implementation of the program allows Teens to focus on their future, to incorporate themes of family and parenthood in the field of their conscious thoughts, affects the choice of favorable parenting styles of children. Study allows to note that the theme of teenage parenthood in the community is seen through the prism of gender relations, sexual relations and through general global trends about the family, marriage, parenting

Keywords: psychological readiness for motherhood, adolescence, prevention of deviant parenting, sexual behavior group work with teenagers, restorative approach

Кравченко И.В.¹, Макаров И.В.^{1,2}**ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ФАНТАЗИРОВАНИЕ
(АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР)¹**

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.

Так как не существовало единой классификации феномена патологического фантазирования у детей и подростков, нами была предложена его **синдромальная типология** [28, 77]: 1. фантазирование с сенсореализацией представлений; 2. фантастические истории: 2.1. легко провоцируемые фантазии с ситуационно-обусловленным содержанием, 2.2. фантазирование с повышенной лживостью, 2.3. сексуальные оговоры и самооговоры, 2.4. фантазирование на темы вымышленных миров, 2.5. фантазирование на тему вымышленного друга; 3. игровые перевоплощения; 4. фантазирование с преобладанием особых увлечений.

Синдромология и механизмы патологического фантазирования. Понятие «ложь» как произнесение чего-то, не соответствующего реальности, по степени осознания субъектом ложности своих слов может включать в себя: ошибку (не осознанно), обман (осознанно и целенаправленно) и в случае, когда осознание неправды скрывается сильным побуждением, мы встречаем псевдологию (истерическую или инфантильную) либо фантазирование (как проявление детского возраста или незрелости, негармоничности психики). Подобное объединение феноменов под понятием *pseudologia phantastica* встречаем в работе А. Delbrück [56]. Позднее Е. Dupré [60] все варианты фантазирования непсихотического уровня объединил в понятие «мифомания», а варианты фантазирования психотического уровня объединил под понятием «бредовое воображение».

Работа В.В. Ковалева [14] имела аналитический характер: 1) были названы и собраны все варианты фантазирования; 2) выдвинуто предположение, что их объединяет компенсаторный механизм и нозологическая неспецифичность. Данный труд можно считать началом синдромологического подхода к изучению клинически значимых форм фантазирования. Дальнейшее развитие синдромальный подход нашел в работах В.А. Гурьевой [8, 9] и А.В. Лашковой [20]. Авторы связывают концепция, в рамках которой разрабатывалось представление о механизмах фантазирования и влиянии основной нозологии на проявление синдрома фантазирования, проведен поиск критериев патологичности для диагностики синдрома.

Мотивационное обоснование фантазирования привел К. Ясперс [51]: «Будучи связанными желаниями, проистекающими из заторможенности и неудовлетворен-

¹Окончание. Начало см. - Вопросы психического здоровья детей и подростков, 2017 (17), № 1.

ности личного бытия, фантазии, несмотря на свою нереальность, приносят нам облегчение... но во всех случаях центральный пункт — это тенденция уйти от конфликтов и обязательств, налагаемых настоящим». В цитате прослеживаются как эмоционально-защитная функция воображения (компенсаторная, адаптирующая), так отчасти и та, которую Е. Блейлер [3] видел в аутистическом фантазировании. Оба варианта — это фантазирование «для себя». Вариант фантазирования, «направленного на других», А. Якубик [50] обозначил как манипулятивный механизм. В этом отношении, по мнению автора, псевдология — крайняя форма поведения, направленная на получение информации, подтверждающей собственную ценность и приобретение контроля над окружающими. Идея не добавлять к перечню вариантов фантазирования дополнительно еще и компенсаторного, аутистического, истерического, а трактовка их как универсальных мотивационных механизмов формирования фантазирования и поведения, представляется изящной и перспективной.

Наиболее универсальной и наименее противоречивой классификацией механизмов фантазирования представляется систематика В.А. Гурьевой [9]: 1) механизм «псевдокомпенсации», отражающий реализацию стремления к самоутверждению, характерный преимущественно для аномальных личностей (истероиды, астеники и психастеники); 2) психогенный механизм «вытеснения» реальности субъективно непереносимой ситуации, наблюдавшейся у всех подростков независимо от нозологической принадлежности; 3) механизм «замещения», отражающий трудности контактов с окружающими, утрату интереса к реальной действительности и потребность создания собственного внутреннего мира, характерный для шизоидов и больных шизофренией.

Поскольку фантазирование — продуктивный феномен, то остается не совсем ясным, к какой продукции приводит механизм «вытеснения». Также в данной классификации не учитывается мотивация фантазирования, «направленного на других», то есть нет включения в типологию манипулятивного (истерического) механизма.

В качестве факторов, которые могут способствовать формированию клинических форм фантазирования, в литературе указываются: 1) психогении [80, 85, 90], 2) сенсорная депривация [15], 3) локальное повреждение головного мозга и фокально-корковая форма эпилепсии [49, 75, 81], 4) медикаментозное и галлюциногенное воздействие [75], 5) инфантильность [9, 16, 90], 6) конституциональные особенности личности [37, 49, 53, 58], 7) психозы, особенно с маниакальной симптоматикой [8, 32-36, 71, 90].

Использование термина «патологическое фантазирование» предполагает необходимость выделения критериев патологичности в отношении фантазирования. Задача осложняется тем, что фантазирование — явление физиологическое [14], и даже во время психоза нормальные фантазии могут сосуществовать с такими продуктивными психотическими феноменами как псевдогаллюцинации [13]. Сложность дифференциации патологического и непатологического фантазирования подтверждается и диссертационным исследованием [20]. Критерии оценки патологических форм фантазирования предлагались от выделения количественных признаков — гиперфантазия [13] до совокупности качественных [9]. При разработке этой проблемы помимо прочего предлагалось подразделять клинически значимые случаи фантазирования по уровню психического поражения на невротическое и психотическое [39]. Наиболее современная классификация также предлагает опираться на совокупность признаков в суждении о патологичности фантазирования [20]: 1) доминирование в сознании, 2) готовность к перевоплощению в вымышленные образы, 3) вживание в вымыслы (когда грань между реальностью и вымыслом оказывается нарушенной), 4) появление расстройств поведения, сопряженных с содержанием фан-

тазий, 5) потеря произвольности возникновения фантазий.

Нами также рассматривались механизмы синдрома фантазирования у детей [30, 77]: 1) адаптивно-компенсаторный; 2) замещения (аутистический); 3) утрированных демонстративных реакций.

Клиническое значение фантазирования. Приводятся следующие значения феноменов фантазирования: 1) наличие феноменов фантазирования в клинической картине может учитываться при постановке психиатрического диагноза [42], 2) формирование микросоциальной дизадаптации [79, 85], 3) влияние фантазирования на появление уголовно-наказуемого поведения [8, 45].

Заключение. Воображение — неотъемлемая часть человеческой психики. Процесс фантазирования в норме свойствен в той или иной степени всем детям, вероятно, именно поэтому патологию, связанную с фантазированием, принято считать наиболее характерной в клинике психических заболеваний детского и подросткового возраста [36, 39]. Первые обобщения по теме фантазирования в клинике психических болезней принадлежат западным ученым А. Delbrück [56] и Е. Dupré [60], работы которых надолго определили развитие представлений о фантазировании в психиатрии. При описании психотических вариантов фантазирования отечественные авторы И.К. Руднева [39], М.В. Варавикова [5] и др. апеллировали, в первую очередь, к идеям Е. Dupré [58, 60] и К. Birnbaum [53]. Отличительными чертами отечественной школы можно считать формирование синдромального подхода к теме фантазирования [9, 14, 20, 24, 28, 36, 37, 42], а также поиск критериев, которые бы позволяли оценивать особые случаи фантазирования как патологические. Наметившееся возвращение интереса к фантазированию в психиатрической клинике на Западе преимущественно отражает этап осмысления научного наследия А. Delbrück и Е. Dupré.

Формирование представлений о патологии в отношении феноменов фантазирования подстегивалось клинической необходимостью: наличием пациентов, продуктивная симптоматика которых и нарушения поведения не определялись напрямую бредом, обманами восприятия, спецификой характера, а были в той или иной степени связаны с работой воображения. Особое внимание психиатров привлекали тяжелые случаи фантазирования, формировавшие представление о бредовом фантазировании и, в дальнейшем, патологическом фантазировании. Диагностический подход, при котором наличие выраженного фантазирования (либо определенного его варианта) жестко определяет постановку основного диагноза, подвергался критике [14, 20, 24, 28, 37], то есть подход к фантазированию как нозологически неспецифическому феномену оказался более прогрессивным своею гибкостью, которая отражала реальное клиническое разнообразие вариантов фантазирования и нозологических принадлежностей ведущей психопатологии. Эти воззрения в настоящее время можно считать доминирующими в отечественной литературе [9, 20, 24, 29, 28]. Для случаев с крайней выраженностью фантазирования, в первую очередь влияющего на поведение, предлагались критерии патологичности фантазирования [9, 20]. Однако авторами указывалось на значительную трудность отделения патологических форм фантазирования от непатологических, а также на необходимость для суждения о патологичности опираться только на совокупность признаков (в связи с отсутствием патогномичных). Эти трудности, безусловно, свидетельствуют о том, что точка в вопросе о целесообразности выделения патологической формы фантазирования не поставлена. Не раскрыт и вопрос о том, что в большей степени определяет наличие клинически значимых особенностей фантазирования: аутохтонные факторы (конституциональные, инфантильность, лабильность и застреванность психических процессов) или непо-

средственно психические заболевания (психозы, неврозы, психогении, приобретенные когнитивные нарушения). В первом случае представляется возможным рассматривать некоторые варианты фантазирования как самостоятельные психопатологические процессы или их эквиваленты. Во втором - особенности фантазирования, как и другие нормальные психические процессы, вероятно, лишь отражают появление и динамику ведущего психопатологического феномена, не являясь патологическими сами по себе. Таким образом, не раскрыт вопрос, какую «окраску» придают аутохтонные и динамические, эндогенные и экзогенные факторы такому нормальному психическому процессу, как фантазирование.

В виду естественности фантазирования для здоровых детей (а также отсутствия данных об обязательной патологичности и «противоестественности» фантазирования для психически больных детей) трудностями изолированного вычленения фантазирования из всей совокупности психических процессов представляется сомнительным подразделение феноменов фантазирования на непатологическую и патологическую разновидности.

По нашему мнению, заслуживающим внимания может являться подход, ранее не предлагавшийся. Представляется целесообразным исключить оценку «патологическое» в отношении фантазирования. В случаях, когда фантазирование выступает на первом плане жалоб или клинической картины того или иного заболевания, следует определять симптоматику как синдром фантазирования, выделяя при этом обязательно его клинический вариант. Саму склонность к фантазированию не оценивать облигатно как патологию исходя из понятия нормы как ситуационного оптимума [11], а учитывать лишь описательно - в психическом статусе пациента - трансформацию воображения под влиянием основного заболевания (с учетом его тяжести, уровня, формы).

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев С. Фантазия / Энциклопедический словарь Брокгауза и Эфрона. - СПб.: Типография АО «Брокгауз и Эфрон». - 1902. - Т. XXXV. - С. 294-295.
2. Андреев Б.В. Респондент и резистентные к традиционной фармакотерапии психопатологические состояния у детей / Б.В. Андреев, И.В. Макаров // Медицина XXI век. - 2006. - № 2 (2). - С. 43-45.
3. Блейлер Е. Аутистическое мышление / Хрестоматия по общей психологии. - М.: Изд-во МГУ. - 1981. - С. 112-125.
4. Буренина Н.И. Патологические телесные сенсации / Журн. невропатол. и психиатр. - 1997. - № 5. - С. 12-19.
5. Вараикова М.В. Приступообразная шизофрения с преобладанием бреда воображения (психопатология, клиника, лечение, прогноз) / автореф. к.м.н. - М., 1994. - 23 с.
6. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий: их статика, динамика, систематика. - М. Кооперативное изд-во Север. - 1933. - 143 с.
7. Говсеев А.А. Симуляция душевных болезней и патологическое притворство / Д-р А.А. Говсеев. - Харьков: бр. Говсеевы, 1894. - [2], II, 333, IV с.
8. Гурьева В.А. Психопатология подросткового возраста / В.А. Гурьева, В.Я. Семке, В.Я. Гиндикин. - Томск, 1994. - С. 108-120.
9. Гурьева В.А., Вандыш В.В., Шилина З.М. Сравнительно-нозологическая характеристика синдрома фантазирования в период пубертатного криза (судебно-психиатрический аспект) // Журн. невропатол. и психиатр. - 1986. - № 1. - С. 81-86.
10. Дьяченко О.М. Об основных направлениях развития воображения дошкольника // Вопросы психологии. - 1988. - № 6. - С. 52-59.
11. Зайчик А.Ф. Часть 1. Основы общей патофизиологии / А.Ф. Зайчик, Л.П.

Чурилов и др. // Основы общей патологии (Учебное пособие для студентов мед-ВУЗов) – СПб.: ЭЛБИ – СПб, 1999. – С. 13.

12. Зиновьев П.М. Лживость / Большая медицинская энциклопедия / Глав. ред. проф. Н.А. Семашко. - М., 1931. - Т. 16. - С. 92-96.

13. Кандинский В.Х. О псевдогаллюцинациях. Критико–клинический этюд. – СПб: изд. Е.К. Кандинской, – 1890. – 164 с.

14. Ковалев В.В. Синдромы патологического фантазирования // Психиатрия детского возраста. – М.: Медицина, 1979. – С. 61-71.

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

16. Кононова М.П. Эйдетические явления и их отношение к психопатологии // Журн. невропатол. и психиатр. 1929. - № 1. - С. 60-82.

17. Корень Е.В., Марченко А.М., Трайнина Е.А. Феномен «ипохондрического фантазирования» в структуре ипохондрических расстройств у детей и подростков // Актуальные вопросы детской психиатрии. Материалы международной научно–практической конференции. Киров, 11 декабря 2008 г. – Киров: МИАЦ, 2008. – С. 43-46.

18. Крылов В.И. Психология и психопатология воображения (когнитивные функции и воображение) // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2012. – № 3. – С. 4-14.

19. Крылов В.И. Психопатология реперезиваний (феномен флэшбэк) // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2010. – № 1. – С. 7-12.

20. Лашкова А.В. Синдром патологического фантазирования у подростков в судебно–психиатрической клинике / автореф., к.м.н. – М., 2000 – 19 с.

21. Леденев Б.А. Некоторые особенности интересов, увлечений и фантазий у детей и подростков с формирующейся шизоидной психопатией // Журн. невропатол. и психиатр. – 1977. – Т. 77, вып. 10. – С. 1529-1532.

22. Леденев Б.А., Шевченко Ю.С. Феномен визуализированных представлений у детей и подростков // Журн. невропатол. и психиатр., – 1982. – № 12. – С. 58(1818)- 63(1822).

23. Макаров И.В. Деперсонализация у детей и подростков // Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева.- 2006. - № 3. - С. 16-17.

24. Макаров И.В. Кравченко И.В. Синдромы фантазирования у детей: клиника и систематика (учебное пособие). - СПб.: СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2010. - 30 с.

25. Макаров И.В., Незнанов Н.Г. Об игровых перевоплощениях при шизофрении у детей // Ученые записки Санкт–Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова. – 2003. – № 3. – С. 41-42.

26. Макаров И.В. Об игровых перевоплощениях у детей // Актуальные вопросы внебольничной психоневрологической помощи детскому и взрослому населению: избр. труды; мат-лы науч.-практ. конф. с междунар. участием, Санкт-Петербург, 21-22 мая 2009 г. / Под ред. Н.Г. Незнанова. - СПб.: Изд. СПб науч.-иссл. психоневрол. ин-та им. В.М. Бехтерева, 2009. - С. 188-190.

27. Макаров И.В. патологические игровые перевоплощения у детей // XIV съезд психиатров России. 15-18 ноября 2005 г. (Материалы съезда).- М., 2005. - С. 209.

28. Макаров И.В., Кравченко И.В. Патологическое фантазирование у детей // Журн. неврол. и психиатр. - 2015. - № 5, вып. 2, Т. 115. - С. 3-7.

29. Макаров И.В. Синдром фантазирования у детей (лекция) // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2013 (13).- № 2.- С. 118-124.

30. Макаров И.В., Кравченко И.В. Синдром фантазирования у детей // Клини-

ческая психиатрия детского и подросткового возраста. - СПб.: Наука и Техника, 2013. - С. 52-83.

31. Маклаков А.Г. Общая психология. - СПб.: Питер, 2001. - 592 с.

32. Мамцева В.Н., Гервиц Г.М., Шувалова Ю.И. О бреде воображения в детском возрасте // Журн. невропатол. и психиатр. - 1977. - Т. 77, № 10. - С. 1537-1539.

33. Мамцева В.Н. О двух формах патологического фантазирования при вялотекущей шизофрении у детей // Журн. невропатол. и психиатр. - 1957. - Т. 7. - С. 909-912.

34. Мамцева В.Н. О хроническом бреде воображения в детском возрасте // Актуальные проблемы психиатрии детского и подросткового возраста. - М., 1976. - Т. 75. - С. 20-23.

35. Мамцева В.Н. Особые интересы и фантазии при шизофрении у детей как возрастное видоизменение паранойяльного синдрома // Актуальные проблемы психоневрологии детского возраста / Под ред. А.А. Портнова. - М., 1973. - С. 59-65.

36. Мамцева В.Н. Синдром бредоподобных фантазий (самооговоры) у подростков, страдающих шизофренией // Проблемы психоневрологии детского возраста. - М., 1964. - С. 38-50.

37. Мнухин С.С. О границах шизофрении у детей и подростков // Шизофрения (вопросы нозологии, патогенеза, клиники). - М., 1962. - С. 77-83.

38. Немов Р.С. Психология / Учебник для студентов высших педагогических учебных заведений. Психология образования. 2-е изд. - М.: Просвещение: ВЛАДОС, 1995. - Т. 2. - 496 с.

39. Руднева И.К. Особенности малопрогрессирующей шизофрении у детей с синдромом патологического фантазирования / автореф. к.м.н., - М., 1985.

40. Семенов С.Ф. Зрительные агнозии и галлюцинации. - Киев. - 1965. - 247 с.

41. Сидоров П.И., Парняков А.В. Введение в клиническую психологию. Т. I.: Учебник для студентов медицинских вузов. - М.: Академический проект, Екатеринбург: Деловая книга, 2000. - С. 157-163.

42. Симсон Т.П. Синдром бредоподобных фантазий // Шизофрения раннего детского возраста. - М., 1948. - С. 74-98.

43. Тиганов А.С., Снежневский А. В., Орловская Д.Д. и др. Руководство по психиатрии в 2 томах / Под ред. академика РАМН А.С. Тиганова. - М.: Медицина, 1999. - Т. 1. - С. 46-75.

44. Ушинский К.Д. Глава XXVII. Процесс воображения / Опыт педагогической антропологии. Собрание сочинений. - М.-Л.: Из-во АПН, 1950. - Т. 8 - С. 403-442.

45. Фелинская Н.И. Бредоподобные фантазии // Реактивные состояния в судебно-психиатрической клинике. - М.: Медицина, 1968. - С. 72-76.

46. Хромов Н.А. К физиологическому анализу истерической псевдологии // Вопросы психиатрии и неврологии. Сборник трудов Ленинградского научного общества неврологов и психиатров. - Вып. III. - Л., 1958. - С. 361-372.

47. Чехова А.Н. Течение шизофренического процесса, начавшегося в детском возрасте. - М.: Медгиз, 1963. - 136 с.

48. Чубариков В.И. Феномен визуализированных представлений у больного олигофренией в степени имбецильности в зрелом возрасте // История городского медицинского объединения им. С.П. Боткина и современное состояние специализированной медицинской помощи. - Орел, 1999. - С. 282-284.

49. Юдин Т.И. Псевдологическая (фантастическая, мифоманическая) конституция // Психопатические конституции. - М.: Изд-во М. и С. Сабашниковых. - 1926. - 167 с.

50. Якубик А. Истерия. – М., 1982. – 344 с.
51. Ясперс К. Общая психопатология / пер. с немецкого. – М.: Практика, 1997. – 1056 с.
1. Alekseev S. Fantazija / Jenciklopedicheskij slovar' Brokgauza i Jefrona. - SPb.: Tipografija AO «Brokgauz i Jefron». – 1902. – Т. XXXV. – S. 294-295.
2. Andreev B.V. Rispolept i rezistentnye k tradicionnoj farmakoterapii psihopatologicheskie sostojanija u detej / B.V. Andreev, I.V. Makarov // Medicina XXI vek. - 2006.- № 2 (2). - S. 43-45.
3. Blejler E. Autisticheskoe myshlenie / Hrestomatija po obshhej psihologii. – М.: Izd-vo MGU. - 1981. – S. 112-125.
4. Burenina N.I. Patologicheskie telesnye sensacii / Zhurn. nevropatol. i psihiatr. – 1997. – № 5. – S.12-19.
5. Varavikova M.V. Pristupoobraznaja shizofrenija s preobladaniem bredda voobrazhenija (psihopatologija, klinika, lechenie, prognoz) / avtoref. k.m.n. – М., 1994. – 23 s.
6. Gannushkin P.B. Klinika psihopatij: ih statika, dinamika, sistema-tika. – М. Kooperativnoe izd-vo Sever. – 1933. – 143 s.
7. Govseev A.A. Simuljacija dushevnyh boleznej i patologicheskoe pri-tvorstvo /D-r A.A. Govseev. – Har'kov: br. Govseevy, 1894. – [2], II, 333, IV s.
8. Gur'eva V.A. Psihopatologija podrostkovogo vozrasta / V.A. Gur'eva, V.Ja. Semke, V.Ja. Gindikin. – Tomsk, 1994. – S. 108-120.
9. Gur'eva V.A., Vandysh V.V., Shilina Z.M. Sravnitel'no–nozologicheskaja harakteristika sindroma fantazirovanija v period pubertatnogo kriza (sudebno–psihiatricheskij aspekt) // Zhurn. nevropatol. i psihiatr. – 1986. – № 1. – S. 81-86.
10. D'jachenko O.M. Ob osnovnyh napravlenijah razvitija voobrazhenija doskol'nika // Voprosy psihologii. – 1988. – № 6. – S. 52-59.
11. Zajchik A.F. Chast' 1. Osnovy obshhej patofiziologii / A.F. Zajchik, L.P. Churilov i dr. // Osnovy obshhej patologii (Uchebnoe posobie dlja studentov medVUZov) – SPb.: JeLBI – SPb, 1999. – S. 13.
12. Zinov'ev P.M. Lzhivost' / Bol'shaja medicinskaja jenciklopedija / Glav. red. prof. N.A. Semashko. - М., 1931. - Т. 16. - S. 92-96.
13. Kandinskij V.H. O psevdogalljucinacijah. Kritiko–klinicheskij jetjud. – SPb: izd. E.K. Kandinskoj, – 1890. – 164 s.
14. Kovalev V.V. Sindromy patologicheskogo fantazirovanija // Psihiatrija detsko-go vozrasta. – М.: Medicina, 1979. – S. 61-71.
15. Kozlovskaja G.V., Proselkova M.E. Paraautizm – psihogennaja forma autizma // Razvitie lichnosti. – 2004. – № 3. – S. 73-82.
16. Kononova M.P. Jejdeticheskie javlenija i ih otnoshenie k psihopatologii // Zhurn. nevropatol. i psihiatr. 1929. - № 1. - S. 60-82.
17. Koren' E.V., Marchenko A.M., Trajnina E.A. Fenomen «ipohondricheskogo fantazirovanija» v strukture ipohondricheskikh rasstrojstv u detej i podrostkov // Aktual'nye voprosy detskoj psihiatrii. Materialy mezhdunarodnoj nauchno–prakticheskoy konferencii. Kirov, 11 dekabnja 2008 g. – Kirov: MIAC, 2008. – S. 43-46.
18. Krylov V.I. Psihologija i psihopatologija voobrazhenija (kognitivnye funkcii i voobrazhenie) // Psihiatrija i psihofarmakoterapija. – 2012. – № 3. – S. 4-14.
19. Krylov V.I. Psihopatologija reperezhivanij (fenomen fljeshbjek) // Psihiatrija i psihofarmakoterapija. – 2010. – № 1. – S. 7-12.
20. Lashkova A.V. Sindrom patologicheskogo fantazirovanija u podrostkov v sudebno–psihiatricheskoy klinike / avtoref., k.m.n. – М., 2000 – 19 s.
21. Ledenev B.A. Nekotorye osobennosti interesov, uvlechenij i fanta-zij u detej i

подростков с формирующейся шизоидной психопатией // Журн. невропатол. и психiatr. – 1977. – Т. 77, вып. 10. – С. 1529-1532.

22. Ledenev B.A., Shevchenko Ju.S. Fenomen vizualizirovannyh predstavlenij u detej i подростков // Журн. невропатол. и психiatr., – 1982. – № 12. – С. 58(1818)-63(1822).

23. Makarov I.V. Depersonalizacija u detej i подростков // Obozrenie psichiatрії i medicinskoj psihologii imeni V.M. Behtereva.- 2006. - № 3. - С. 16-17.

24. Makarov I.V. Kravchenko I.V. Sindromy fantazirovanija u detej: klinika i sistematika (uchebnoe posobie). - SPb.: SPb NIPNI im. V.M. Behtereva, 2010. - 30 s.

25. Makarov I.V., Neznakov N.G. Ob igrovych perevoploshhenijah pri shizofrenii u detej // Uchenye zapiski Sankt-Peterburgskogo gosudarstvennogo medicinskogo universiteta im. akad. I.P. Pavlova. – 2003. – № 3. – С. 41-42.

26. Makarov I.V. Ob igrovych perevoploshhenijah u detej // Aktual'nye voprosy vnebol'ничной psihonevrologicheskoy pomoshhi detskomu i vzrosloму naseleniju: izbr. trudy; mat-ly nauch.-prakt. konf. s mezhdunar. uchastiem, Sankt-Peterburg, 21-22 maja 2009 g. / Pod red. N.G. Neznakova. - SPb.: Izd. SPb nauch.-issl. psihonevrol. in-ta im. V.M. Behtereva, 2009. - С. 188-190.

27. Makarov I.V. patologicheskie igrovyje perevoploshhenija u detej // XIV s#ezd psichiatrov Rossii. 15-18 nojabrja 2005 g. (Materialy s#ezda).- M., 2005. - С. 209.

28. Makarov I.V., Kravchenko I.V. Patologicheskoe fantazirovanie u detej // Журн. невrol. и психiatr. - 2015. - № 5, вып. 2, Т. 115. - С. 3-7.

29. Makarov I.V. Sindrom fantazirovanija u detej (lekcija) // Voprosy psichicheskogo zdorov'ja detej i подростков. – 2013 (13).- № 2.- С. 118-124.

30. Makarov I.V., Kravchenko I.V Sindrom fantazirovanija u detej // Klinicheskaja psichiatrija detskogo i подростковogo vozrasta. - SPb.: Nauka i Tehnika, 2013. - С. 52-83.

31. Maklakov A.G. Obshhaja psihologija. – SPb.: Piter, 2001. – 592 s.

32. Mamceva V.N., Gervic G.M., Shuvalova Ju.I. O brede voobrazhenija v detskom vozraste // Журн. невропатол. и психiatr. – 1977. – Т. 77, № 10. – С. 1537-1539.

33. Mamceva V.N. O dvuh formah patologicheskogo fantazirovanija pri vjalotekushhej shizofrenii u detej // Журн. невропатол. и психiatr. – 1957. – Т. 7. – С. 909-912.

34. Mamceva V.N. O hronicheskom brede voobrazhenija v detskom vozraste // Aktual'nye problemy psichiatрії detskogo i подростковogo vozrasta. – M., 1976. – Т. 75. – С. 20-23.

35. Mamceva V.N. Osobyje interesy i fantazii pri shizofrenii u detej kak vozrastnoe vidoizmenenie paranojjal'nogo sindroma // Aktual'nye problemy psihonevrologii detskogo vozrasta / Pod red. A.A. Portnova. – M., 1973. – С. 59-65.

36. Mamceva V.N. Sindrom bredopodobnyh fantazij (samoogovory) u подростков, stradajushhih shizofreniej // Problemy psihonevrologii det-skogo vozrasta. – M., 1964. – С. 38-50.

37. Mnuhin S.S. O granicah shizofrenii u detej i подростков // Shizofrenija (voprosy nozologii, patogeneza, kliniki). – M., 1962. – С. 77-83.

38. Nemov R.S. Psihologija / Uchebnik dlja studentov vysshih pedagogicheskikh uchebnyh zavedenij. Psihologija obrazovanija. 2-e izd. – M.: Prosveshhenie: VLADOS, 1995. - Т. 2. – 496 s.

39. Rudneva I.K. Osobennosti maloprogradientnoj shizofrenii u detej s sindromom patologicheskogo fantazirovanija / avtoref. k.m.n., – M, 1985.

40. Semenov S.F. Zritel'nye agnozii i galljucinacii. – Kiev, – 1965. – 247 s.

41. Sidorov P.I., Parnjakov A.V. Vvedenie v klinicheskiju psihologiju. Т. I.: Uchebnik dlja studentov medicinskih vuzov. – M.: Akademicheskij pro-ekt, Ekaterinburg: Delovaja kniga, 2000. – С. 157-163.

42. Simson T.P. Sindrom bredopodobnyh fantazij // Shizofrenija rannego detskogo vozrasta. – M., 1948. – S. 74-98.
43. Tiganov A.S., Snezhnevskij A. V., Orlovskaja D.D. i dr. Rukovodstvo po psichiatrii v 2 tomah / Pod red. akademika RAMN A.S. Tiganova. — M.: Medicina, 1999. — T. 1. — S. 46-75.
44. Ushinskij K.D. Glava XXVII. Process voobrazhenija / Opyt pedagogicheskoy antropologii. Sbranie sochinenij. – M.–L.: Iz-vo APN, 1950. – T. 8 – S. 403-442.
45. Felinskaja N.I. Bredopodobnye fantazii // Reaktivnye sostojanija v sudebno-psichiatricheskoy klinike. – M.: Medicina, 1968. – S. 72-76.
46. Hromov N.A. K fiziologicheskomu analizu istericheskoy psevdologii // Voprosy psichiatrii i nevrologii. Sbornik trudov Leningradskogo nauchnogo obshhestva nevrologov i psichiatrov. – Vyp. III. – L., 1958. – S. 361-372.
47. Chehova A.N. Techenie shizofrenicheskogo processa, nachavshegosja v detskom vozraste. – M.: Medgiz, 1963. – 136 s.
48. Chubarikov V.I. Fenomen vizualizirovannyh predstavlenij u bol'nogo oligofreniej v stepeni imbecil'nosti v zreloom vozraste // Istorija gorodskogo medicinskogo obshhdenija im. S.P. Botkina i sovremennoe sostojanie specializirovannoj medicinskoj pomoshhi. - Orel, 1999. – S. 282-284.
49. Judin T.I. Psevdologicheskaja (fantasticheskaja, mifomanicheskaja) konstitucija // Psihopaticheskie konstitucii. – M.: Izd-vo M. i S. Sabashnikovyh. – 1926. – 167 s.
50. Jakubik A. Isterija. – M., 1982. – 344 s.
51. Jaspers K. Obshhaja psihopatologija / per. s nemeckogo. – M.: Praktika, 1997. – 1056 s.
52. Benezech, M. A lycanthropic murderer / M. Benezech, J. De Witte, J.J. Etcheparre, M. Bourgeois // Am J Psychiatry. – 1989. – 146(7) – P. 942.
53. Birnbaum, K. Psychosen mit Wahnbildung und Wahnhafte Einbildungen bei Degenerativen. – Halle, 1908. – 227 s.
54. Broden, A.R. Hypochondriacal symptoms as derivatives of unconscious fantasies of being beaten or tortured / A.R. Broden, W.A. Myers // J Am Psychoanal Assoc. – 1981. – 29(3). – P. 535-557.
55. Darcourt, G. Hysterical personality disorder / G. Darcourt. Clinique de psychiatrie et de psychologie médicale, Hôpital Pasteur, Nice // Rev. Prat. – 1995. – v. 15;45(20). – P. 2550-2555.
56. Delbrück, A. Die pathologische Lüge und die psychisch abnormen / Schwindler: Eine Untersuchung über den allmählichen Übergang eines normalen psychologischen Vorgangs in ein pathologisches Symptom, für Aerzte und Juristen. – Stuttgart: Enke, 1891. – 131 p.
57. Dike, C.C. Pathological Lying Revisited / C.C. Dike, M. Baranoski, E.E.H. Griffith // Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law. – 2005. – 33(3). – P. 342-349.
58. Dupré, E. La Mythomanie. Étude psychologique et médico-légale du mensonge et de la fabulation morbides (leçon d'ouverture du cours de psychiatrie médico-légale (2e année 1905). – Paris: Gainche, 1905. – 68 p.
59. Dupré, E. Les délires d'imagination / E. Dupré, J. Logre // Encéphale 6a. – 1911. – P. 209-232.
60. Dupré, E. Pathologie de l'Imagination et de l'Émotivité. – Paris: Payot. – 1925. – XXIII+503 p.
61. Fahy, T.A. Lycanthropy: a review / J. R. Soc. Med. – 1989. – 82(1). – P. 37-39.
62. Fischer, S. Die Verbreitung der eidetischen Anlage im Jugendalter und ihre Beziehungen zu körperlichen Merkmalen / S. Fischer, H. Hirshberg // Zeitschr. d. f. ges.

Neurol. u. Psychiat. – 1924. – B. 88 (LXXXVIII).

63. Garlipp, P. Lycanthropy – psychopathological and psychodynamical aspects / P. Garlipp, T. Gödecke–Koch, D.E. Dietrich, H. Haltenhof // *Acta Psychiatr. Scand.* – 2004. – V. 109(1). – P. 19-22.

64. Gross, B. False Rape Allegations: An Assault On Justice / Publisher: American College of Forensic Examiners, 2009. – 15 p.

65. Gundogar, D. Multiple sclerosis presenting with fantastic confabulation / D. Gundogar, S. Demirci // *Gen. Hosp. Psychiatry.* – 2006. – V. 28(5). – P. 448-451.

66. Hall, G.S. Children's Lies / *The American Journal of Psychology.* – №1. – 1890. – P. 59-70.

67. Healy, W. Pathological lying, accusation, and swindling: A study in forensic psychology / W. Healy, M.T. Healy // *Criminal science monograph №1. Supplements to the Journal of Criminal Law and Criminology.* – Boston: Little, Brown, and Company, 1915. – 286 p.

68. Høyersten, J.G. The berserks – what was wrong with them? // *Tidsskr. Nor. Laegeforen.* – 2004. – V. 16;124(24). – P. 3247-3250.

69. Jaensch, E.R. Die Eidetik und die typologische Forschungsmethode: in ihrer Bedeutung für die Jugendpsychologie und Pädagogik, für die allgemeine Psychologie und die Psychophysiologie der menschlichen Persönlichkeit; mit besonderer Berücksichtigung der grundlegenden Fragen und der Untersuchungsmethodik / Aufl. Quelle & Meyer, Leipzig, 1927.

70. Kapur, N. Confabulation and frontal lobe dysfunction / N. Kapur, A.K. Coughlan // *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* – 1980. – V. 43(5). – P. 461-463.

71. Keck, P.E. Lycanthropy: alive and well in the twentieth century / P.E. Keck, H.G. Pope, J.I. Hudson, S.L. Mcelroy, A. R. Kulick // *Psychological Medicine.* – 1988. – №18 – P.113-120.

72. Khalil, R.B. Lycanthropy as a culture-bound syndrome: a case report and review of the literature / R.B. Khalil, P. Dahdah, S. Richa, D.A. Kahn // *J Psychiatr Pract.* – 2012. – 18(1). – P. 51-54.

73. Koppen, M. Über die pathologische lungener / *Charite-Annalen.* – 1898. – №8 – P. 674-719.

74. Krout, M.H. The psychology of children's lies, with a select bibliography on general child psychology and the treatment of children's difficulties. – Boston: Richard G. Badger, the Gorham Press, 1932. – 113 p.

75. Kulick, A.R. Lycanthropy and self-identification / A.R. Kulick, H.G. Jr. Pope, P.E. Jr. Keck // *J. Nerv. Ment. Dis.* – 1990 – V.178(2). – P. 134-137.

76. Lynn, S.J. The fantasy-prone person: hypnosis, imagination, and creativity / S.J. Lynn, J.W. Rhue // *J. Pers. Soc. Psychol.* – 1986. – V.51(2). – P. 404-408.

77. Makarov I.V., Kravchenko I.V. The syndrom of fantasizing in children and adolescents // *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence.* – 2012. – Volume 60, Issue 5, Supplement, July 2012, Page S 158.

78. Maltzberger, J.T. Suicide fantasy as a life-sustaining recourse / J.T. Maltzberger, E. Ronningstam, I. Weinberg, M. Schechter, M.J. Goldblatt // *J. Am. Acad. Psychoanal. Dyn. Psychiatry.* – 2010. – V. 38(4). – P. 611-623.

79. Matas, M. The girl who cried wolf: pseudologia phantastica and sexual abuse / M. Matas, A. Marriott // *Can. J. Psychiatry.* – 1987. – V. 32(4). – P. 305-309.

80. Merckelbach, H. Dissociation and fantasy proneness in psychiatric patients: a preliminary study / H. Merckelbach, J. Campo, S. Hardy, T. Giesbrecht // *Comprehensive Psychiatry.* – 2005. – V. 46. – P. 181-185.

81. Peskine, A. Fantastic confabulations or delusion / A. Peskine, P. Bruguière, C.

Picq, P. Pradat–Diehl // *Ann. Readapt. Med. Phys.* – 2008. – V. 51(6). – P. 501-505.

82. Powell, R.A. Did Freud misinterpret reported memories of sexual abuse as fantasies / R.A. Powell, D.P. Boer // *Psychol. Rep.* – 1995. – V. 77(2). – P. 563-570.

83. Selby, E.A. Daydreaming about death: violent daydreaming as a form of emotion dysregulation in suicidality / E.A. Selby, M.D. Anestis, T.E. Jr. Joiner // *Behav. Modif.* – 2007. – V. 31(6). – P. 867-879.

84. Smith, C.E. Toward a refined view of aggressive fantasy as a risk factor for aggression: interaction effects involving cognitive and situational variables / C.E. Smith, K.W. Fischer, M.W. Watson // *Aggress. Behav.* – 2009. – V. 35(4). – P. 313-23.

85. Swain, J.E. The Wolf Boy. Reactive Attachment Disorder in an Adolescent Boy / J.E. Swain, J.F. Leckman, F.R. Volkmar // *Psychiatry (Edgmont)*. – 2005. – №2(11). – P. 55-61.

86. Treanor, K.E. Defining, understanding and diagnosing pathological lying (pseudologia fantastica): an empirical and theoretical investigation into what constitutes pathological lying / Doctor of Psychology (Clinical) thesis, School of Psychology, University of Wollongong, 2012. Электронный источник <http://ro.uow.edu.au/theses/3811>.

87. Urbantschitsch, V. Über subjektive optische Anschauungsbilder / Leipzig und Wien, Franz Deuticke, 1907.

88. Vena, van de V. The role of schizotypy, mental imagery, and fantasy proneness in hallucinatory reports of undergraduate students / V. van de Vena, H. Merckelbach // *Personality and Individual Differences*. – 2003. – V. 35 – P. 889-896.

89. Villiers, de C. A flight of fantasy: false memories in frontal lobe disease / C. de Villiers, R. Zent, R.W. Eastman, D. Swingler // *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. – 1996. – 61(6). – P. 652-653.

90. Waldo, T.G. Fantasy Proneness, Dissociation, and DSM–IV Axis II Symptomatology / T.G. Waldo, R.D. Merritt // *Journal of Abnormal Psychology*. – 2000. – V.109. – №3. – P. 555-558.

91. Yang, Y. Localisation of increased prefrontal white matter in pathological liars / Y. Yang, K.L. Narr, T. Lencz, L. LaCasse, P. Colletti, A.W. Toga // *The British Journal of Psychiatry*. – 2007. – V. 190(2). – P. 174-175.

92. Yang, Y. Prefrontal white matter in pathological liars / Y. Yang, A. Raine, T. Lencz, S. Bihrlé, L. Lacasse, P. Colletti // *British Journal of Psychiatry*. – 2005. – V. 187. – P. 320-325.

I.V. Kravchenko¹, Igor V. Makarov^{1,2}

PATHOLOGICAL FANTASIZING (ANALYTICAL REVIEW)²

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.

²Final part. First part see - *Voprosy psichicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov*, 2017 (17), № 1.

**ВОЗРАСТНЫЕ И ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ
ОТНОШЕНИЯ ДОШКОЛЬНИКОВ К СВЕРСТНИКАМ (ЛЕКЦИЯ)**

**Московский государственный психолого-педагогический университет
(Москва).**

Резюме. Рассматриваются возрастные особенности и индивидуальные варианты отношения дошкольника со сверстниками. Описана возрастная динамика общения и отношения детей со сверстниками. Вторая часть лекции посвящена причинам популярности и непопулярности детей в группе сверстников. Обсуждаются результаты исследования, в котором сравнивались различные психологические особенности популярных и отвергаемых дошкольников. Показано, что в основе популярности дошкольников лежит эмоциональное отношение к сверстнику, которое выражается как в сопереживании, так и в готовности к реальной помощи другим детям. В заключительной части лекции приводятся принципы формирования позитивного отношения к дошкольников к сверстникам.

Ключевые слова: дошкольный возраст, общение, возрастная динамика отношения к сверстнику, общность с другим, потребность в признании и уважении, сопереживание, популярность в группе, отвержение сверстниками, принципы воспитания доброжелательного отношения к сверстникам.

Отношения к другим людям зарождаются и наиболее интенсивно развиваются в детстве. Причем главным пространством зарождения таких отношений является сфера общения с равными - со сверстниками. К концу дошкольного возраста складывается более или менее определенный тип отношения к сверстнику, который либо обеспечивает нормальное общение и сотрудничество, либо ведет к трудностям в общении и к возникновению частых конфликтов с другими детьми. Проблемы и конфликты между детьми порождают тяжелые переживания (обиды, неприязнь, зависть, злость, и др.). Такие переживания могут стать в дальнейшем источником серьезных межличностных и внутренних проблем взрослого человека.

Опыт первых отношений с людьми является фундаментом для развития личности ребенка. Этот первый опыт во многом определяет особенности самосознания человека, его отношение к миру, его поведение и самочувствие среди людей. Далеко не всегда этот опыт бывает благоприятным. Множество конфликтов человека с другими людьми и с самим собой имеет свои истоки в раннем и дошкольном детстве. Конфликтные дети, не умеющие общаться, слышать других, понимать их или уступать им, приносят массу проблем не только окружающим, но и самим себе. Нерешенные в детстве проблемы в отношениях с другими людьми остаются тяжким грузом в душе человека и прорастают не только личностными, но и социальными болезнями. Большинство негативных и деструктивных явлений среди молодежи, наблюдаемых в последнее время (повышенная жестокость, агрессивность, эмоциональная отчужденность и пр.) берет свое начало в детстве.

Отношения можно рассматривать как *внутреннюю психологическую основу общения и взаимодействия людей*. Рассматривая развитие общения детей со сверстниками, мы можем проследить путь формирования отношения к другим детям. От 2 до 7 лет межличностные отношения детей проходят достаточно сложный путь возрастного развития, в котором можно выделить три основных этапа.

Развитие общения со сверстниками в дошкольном возрасте

На первом этапе (от 2 до 4 лет) общение детей представляет собой эмоционально-практическое взаимодействие, которое имеет специфическое содержание.

Оставшись наедине с ровесниками, малыши ведут себя весьма странно: они кривляются, принимают причудливые позы, издают необычные возгласы, придумывают ни на что не похожие звуко сочетания и пр. Характерной чертой такого общения является подражание действиям сверстника. Стоит одному малышу топнуть ногой или соорудить гримасу, как все остальные подхватывают это странное действие. Подражание становится средством привлечения к себе внимания и основной для общения. В этих действиях малыши не ограничиваются никакими нормами в проявлении своей инициативы. Подобная нерегламентированность общения позволяет предположить, что сверстник помогает ребенку проявить свое самобытное начало, свою оригинальность. Помимо весьма специфического содержания контакты малышей имеют еще одну отличительную особенность - они практически всегда сопровождаются яркими эмоциями. Дети с восторгом повторяют друг перед другом однотипные действия, как бы зеркально отражаясь друг в друге. Повторение движений за сверстником приносит малышам ни с чем не сравнимый эмоциональный подъем (они хохочут, визжат, прыгают и пр.)

Содержание контактов детей раннего возраста, несмотря на свою внешнюю простоту, не укладывается в привычные рамки общения ребенка со взрослым. Эти, бесспорно, практические действия, предполагающие физический контакт, перемещение в пространстве, нельзя назвать сотрудничеством - эти действия лишены деловой цели. Общение детей друг с другом ярко эмоционально окрашено, однако дети слабо и поверхностно реагируют на индивидуальность партнера, они не замечают его внешности и даже не знают его имени. И все-таки такое общение приносит огромное удовольствие.

По-видимому, такое взаимодействие, дает ребенку ощущение общности с другим, равным ему существом, и это переживание общности с другим вызывает бурную радость. Получая от сверстника ответную реакцию и поддержку в своих играх и затеях, ребенок реализует свою самобытность и уникальность, что стимулирует самую непредсказуемую инициативность малыша. Сверстник отражает действия и настроение ребенка, что создает оптимальные условия для осознания себя и переживание общности с другим. Вклад такого общения в личностное и социальное развития детей очевиден. В то же время такое эмоционально-практическое взаимодействие, в особенности в условиях детского учреждения, бывает слишком шумным, беспорядочным, хаотичным, в результате взрослый стремится скорее прекратить его и усадить малышей за более спокойные занятия.

Между тем существует целый класс игр, которые отвечают специфике общения маленьких детей. Эти игры построены на весьма простом методическом приеме: все дети действуют одновременно и одинаково. Среди них многие сенсорно-двигательные игры, построенные на подражании, хороводные игры, игры с простыми правилами и пр. Такие игры дают возможность почувствовать общность с другими детьми, пережить общие эмоции и события.

Если для младших дошкольников наиболее характерным является индифферентно-доброжелательное отношение к другому ребенку, то в 4-5 лет картина взаимодействия детей существенно меняется. В средней группе резко возрастает эмоциональная вовлеченность в действия другого ребенка. В процессе игры или продуктивной деятельности дети пристально и ревниво наблюдают за успехами сверстников и постоянно оценивают их. Реакции детей на оценку взрослого также становятся более острыми. Успехи сверстника могут вызвать огорчение детей, а его неудачи - нескрываемую радость. В этом возрасте значительно возрастает число детских конфликтов, возникают такие явления, как зависть, ревность, обида. Все это позволяет говорить о глубокой качественной перестройке отношения

ребенка к сверстнику. После 4 лет у детей (в особенности тех, кто посещает детский сад) сверстник по своей привлекательности начинает обгонять взрослого и занимать все большее место в их жизни. Дети сознательно предпочитают общество сверстника одиночной игре или взаимодействию со взрослым.

Напомним, что этот возраст является периодом расцвета ролевой игры. В это время сюжетно-ролевая игра становится коллективной – дети предпочитают играть вместе. Общение с другими в ролевой игре разворачивается как бы на двух уровнях: с одной стороны дети общаются от лица взятых ролей (врач-больной, продавец-покупатель, мама-дочка и пр.), а с другой они распределяют роли, договариваются об условиях игры, оценивают и контролируют действия других и пр. В совместной игровой деятельности постоянно происходит переход с одного уровня на другой – переходя на уровень ролевых отношений дети подчеркнуто меняют манеры, голос, интонации и пр. Это может свидетельствовать о том, что дошкольники отчетливо разделяют ролевые и реальные отношения, причем эти реальные отношения направлены на общее для них дело – игру.

Таким образом, в середине дошкольного возраста общение со сверстниками становится содержательным и главным содержанием общения является общее дело – игра. Дошкольники заняты общим делом, они должны согласовывать свои действия и учитывать активность своего партнера для достижения общего результата. Такого рода взаимодействие можно назвать сотрудничеством. ***Потребность в сотрудничестве*** сверстника становится главной для общения дошкольников.

Наряду с потребностью в сотрудничестве на этом этапе отчетливо выделяется *потребность в признании и уважении сверстника*. Ребенок стремится привлечь внимание других. Чутко ловит в их взглядах и мимике признаки отношения к себе, демонстрирует обиду в ответ на невнимание или упреки партнеров. «Невидимость» сверстника превращается в пристальный интерес ко всему, что тот делает. В 4-5-летнем возрасте дети часто спрашивают у взрослых об успехах их товарищей, демонстрируют свои преимущества, пытаются скрыть от сверстников свои промахи и неудачи. В детском общении в этом возрасте появляется конкурентное, соревновательное начало. При этом дети все больше разговаривают друг с другом (примерно в полтора раза больше, чем со взрослыми), но их речь продолжает оставаться ситуативной. Если в сфере общения со взрослым в этом возрасте уже возникают внеситуативные контакты, то общение со сверстниками остается преимущественно ситуативным: дети взаимодействуют в основном по поводу предметов, действий или впечатлений, представленных в наличной ситуации.

В конце дошкольного возраста у многих детей складывается новая форма общения, которая была названа ***внеситуативно-деловой***. У 6-7 годов значительно возрастает число внеситуативных контактов. Дети рассказывают друг другу о том, где они были и что видели, делятся своими планами или предпочтениями, дают оценки качествам и поступкам других. В этом возрасте становится возможным «чистое общение», не опосредованное предметами и действиями с ними. Дети могут достаточно продолжительное время разговаривать, не совершая при этом никаких практических действий.

Однако, несмотря на эту возрастающую тенденцию к внеситуативности, общение детей происходит на фоне совместного дела, т. е. общей игры или продуктивной деятельности (поэтому данная форма общения и сохранила название деловой). Но сама игра к концу дошкольного возраста меняется. На первый план выходят правила поведения игровых персонажей и соответствие

игровых событий реальным. Соответственно, подготовка к игре, ее планирование и обсуждение ее правил начинают занимать значительно большее место, чем на предыдущем этапе. Конкурентное, соревновательное начало сохраняется. Однако, наряду с этим у старших дошкольников появляется умение видеть в партнере не только его ситуативные проявления, но и его желания, предпочтения, настроения. Дошкольники уже не только рассказывают о себе, но и обращаются с вопросами к сверстнику: что он хочет делать, что ему нравится, где он был, что видел и пр. К концу дошкольного возраста возникают устойчивые избирательные привязанности между детьми, появляются первые ростки дружбы. Дошкольники «собираются» в небольшие группы (по 2-3 человека) и оказывают явное предпочтение своим друзьям.

Таким образом, сам образ сверстника становится более устойчивым, не зависящим от конкретных обстоятельств взаимодействия. Ребенок начинает понимать и чувствовать внутреннее состояние другого, которое, хотя и не представлено в его конкретных действиях, высказываниях, игрушках, становится все более значимым для ребенка.

Популярные и непопулярные дети

Появление избирательных предпочтений детей, устойчивый состав детских объединений, осознанный выбор партнеров приводит к структурированию детского коллектива. К старшему дошкольному возрасту происходит явная дифференциация детей по их положению в группе: одни становятся более предпочитаемыми для большинства сверстников, другие не пользуются особой популярностью - либо отвергаются, либо остаются незамеченными. Обычно в детской группе выделяются 2-3 ребенка, обладающих наибольшей привлекательностью: с ними многие хотят дружить, сидеть рядом, охотно выполняют их просьбы. Обычно таких детей называют лидерами. Феномен лидерства традиционно связывается с решением какой-то задачи, с организацией какой-либо важной для группы деятельности. Данное понимание достаточно трудно приложить к группе дошкольников, в частности к группе детского сада. Эта группа не имеет четких целей и задач, у нее нет какой-либо определенной, общей, объединяющей деятельности, здесь трудно говорить о степени социального влияния. Вместе с тем не вызывает сомнений факт ***предпочтения*** определенных детей, их особой притягательности. По-видимому, более правильно для данного возраста говорить не о лидерстве, а о привлекательности или ***популярности***, которая, в отличие от лидерства, не всегда связана с решением групповой задачи и с руководством какой-либо деятельностью.

Наряду с этим выделяются дети, вовсе непопулярные – их не принимают в игры, мало общаются, не хотят уступать игрушки. Остальная часть детей располагается между этими двумя «полюсами».

Очевидно, что опыт первых контактов со сверстниками становится тем фундаментом, на котором надстраивается дальнейшее социальное и личностное развитие ребенка. Поэтому вопрос о том, ***что влияет на положение ребенка в группе сверстников***, почему одни дети становятся предпочитаемыми и вызывают симпатии сверстников, а другие наоборот, имеет исключительное значение. Анализируя качества и способности наиболее популярных детей, можно понять, что привлекает дошкольников друг в друге и что позволяет ребенку завоевать расположение сверстников.

Психологические исследования показывают, что в основе избирательных привязанностей детей могут лежать самые разные качества. Среди них инициативность, успешность в игровой или конструктивной деятельности, потребность в общении и в признании сверстников, признание взрослого, способность удовле-

творять коммуникативную потребность ровесников, способности к самовыражению и др. Очевидно, что столь широкий (хотя и далеко не полный) перечень этих качеств не позволяет выделить *главного условия детской популярности* и понять ее психологическую основу. Для выяснения этого вопроса было предпринято специальное экспериментальное исследование, где выяснялись психологические особенности популярных детей, которые отличают их от непопулярных. В этом исследовании сравнивались различные психологические особенности популярных и непопулярных (отвергаемых) дошкольников: уровень их умственного развития, активность в общении, стремление занять лидирующую роль в игре, отношение к сверстникам, способность к сопереживанию и пр.

Полученные результаты показали, что далеко не все из этих качеств отличают популярных детей от непопулярных. Так, эти две группы детей практически не различались по уровню развития мышления. Это может свидетельствовать о том, что когнитивные способности, такие как уровень развития интеллекта и способность к разрешению социальных проблем, не обеспечивают популярности ребенка. По степени общительности и инициативности в игре популярные дети также не превосходят своих сверстников. Однако среди непопулярных детей по этим показателям отчетливо выделились две крайние группы - замкнутых и совершенно пассивных и чрезмерно общительных детей, стремящихся к руководству. Можно полагать, что обе эти крайние стратегии в равной мере отталкивают сверстников и делают ребенка отвергаемым. Стремление ребенка к лидерству и руководству далеко не всегда обеспечивает симпатии сверстников. Все популярные дети занимали средние позиции по этим показателям.

Наиболее существенные различия между популярными и непопулярными детьми были обнаружены в *эмоциональном отношении к сверстникам*. Во-первых, популярные дети, в отличие от непопулярных, практически никогда не были безразличны к сверстникам, *проявляли интерес* к тому, что они делают. Причем эта эмоциональная вовлеченность имела положительную окраску - они одобряли и поддерживали других детей, в то время как непопулярные осуждали и навязывали свой замысел. Во-вторых, они *сопереживали другим*: успехи сверстников отнюдь не обижали, а напротив радовали их, а промахи огорчали. Непопулярные дети либо оставались безразличными к оценке сверстника, либо радовались неудачам и обижались при похвале другого. В-третьих, все популярные дети, независимо от уровня общительности и инициативности, *отвечали на вопросы и на просьбы сверстников* и очень часто помогали им. Непопулярные не делали этого никогда. И наконец, популярные дети предпочитали *разрешать конфликты мирным путем*, не обвиняя и не наказывая других. Непопулярные, как правило, находили разрешение конфликта в агрессивных действиях и угрозах.

Данные результаты свидетельствуют о том, что в основе популярности дошкольников лежат не развитие интеллекта и даже не организаторские способности, а прежде всего эмоциональное отношение к сверстнику, которое выражается как в сопереживании сверстникам, так и в реальной помощи. Это совершенно не означает, что популярные дети не ссорятся, не обижаются, не соревнуются и не спорят с другими. Однако, у популярных детей, в отличие от непопулярных, утверждение и признание своего Я не закрывает сверстника и не является специальной и единственной задачей. Именно это, как ни странно, и обеспечивает признание других и утверждение ребенка в группе сверстников.

Следует отметить, что структура детского коллектива, т. е. количество предпочитаемых и отвергаемых детей и их личностные характеристики во многом зависят от конкретной группы и от стратегии воспитателя. Бывают группы, в

которых явно выделяются 2-3 предпочитаемых всеми ребенка и значительное число отвергаемых. В то же время в некоторых детских группах такая жесткая дифференциация отсутствует: отвергаемых детей практически нет, а число предпочтений распределяется примерно поровну среди всех членов группы. По-видимому, такая атмосфера в детской группе, когда нет изолированных и отвергаемых и когда внимание и симпатии других достаются всем примерно поровну, более благоприятна для развития личности ребенка.

Далеко не всегда описанная выше динамика отношения к сверстникам реализуется в развитии конкретных детей. Известно, что существуют значительные индивидуальные различия в отношении ребенка к сверстникам, которые во многом определяют его самочувствие, положение среди других и в конечном счете особенности становления личности. Особую тревогу вызывают проблемные формы межличностных отношений, среди которых повышенные агрессивность, демонстративность, обидчивость, застенчивость и пр. Одни «трудные дети» постоянно дерутся, и приходится все время призывать их к порядку, другие спокойно сидят в стороне и обиженно молчат, третьи всеми силами стремятся привлечь к себе внимание, четвертые прячутся от посторонних глаз, избегают всяких контактов. Однако, несмотря на эти очевидные различия в поведении, в основе почти всех межличностных проблем лежат сходные психологические проблемы. Суть их можно определить как *фиксацию ребенка на себе* (на оценке себя), или *гипертрофированную самооценку*. Причем проблемы этих детей заключаются не в уровне их самооценки и даже не в степени ее адекватности. Самооценка этих детей может быть чрезмерно завышенной, средней или заниженной; она может соответствовать реальным достижениям ребенка, а может существенно расходиться с ними. Все это само по себе не является источником конфликтов. Главной причиной конфликтов ребенка с собой и с другими является *доминанта собственной ценности* и связанная с ней сосредоточенность на том, «*что я значу для других*». Ребенок постоянно думает о том, как к нему относятся или как его оценивают окружающие и остро аффективно переживает их отношение. Он постоянно рассматривает и оценивает себя глазами других, воспринимает себя через отношение окружающих. При этом другие могут осуждать его или бояться, восхищаться его достоинствами или подчеркивать недостатки, уважать или унижать. Но во всех случаях он уверен, что окружающие думают только о нем, и приписывают ему определенное отношение к себе и переживает его как реальное. Реальность межличностных отношений подменяется его собственной субъективной установкой.

Главная трудность при этом даже не в том, что такой ребенок неверно оценивает себя с точки зрения окружающих, а в том, что эта оценка становится главным содержанием его жизнедеятельности. Он не видит, не воспринимает всего того, что не относится к его *Я*, не видит реальных сверстников. Вернее, он видит в них исключительно *отношение к себе и оценку себя*. Другие люди превращаются для него в зеркала, в которых он воспринимает только себя – свои достоинства или недостатки, восхищение собой или пренебрежение. Все это замыкает его на самом себе, мешает видеть и слышать других, приносит острые болезненные переживания одиночества, своей «недооцененности», «незамеченности». Отсутствие чувства общности с другими всегда порождает одиночество, внутреннюю изоляцию в группе сверстников. Самоутверждение, демонстрация своих достоинств или сокрытие своих недостатков становится главным мотивом поведения, при этом другие люди сами по себе вовсе не интересуют.

Дети с гармоничными, бесконфликтными отношениями никогда не остаются безразличными к действиям сверстника, при этом их эмоциональная вовлечен-

ность имеет положительную окраску – они одобряют и поддерживают других детей, а не осуждают их. Даже в позиции «обиженного» они предпочитают разрешать конфликты мирным путем, не обвиняя и не наказывая других. Успехи сверстников отнюдь не обижают, а, напротив, радуют их. В большинстве случаев в тех же проблемных ситуациях они отвечают на просьбы сверстников и очень часто бескорыстно отдают им то, что нужно самим. (Напомним, что дети с конфликтным отношением не делают этого никогда.)

Как отмечалось выше, наибольшей популярностью в группе сверстников обычно пользуются именно те, которые могут помочь, уступить, выслушать, поддержать чужую инициативу. Именно эти качества – чуткость, отзывчивость, внимание к другому – наиболее высоко ценятся в детской группе. Эти качества обычно называют нравственными. Отсутствие этих качеств (нечувствительность и отсутствие интереса к партнеру, враждебность и пр.), напротив, часто делает ребенка отвергаемым и лишает симпатии сверстников.

Чем отличаются дети, способные помочь, уступить, отозваться на чужие обиды? Почему одни дети способны удовлетворить потребности других в доброжелательном внимании и сопереживании, а другие нет?

По-видимому, все эти нравственно-ценные поведенческие проявления имеют в своем основании особое отношение к сверстнику, которое можно назвать личностным. В этом отношении реализуется внутренняя причастность другому. Этот другой является не средством самоутверждения через доказательство своего превосходства, а прямым продолжением моего **Я**, которое не замкнуто в себе, не отгорожено психологическими защитами, а открыто для других и внутренне связано с ними. Такое личностное отношение к сверстникам складывается уже в дошкольном возрасте, и именно оно делает ребенка популярным и предпочитаемым сверстниками.

У детей с разными формами конфликтного поведения доминирует отношение к сверстнику, как к предмету сравнения с собой. Такое оценочное отношение к окружающим складывается в середине дошкольного возраста. Как показывают наблюдения, это отношение не проходит, а только усиливается с возрастом, принося человеку множество трудностей в отношениях с другими и с самими собой. В этой связи возникает проблема психологической помощи детям с трудностями в общении.

Методы воспитания позитивного отношения к сверстникам

В большинстве программ дошкольного образования главным методом социально-эмоционального воспитания является усвоение моральных норм и правил поведения. На материале сказок, рассказов или драматизаций дети учатся оценивать поступки героев, качества персонажей, начинают понимать, «что такое хорошо и что такое плохо». Предполагается, что такое понимание вызовет соответствующие действия ребенка: например, узнав, что делиться хорошо, а жадничать плохо, он будет стремиться быть хорошим и начнет отдавать другим свои конфеты и игрушки. Однако жизнь показывает, что это далеко не так. Большинство детей уже в 3-4 года правильно оценивает хорошие и плохие поступки других: они прекрасно знают, что нужно уступать и помогать слабым, однако в реальной жизни их поступки, как правило, далеки от осознаваемых правил. Кроме того, доброжелательность и отзывчивость вовсе не сводятся к выполнению определенных правил поведения.

Другой формой воспитания гуманного отношения к сверстникам является организация совместной деятельности дошкольников – игровой или продуктивной. В этих методах дети строят общие дома, вместе рисуют картинки или разыгрывают

сюжеты. Предполагается, что в такой совместной деятельности дети учатся согласовывать свои действия, сотрудничать, вырабатывают навыки общения. Однако нередко такие совместные занятия детей кончаются ссорами, недовольством действиями сверстника. При отсутствии внимания к сверстнику и чувствительности к его воздействиям ребенок не может согласовывать с ним свои действия. Обладание привлекательными предметами и превосходство в предметной деятельности являются обычной причиной детских конфликтов и традиционной формой демонстрации собственного **Я**. Значит, нужно воспитывать не только представления о должном поведении или коммуникативные навыки, но нравственные чувства, которые позволяют принимать и воспринимать чужие трудности и радости, как свои.

Еще одним методом формирования социальных чувств является осознание эмоциональных состояний, обогащение словаря эмоций, овладение своеобразной «азбукой чувств». Распространенным методом воспитания как в отечественной, так и в зарубежной педагогике, являются осознание ребенком своих переживаний, познание себя и сравнение с другими. Детей учат рассказывать о собственных переживаниях, сравнивать свои качества с качествами других, распознавать и называть эмоции. Однако все эти приемы концентрируют внимание ребенка на самом себе, своих достижениях. Детей учат прислушиваться к себе, называть свои состояния и настроения, понимать свои качества и свои достоинства. Предполагается, что ребенок, уверенный в себе, хорошо понимающий свои переживания, легко может встать на позицию другого и разделить его переживания. Однако эти предположения не оправдываются. Ощущение и осознание своей боли (как физической, так и душевной) далеко не всегда приводит к сопереживанию боли других, а высокая оценка своих достоинств в большинстве случаев не способствует столь же высокой оценке другого.

В последнее время формирование положительной самооценки, поощрение и признание достоинств ребенка являются главными методами социального и морального воспитания. Этот метод опирается на уверенность в том, что раннее развитие самосознания, положительная самооценка и рефлексия обеспечивают эмоциональный комфорт ребенка, способствуют развитию его личности и межличностных отношений. Такое воспитание направлено на подкрепление положительной самооценки ребенка. В результате он начинает воспринимать и переживать только самого себя и отношение к себе со стороны окружающих. А это, как было показано выше, является источником большинства проблемных форм межличностных отношений.

Такая фиксированность на себе и собственных качествах закрывает возможность увидеть другого. В результате сверстник зачастую начинает восприниматься не как равный партнер, а как конкурент и соперник. Все это порождает разобщенность между детьми, в то время как главной задачей нравственного воспитания является формирование общности и единства с другими. Стратегия воспитания должна предполагать отказ от конкуренции и, следовательно, оценки. Любая оценка (как отрицательная, так и положительная) фокусирует внимание ребенка на собственных положительных и отрицательных качествах, на достоинствах и недостатках другого и в результате провоцирует сравнение себя с другими. Все это порождает желание угодить взрослому, самоутвердиться и не способствует развитию чувства общности со сверстниками. Несмотря на очевидность этого принципа, его сложно выполнить на практике. Поощрения и порицания являются практически главными и традиционными приемами воспитания.

В этой связи возникает необходимость новых подходов к формированию межличностных отношений дошкольников. Основной стратегией этого формиро-

вания должна стать не рефлексия своих переживаний и не усиление своей самооценки, а, напротив, снятие фиксации на собственном **Я** за счет развития внимания к другому, чувства общности и сопричастности с ним. Такая стратегия предполагает существенное изменение ценностных ориентиров и методов нравственного воспитания детей, существующих в современной дошкольной педагогике.

Прежде всего необходимо отказаться от соревновательного начала в играх и занятиях. Конкурсы, игры-соревнования, поединки и состязания весьма распространены и широко используются в практике дошкольного воспитания. Все эти игры направляют внимание ребенка на собственные качества и достоинства, порождают яркую демонстративность, конкурентность, ориентацию на оценку окружающих и в конечном итоге – разобщенность со сверстниками. Именно поэтому для формирования личностного начала в отношении к сверстнику важно исключить игры, содержащие соревновательные моменты и любые формы конкурентности.

Часто многочисленные ссоры и конфликты возникают из-за игрушек. Как показывает практика, появление в игре любого предмета отвлекает детей от общения, в сверстнике ребенок начинает видеть претендента на привлекательную игрушку, а не партнера. В связи с этим на первых этапах формирования гуманных отношений следует по возможности отказаться от использования игрушек и методов, чтобы максимально направить внимание ребенка на сверстников.

Еще одним поводом для ссор и конфликтов детей является словесная агрессия (всевозможные дразнилки, обзывалки и пр.). Если положительные эмоции ребенок может выразить экспрессивно (улыбка, взгляд, жесты и т. д.), то самым обычным и простым способом проявления отрицательных эмоций является словесное выражение (ругательства, жалобы и т. п.). Поэтому работа, направленная на развитие нравственных чувств, должна свести к минимуму речевое взаимодействие детей. Вместо этого в качестве средств общения можно использовать условные сигналы, выразительные движения, мимику и пр. Кроме того, данная работа должна исключать какое-либо принуждение. Любое принуждение может вызвать реакцию протеста, негативизма, замкнутости.

Таким образом, воспитание доброжелательных отношений (во всяком случае на первых этапах) должно базироваться на следующих принципах:

1. Безоценочность. Любая оценка (независимо от ее валентности) способствует сосредоточенности на собственных качествах, достоинствах и недостатках. Именно этим обусловлен и запрет на любое вербальное выражение отношения ребенка к сверстнику. Минимизация речевых обращений и переход к непосредственному общению (экспрессивно-мимическим или жестовым средствам) может способствовать безоценочному взаимодействию.

2. Отказ от реальных предметов и игрушек. Как показывает практика, появление в игре любого предмета отвлекает детей от непосредственного взаимодействия. Дети начинают общаться «по поводу» чего-то и само общение становится не целью, а средством взаимодействия.

3. Отсутствие соревновательного момента в играх. Поскольку фиксированность на собственных качествах и достоинствах порождает яркую демонстративность, конкурентность и ориентацию на оценку окружающих, мы исключили игры, провоцирующие детей на проявление данных реакций.

Главная цель нашей программы заключается в формировании общности с другими и возможности видеть в сверстниках друзей и партнеров. **Чувство общности и способность увидеть другого** (а не себя в нем) являются тем фундаментом, на котором строится гуманное отношение к людям. Именно это отношение

порождает сочувствие, сопереживание, сорадование и содействие. Исходя из этих положений, мы разработали систему игр для детей 4-6-летнего возраста. Главной задачей программы является привлечение внимания ребенка к другому и его различным проявлениям: внешности, настроениям, движениям, действиям и поступкам. Предлагаемые игры помогают детям пережить чувство общности друг с другом, учат замечать достоинства и переживания сверстника, помогать ему в игровом и реальном взаимодействии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лисина М.И. Общение детей со взрослыми и сверстниками: общее и различное // Межличностные отношения ребенка от рождения до 7 лет. - М., Воронеж, 2001.
2. Развитие общения дошкольников со сверстниками / Под ред. А.Г. Рузской. - М., 1989.
3. Смирнова Е.О. Особенности общения с дошкольниками: Учебное пособие. - М., 2000.
4. Смирнова Е.О., Холмогорова В.М. Конфликтные дети. - М, Эксмо, 2010.
5. Смирнова Е.О., Хохлачева И.А. Особенности отношения родителей к ребенку с трудностями в общении // Вопросы психологии, № 4, 2008.

1. Lisina M.I. Obshhenie detej so vzroslymi i sverstnikami: obshhee i razlichnoe // Mezhlichnostnye otnoshenija rebenka ot rozhdenija do 7 let. - M., Voronezh, 2001.
2. Razvitie obshhenija doshkol'nikov so sverstnikami / Pod red. A.G. Ruzskoj. - M., 1989.
3. Smirnova E.O. Osobennosti obshhenija s doshkol'nikami: Uchebnoe po-sobie. - M., 2000.
4. Smirnova E.O., Holmogorova V.M. Konfliktnye deti. - M, Jeksmo, 2010.
5. Smirnova E.O., Hohlacheva I.A. Osobennosti otnoshenija roditel'ej k rebenku s trudnostjami v obshhenii // Voprosy psihologii, № 4, 2008.

E.O. Smirnova

AGE AND INDIVIDUAL PECULIARITIES OF THE PRESCHOOLS RELATIONSHIP TO THE PEERS (LECTURE)

Moscow State Psychological-Pedagogical University (Moscow).

Summary. Age features and individual variants of the preschooler's relationship with peers are considered. The age dynamics of communication and the relationship of children with their peers are described. The second part of the lecture is devoted to the reasons for the popularity and unpopularity of children in the peer group. The results of a study comparing the various psychological characteristics of popular and rejected preschool children are discussed. It is shown that the basis for the popularity of preschoolers is the emotional attitude towards a peer, which is expressed both in empathy and in readiness for real help to other children. In the concluding part of the lecture, the principles of forming a positive attitude towards preschool children towards their peers are given.

Keywords: preschool age, communication, age dynamics of attitude towards a peer, commonality with another, the need for recognition and respect, empathy, popularity in a group, rejection by peers, principles of education of a benevolent attitude towards peers.

СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ КАК УСЛОВИЕ УСПЕШНОСТИ ПОДГОТОВКИ СЕМЕЙ К ВОСПИТАНИЮ ДЕТЕЙ-СИРОТ

Российский государственный социальный университет (Москва).

Резюме. В статье предложен анализ системы подготовки приемных родителей для замещающих семей. В настоящее время одной из наиболее значимых социальных проблем России является преодоление негативных явлений, связанных с семьей, проблемой социального сиротства, а так же создание и законодательное закрепление целостной системы защиты прав и законных интересов детей, оставшихся без попечения родителей. Одной из наиболее распространенных форм семейного воспитания детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, является приемная семья, главной целью которой является создание оптимальных комфортных условий для социальной адаптации и реабилитации детей-сирот в благоприятной обстановке.

Ключевые слова: социальное сиротство, семейное воспитание, школа приемных родителей, социальная адаптация и реабилитация детей-сирот, социально-педагогическое сопровождение.

Повышение эффективности социальной поддержки семей с детьми - является одной из ключевых задач современной государственной семейной политики. В числе основных принципов Европейской Социальной Хартии, ратификация которой произошла в России в 2000 г., провозглашено, что семья, являющаяся основной ячейкой общества, имеет право на надлежащую общественную, правовую и экономическую защиту для обеспечения ее всестороннего развития; то же в Конвенции о правах ребенка в РФ [3].

Семья – это первый и основной социальный институт, в который попадает ребенок. Все, что заложено семейными взаимоотношениями, предопределяет отношения с другими людьми, с окружающим социумом. Семья в России имеет право на надлежащую общественную, правовую и экономическую защиту для обеспечения ее всестороннего развития. Это, в первую очередь, связано с реализацией приоритетных национальных проектов, призванных обеспечить качественное улучшение услуг в сфере здравоохранения, образования и ЖКХ и сконцентрировать усилия государственных органов власти на сбережении и развитии человеческого потенциала страны [5; 6; 7; 9; 15].

Однако под влиянием продолжающихся социально-экономических и социальных трансформаций в России не все семьи успешно адаптируются к изменяющимся условиям жизни. Этим, а также особенностями демографической ситуации России во многом обусловлен процесс роста числа неполных семей, распространения детской безнадзорности и беспризорности, социального сиротства. В настоящее время одной из наиболее значимых социальных проблем России является преодоление этих негативных явлений, создание и законодательное закрепление целостной системы защиты прав и законных интересов детей, оставшихся без попечения родителей [4; 12].

В международной Конвенции о правах ребенка закреплено, что каждый ребенок имеет право на воспитание в семье. Устройство ребенка-сироты в замещающую семью - безусловный приоритет социальной политики современной России. Проблема устройства детей, оставшихся без попечения родителей, сохраняет свою актуальность несмотря на то, что уже в течение ряда лет

принимаются и действуют федеральные и региональные целевые программы, направленные на профилактику детской безнадзорности и беспризорности, социального сиротства.

Эта работа требует системного комплексного подхода с учетом всех субъектов защиты прав детей – органов опеки и попечительства, действующих в регионах институтов уполномоченного по правам ребенка, комиссий по делам несовершеннолетних и защите их прав, управлений социальной защиты населения, Фонда для детей, попавших в трудную жизненную ситуацию и др. [4]. Этот процесс сегодня широко обсуждается общественностью, профессионалами и экспертами. Поиск оптимальных решений ведется с учетом мирового опыта, привлечения СМИ, научных и общественных дискуссий, столкновений различных взглядов и концепций.

Воспитание в семье ребенка, тем более приемного, непростая задача. Оно должно быть профессиональным делом. Одной из наиболее распространенных форм семейного воспитания детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, является приемная семья, главной целью которой является создание оптимальных комфортных условий для социальной адаптации и реабилитации детей-сирот в благоприятной обстановке [8; 11].

Приемная семья является самостоятельной формой семейного воспитания детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Ее основу, как показывает практика, составляют супруги (их педагогическая культура и желание заботиться о ребенке), пожелавшие взять чужих детей в семью на воспитание. Как правило, это заботящиеся друг о друге и о своих близких лица, которые осознают свою ответственность за судьбу чужих детей. Они понимают сложность и ответственность своей роли как приемных родителей. Взаимоотношения между приемными родителями, а также между приемными родителями и приемными детьми в будущем могут стать **основой** настоящей семьи для приемного ребенка. В силу этого очень важен подбор приемных родителей.

Сейчас во многих регионах России практически в каждом городе и при большинстве детских домов действуют центры по усыновлению, опеке и попечительству, во многих детских домах есть «Школы приемных родителей», куда пары, осознавшие необходимость иметь ребенка, приходят. На несколько месяцев и готовятся стать полноценными родителями.

Школа приемных родителей является курсами усвоения необходимых компетенций для принимающих родителей и ориентирована на довольно широкий круг семей, обращающихся с просьбой об усыновлении, опеке. Задача Школы помочь слушателям разобраться в своих чувствах и намерениях; оценить свою психологическую готовность; Подготовиться морально и практически к приему ребенка в свой дом; дать системные знания, необходимые для успешного и надежного создания новой семьи [2].

Занятия проводятся в форме лекций, семинаров, практических занятий и тренингов. Как правило, занятия в таких школах ведут специалисты-практики. Эти занятия призваны способствовать тому, чтобы потенциальные родители смогли реально оценить собственные силы и оценить возможности принятия ребенка в семью, получить полноценную подготовку и поддержку: психологическую, педагогическую, юридическую, процедурную, медицинскую; разобраться в требованиях и нормах, освоить процедуру подготовки документов; узнать какие возникают сложности и как их избежать во время оформления документов и когда ребенок уже в семье; разобраться во влиянии генетических и социальных факторов на развитие ребенка; понять особенности развития и

состояния здоровья отказных детей, механизмы и возможности реабилитации их физического и психического здоровья.

Занятия в школе, консультации специалистов позволяют узнать про типичные родительские ошибки, ожидания и разочарования, понять, что происходит в процессе адаптации ребенка в семье и научиться понимать поведение детей, познакомиться с педагогическими и психотерапевтическими приемами компенсации отрицательного опыта и моральных травм у детей, узнать о реалиях тайны усыновления, проблемах контактов с биологическими родителями и как можно восстановить биографию ребенка, встретиться с опытными принимающими родителями, усыновившими и взявшими под опеку детей в разных ситуациях и разном возрасте. И, что очень важно, получить моральную поддержку.

Программа обучения включает следующие разделы:

1. Юридический – федеральное и региональное законодательство: требования, нормы и правила.
2. Процедурный и судебно-процессуальный - подготовка документов, судебный процесс установления усыновления.
3. Медицинские аспекты - возрастная физиология, особенности здоровья детей, прогнозы и компенсация нарушений; независимая экспертиза здоровья ребенка.
4. Психолого-педагогический курс - подготовка семьи к появлению ребенка, адаптация ребенка в семье, группе, интерпретация поведения и коррекция поведения, приемы воспитания детей, тайна и самоидентификация приемного ребенка; возрастная психология ребенка; семьи усыновителей/опекунов в обществе - друзья, родственники, работа, дети в детском саду и школе, детская поликлиника и т. п.

Пройдя обучение в таких центрах и школах, потенциальные родители становятся более подготовленными к трудностям и испытаниям, которые их ждут; сюда они всегда смогут прийти и проконсультироваться со специалистами - педагогами, психологами, юристами. Подготовка семей ведется на нескольких уровнях, параллельно выявляется возможность кандидатов быть приемными родителями.

Один из наиболее сложных моментов в работе с семьей – выявление сознательных и бессознательных мотивов усыновления [2]. Для бездетных пар - это удовлетворение естественной потребности иметь ребенка, создать полноценную семью. Возможно, это желание заполнить пустоту (смерть кого-то из близких людей), желание под старость иметь опору и родного человека рядом. У кого-то - это стремление при помощи ребенка укрепить распавшуюся семью, самоутвердиться и изменить отношение с окружающими, изменить имущественное и жилищное положение (имущественный интерес), религиозная направленность и т. д. Специалисты должны рассмотреть правильность мотивов решения. Реальный выявленный мотив помогает правильно оценить ситуацию и дать рекомендации семье. В процессе работы с семьей необходимо учитывать ряд нюансов:

- Семейный стаж (учет кризисных периодов семейной жизни).
- Возраст кандидатов (предполагает определенный возраст ребенка).
- Образовательный уровень (большое значение в вопросах воспитания ребенка играет общая осведомленность в вопросах педагогики, медицины, психологии).
- Умение быстро перестраиваться.
- Желание самообразования.
- Информацию о родительской семье (место, которое каждый из супругов занимает среди братьев и сестер; для прогноза предполагаемого стиля поведения с учетом факторов сегодняшнего социального окружения составляется генограмма семьи, определяется комплементарность брака, кто в семье занимает лидирующие позиции).

- Стиль воспитания в родительской семье.
- Ценностные ориентации супругов и еще многое другое.

В случае успешного решения всех вопросов ведется беседа о конкретном ребенке (по анкете). Это характеристика, данные о биологических родителях, родственниках, здоровье ребенка, его местонахождении и т. д. Акцентируется внимание кандидатов на то, что беседа будет продолжаться с руководителем учреждения, где находится ребенок, с психологом, медицинским работником, воспитателем, чтобы будущие родители имели полную информацию о ребенке.

Этапы знакомства с ребенком можно разделить на две части: заочное и очное знакомство.

На этапе заочного *знакомства с ребенком* каждый специалист, работавший с ребенком, предоставляет кандидату всю имеющуюся у него информацию. Рассказ о ребенке сопровождается показом фотографий. Кандидату нужно обеспечить все условия для возможности принятия взвешенного решения. Очень важно не утаивать и не приукрашивать информацию, но и слишком не драматизировать ее.

Нет стандартной процедуры *очного знакомства с ребенком*. Этот процесс индивидуален и требует творческого подхода. Многое зависит от возраста и характера как ребенка, так и кандидата. Обычно, если ребенку не требуется срочного помещения в семью, этот процесс занимает достаточно длительное время, так как ребенку и кандидату необходимо присмотреться друг к другу, пообщаться.

Будущие родители должны знать, что дети ведут себя по-разному. Это зависит от возраста и особенностей психики. Специалисты рекомендуют обязательно побеседовать со специалистами детского учреждения, как можно больше узнать о ребенке, записать всю необходимую информацию с тем, чтобы в первое время новым родителям легче было общаться с сыном или дочкой. Иногда родители теряются, не знают, как начать общение, как познакомиться, о чем говорить и тогда сами дети приходят к ним на помощь. В иных случаях помогают игрушки, книги, совместная прогулка, сладости. Возможна организация знакомства в естественной обстановке, в группе с другими детьми. Многие приемные мамы и папы, говоря о своих ощущениях, отмечали, что «сердце подсказало» своего ребенка.

Многие приемные семьи, взявшие детей на воспитание, хотя имеют опыт общения с детьми родственников или знакомых, не имеют необходимого педагогического опыта. Совершенно очевидно, что приемный ребенок отличается от родного. У детей зачастую наблюдается отставание в развитии. Они не имеют позитивного опыта проживания в семье. Наблюдается социокультурная депривация. У приемных родителей в процессе воспитания детей возникают проблемы психологической направленности. Вдруг откуда-то зарождается межличностный конфликт, происходит искажение детско-родительских отношений, возникает непонимание или негативное отношение к ребенку.

Испытывая трудности, семьи обращаются за психологической помощью уже после приема детей. Проблемы случаются очень разные, поэтому перед тем, как устроить того или иного ребенка в семью, с родителями проводят дополнительные беседы. И все равно родители обращаются с просьбами о помощи, потому что бывают разные ситуации, связанные: с отягощенной наследственностью, дисгармоничностью развития, нарушением познавательной и эмоциональной сфер, детской тревожностью и др. Также возникают ситуации, связанные с вопросами выявления индивидуальных особенностей ребенка, выбором его жизненного и профессионального пути, проблемами неврозов, неуспеваемости, трудностей в обучении, поведенческих расстройств, трудностей общения со взрослыми и со сверстниками, конфликтности, агрессивности, ранних сексуальных проявлений, задержки

психического развития и др.

Можно отметить, что воспитание ребенка вне семьи часто (в 90% случаев) сопровождается нарушениями социального, физического, психического развития. Только в семье ребенок получает поддержку и полноценное развитие, видя пример семейных отношений, может в дальнейшем создать полноценную семью.

Итак, ребенок, до вчерашнего дня «ничейный», обретает любящих родителей, бабушек, дедушек, других родственников, которые зачастую не представляют себе, с каким трудностями им придется сталкиваться. Задача специалистов, которые готовят родителей к этому шагу, не напугать родителей, а научить правильно реагировать на ситуацию, быть готовыми к ней, постигать науку родительства. Зачастую ситуации и соответственно совет и рекомендации педагогов и психологов взяты из практического опыта приемных семей.

На данный момент уже разработаны и апробированы программа подготовки замещающих родителей и программа подготовки воспитанников детского дома к помещению в приемную семью, технология социально-педагогического сопровождения замещающих семей.

Решение задачи социально-педагогического сопровождения приемной семьи крайне важно для современной ситуации в России. Во многом нормальное развитие детей в приемных семьях проходит благодаря личности социального педагога, который курирует семьи, его умению строить доброжелательные отношения, толерантности и профессиональной компетентности [9].

Социально-педагогическое сопровождение – квалифицированная и адресная помощь взрослым при реализации ими родительской роли и социализирующей функции в замещающей семье. Для реализации этой цели необходимо, как показало наше исследование, решение следующего комплекса задач:

- обратить внимание родителей на особенности воспитания приемных детей;
- предостеречь их от совершения определенных ошибочных шагов; заставить задуматься над последствиями использования в воспитательной деятельности конкретных непродуктивных средств, методов, форм организации жизни неродных детей на различных возрастных этапах;
- научить своевременному консультированию со специалистами в критических и кризисных ситуациях;
- актуализировать необходимость при определенном стечении обстоятельств быть благоразумными, рационально применять научно обоснованные рекомендации в сочетании с интуицией и импровизацией.

Социально-педагогическое сопровождение имеет несколько важных направлений:

- а) психолого-педагогическое просвещение как совокупность практико-ориентированных знаний, комплекс умений и навыков обеспечения выживания ребенка в новых условиях, его общего развития, защиты его интересов;
- б) гармонизация детско-родительских отношений;
- в) гармонизация супружеских отношений;
- г) гармонизация внутреннего мира замещающих родителей, обеспечивающая им возможность выполнять свою родительскую роль, воспитательную функцию.

Хорошие результаты показывают групповые тренинги, обучающие игры, обмен опытом, выработка правил поведения в конкретных ситуациях, составление собственной программы действий, составление психологического портрета ребенка.

Гармонизация супружеских отношений призвана обеспечить благоприятный социально-психологический климат семьи, так как с принятием в нее ребенка не только супруги вынуждены изменять свой образ жизни, но и в самом развитии се-

мы наблюдаются перемены. Особенностью семьи теперь следует считать переплетение разных этапов ее жизнедеятельности, так как появление ребенка переводит ее в разряд молодых семей, а сформированный стереотип межличностных отношений задерживает ее в фазе бездетности. В этой ситуации каждый член семьи стремится к утверждению по-разному. В результате этого наблюдается нарушение устойчивости, возникают противоречия, неудовлетворенность друг другом. Следовательно, необходимо включение взрослых членов семьи в деятельность по осмыслению происходящих изменений и осознанию путей, приемов, обеспечивающих подчинение жизнедеятельности семьи особым требованиям новой ситуации.

Решить названные выше задачи позволяют прежде всего консультирование, диагностика, обучение приемам согласования, использование психотерапевтических методик, тренингов типа «Шаг навстречу», социально-педагогическая помощь, поддержка и сопровождение.

Крайне важна гармонизация внутреннего состояния родителей: надо стремиться помочь замещающим папам и мамам снять напряжение, определить пути самосовершенствования, сформировать адекватные представления о проявлениях негативных последствий принятия ребенка в семью, возможных вариантах правильного поведения, порядке своих действий, предостеречь их от ошибок, объяснить им необходимость соблюдения ряда условий. Здесь также эффективны индивидуальное консультирование, семейные тренинги, формы групповой работы по показаниям.

Социально-педагогическое сопровождение приемной семьи начинается с момента принятия будущими приемными родителями решения о воспитании ребенка в семье. Это один из самых ответственных моментов в работе с приемной семьей. Взять ребенка в семью - это большая ответственность. Ребенка нельзя взять, а потом вернуть, если вдруг он не оправдал ожиданий новых родителей. Решение должно быть обдуманным и обязательно продиктованным желанием помочь ребенку. Нельзя забывать о том, что вхождение в семью нового члена обязательно повлечет за собой ее изменение. И здесь важно быть готовым к этим изменениям. Именно социально-педагогическое сопровождение приемной семьи помогает решать многие проблемы.

Особенностью социально-педагогического сопровождения приемной семьи является то, что оно необходимо на всем протяжении существования такой семьи. Семья представляет собой систему, и ребенок, попадая в приемную семью, не просто взаимодействует со взрослыми, которые занимаются его воспитанием, но и строит отношения со всей семьей в целом, т. е. имеет дело уже с системными семейными процессами. Здесь на первый план выдвигается процесс адаптации ребенка не столько к детско-родительским отношениям, сколько к функционированию семьи как целостной системы. Ведь в процессе адаптации семья пытается изменить ребенка, приспособить его к требованиям семейной системы. Но и семья, в свою очередь, не в состоянии избежать изменений, несмотря на свое сопротивление им, и должна либо измениться, либо отвергнуть ребенка. Так же для многих из родителей крайне насущной является проблема собственных страхов перед приемными детьми, догматичность собственных педагогических установок.

Эти и другие проблемы, с которыми встречаются приемные родители, требуют профессиональной социально-педагогической и социально-психологической поддержки и помощи. Эта поддержка, с одной стороны, будет способствовать развитию гармоничных отношений в семье, решать сопутствующие проблемы, преодолевать кризисы, возникающие у приемной

семьи, а с другой, отслеживать стратегию ее развития и прогнозировать возможные трудности, находить эффективные пути их решения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беличева С.А. Социальная адаптация выпускников интернатных учреждений: Учебное пособие. – М.: Национальный фонд защиты детей от жестокого обращения, 2007. – 138 с.

2. Быков А.В., Шульга Т.И. Психологическая служба в учреждениях социально-педагогической поддержки для детей-сирот и подростков. – М., 2001. – 98 с.

3. Дети России на пороге XXI в. Независимый доклад РДФ о положении детей и реализации Конвенции о правах ребенка в РФ // Дитя человеческое. 2000. - № 4-5-6. - С. 3-64.

4. Дубровская Т.А., Ефремова Г.И., Сизикова В.В., Лаптев Л.Г., Осадчая Г.И., Старовойтова Л.И. Технологии социальной работы с детьми сиротами и инвалидами: уч. пособие / под ред. В.И. Жукова. - М. : Союз, 2007. - 148 с..

5. Егорычев А.М. Образовательное пространство человека и его базовые характеристики // ЦИТИСЭ, 2015. - № 3(3).

6. Егорычев А.М. Гуманитарная составляющая в процессе формирования профессиональной культуры педагога-бакалавра // Ученые записки РГСУ. 2016. Т. 15. - № 3(136). – С. 112-119.

7. Егорычев А.М. Социальное воспитание подрастающего поколения в Древней Руси // ЦИТИСЭ. 2016. - № 3(7).

8. Куликова Т.А. Семейная педагогика и домашнее воспитание: учебник для студ. сред. пед. учеб. заведений. - 2-е изд., испр. и доп. - М.: Академия, 2000. - 232 с.

9. Мардахаев Л.В., Егорычев А.М. Социальная педагогика личности: учеб. пособ. для студ. высш. учебн. заведений. - М.: Перспектива, 2016. - 120 с.

10. Нечаева А.М. Охрана детей-сирот в России: История и современность. - М.: Дом, 1994. – 176 с.

11. Сагалова, М.В., Семенова, А. В. Социально-психологические методы и приемы социализации и адаптации детей-сирот. - М.: ГОУ ЦППРК, - 2007. - 230 с.

12. Старовойтова Л.И. Система социальной защиты населения как механизм социальной политики РФ в настоящее время // Актуальные проблемы теории, истории и практики социальной работы: сб. научных статей студентов и преподавателей кафедры теории и методологии социальной работы РГСУ / Под ред. Л.И. Старовойтовой - М., 2014. - С. 6-9.

13. Филипова А.Г. Социальная защита детства в современной России: институциональный анализ: диссерт. на соискание ст. докт. соц. наук. - Хабаровск, 2013.

14. http://msph.ru/?page_id=73/ Школа приемных родителей (Дата обращения: 24.04.2017).

1. Belicheva S.A. Social'naja adaptacija vypusknikov internatnyh uchrezhdenij: Uchebnoe posobie. – М.: Nacional'nyj fond zashhity detej ot zhestokogo obrashhenija, 2007. – 138 s.

2. Bykov A.V., Shul'ga T.I. Psihologicheskaja sluzhba v uchrezhdenijah social'no-pedagogicheskoy podderzhki dlja detej-sirot i podrostkov. – М., 2001. – 98 s.

3. Deti Rossii na poroge XXI v. Nezavisimyj doklad RDF o polozhe-nii detej i realizacii Konvencii o pravah rebenka v RF // Ditja chelovechesкое. 2000. - № 4-5-6. - S. 3-64.

4. Dubrovskaja T.A., Efremova G.I., Sizikova V.V., Laptev L.G., Osad-chaja G.I., Starovojtova L.I. Tehnologii social'noj raboty s det'mi sirotami i invalidami: uch. posobie / pod red. V.I. Zhukova. - М. : Sojuz, 2007. - 148 s..

5. Egorychev A.M. Obrazovatel'noe prostranstvo cheloveka i ego bazo-vye harak-

teristiki // CITISJe, 2015. - № 3(3).

6. Egorychev A.M. Gumanitarnaja sostavljajushhaja v processe formiro-vanija professional'noj kul'tury pedagoga-bakalavra // Uchenye zapiski RGSU. 2016. T. 15. - № 3(136). – S. 112-119.

7. Egorychev A.M. Social'noe vospitanie podrastajushhego pokolenija v Drevnej Rusi // CITISJe. 2016. - № 3(7).

8. Kulikova T.A. Semejnaja pedagogika i domashnee vospitanie: ucheb-nik dlja stud. sred. ped. ucheb. zavedenij. - 2-e izd., ispr. i dop. - M.: Akademija, 2000. - 232 s.

9. Mardahaev L.V., Egorychev A.M. Social'naja pedagogika lichnosti: ucheb. posob. dlja stud. vyssh. uchebn. zavedenij. - M.: Perspektiva, 2016. - 120 s.

10. Nechaeva A.M. Ohrana detej-sirot v Rossii: Istorija i sovremen-nost'. - M.: Dom, 1994. – 176 s.

11. Sagalova, M.V., Semenova, A. V. Social'no-psihologicheskie meto-dy i priemy socializacii i adaptacii detej-sirot. - M.: GOU CPPRK, - 2007. - 230 s.

12. Starovojtova L.I. Sistema social'noj zashhity naselenija kak mehanizm social'noj politiki RF v nastojashhee vremja // Aktual'nye problemy teorii, istorii i praktiki social'noj raboty: sb. nauchnyh statej studentov i prepodavatelej kafedry teorii i metodologii social'noj raboty RGSU / Pod red. L.I. Starovojtovoj - M., 2014. - S. 6-9.

13. Filipova A.G. Social'naja zashhita detstva v sovremennoj Rossii: institucional'nyj analiz: dissert. na soiskanie st. dokt. soc. nauk. - Habarovsk, 2013.

14. http://msph.ru/?page_id=73/ Shkola priemnyh roditelej (Data obrashhenija: 24.04.2017).

L.I. Starovoytova

SOCIAL AND PEDAGOGICAL MAINTENANCE AS CONDITION OF SUCCESS OF PREPARATION OF FAMILIES FOR EDUCATION OF ORPHAN CHILDREN

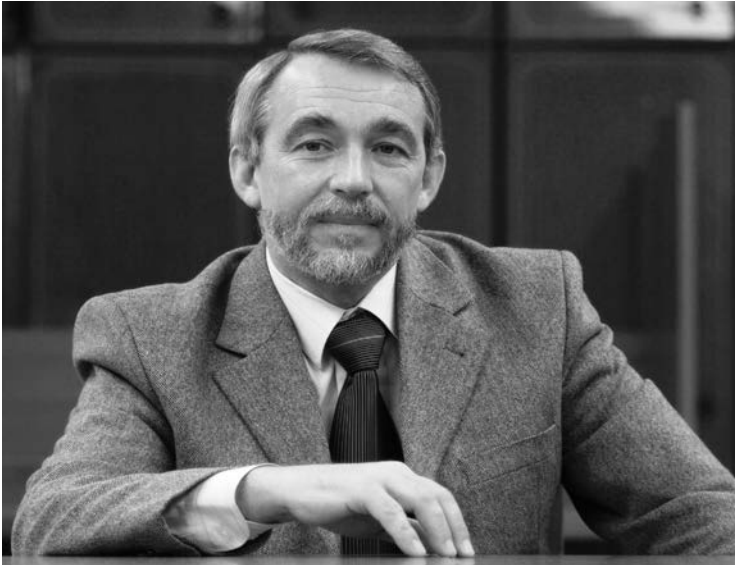
Russian State Social University (Moscow).

Summary: in article the analysis of system of training of adoptive parents for the replacing families is offered. Now one of the most significant social problems of Russia is overcoming of the negative phenomena connected with a family, a problem of a social orphanhood, and also creation and legislative fixing of complete system of protection of the rights and legitimate interests of children without parental support. One of the most widespread forms of family education of orphan children and children without parental support, the foster home which main goal is creation of optimum comfortable conditions for social adaptation and rehabilitation of orphan children in a favorable situation is.

Keywords: social orphanhood, family education, school for foster parents, social adaptation and rehabilitation of orphan children, social and pedagogical maintenance.

ЮБИЛЕЙ

К 70-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ЮРИЯ СТЕПАНОВИЧА ШЕВЧЕНКО



31 марта 2017 г. исполнилось 70 лет со дня рождения, 45 лет врачебной, 40 лет научно-педагогической и общественной деятельности Юрия Степановича Шевченко - известного детского психиатра России, доктора медицинских наук, профессора, заведующего кафедрой детской психиатрии и психотерапии Российской медицинской академии непрерывного последипломного

образования (РМАНПО).

В 1971 г. Юрий Степанович закончил педиатрический факультет 2 МОЛГМИ им. Н.И. Пирогова и продолжил профессиональное обучение в клинической ординатуре по детской психоневрологии. Врачебную деятельность он начал в 1973 г. психотерапевтом детской психоневрологической больницы № 6 г. Москвы. Через 4 года практической работы поступил в аспирантуру одного из корифеев советской детской психиатрии, профессора Владимира Викторовича Ковалева и в 1980 г. под руководством своего учителя защитил кандидатскую диссертацию «Клинические особенности и динамика невроза навязчивых состояний у детей и подростков».

Более 40 лет работы (с 1977 г. по настоящее время) Юрия Степановича неразрывно связаны с кафедрой детской психиатрии (ранее Центрального института усовершенствования врачей – ЦИУВ, теперь – РМАНПО), где он прошел путь от ассистента до руководителя кафедры, в 1994 г. защитил докторскую диссертацию «Патологические привычные действия у детей и подростков (клинико-патогенетический и терапевтический аспекты)», в 1996 г. получил звание профессора.

Юрий Степанович Шевченко блестящий лектор и одаренный педагог. Его научные работы всегда обладают широтой оценок и комплексностью подходов. Он достойный продолжатель традиций, заложенных его предшественниками и учителями, основателями детской психиатрии Советского Союза и России Г.Е. Сухаревой, В.В. Ковалевым, В.Н. Мамцевой. Юрию Степановичу свойственны чутье ко всему новому, стремление к постоянному развитию детской психиатрии. Так, будучи уже известным ученым и опытным психиатром, он в 1997-1999 гг. параллельно с заведованием кафедрой дополнительно обучался в Московском институте повышения квалификации работников образования по программе «Практическая психология» и получил вторую специальность – практический психолог, что позволило ему обогатить научную, лекционную и практическую

деятельность мультидисциплинарными взглядами и техниками оказания профессиональной помощи детям с нервно-психическими расстройствами. По инициативе профессора Юрия Степановича Шевченко профиль деятельности возглавляемой им кафедры был обогащен и расширен: психиатры начали получать базовые знания по медицинской психологии; одновременно для психологов стали проводиться циклы повышения профессиональной квалификации с погружением в медицинские, психиатрические аспекты психических проблем детей и их семей.

Круг научных интересов Ю.С. Шевченко очень широк и охватывает практически все сферы детской психиатрии и психотерапии. Основным направлением его исследований всегда являлись пограничные состояния (общие и системные неврозы, расстройства личности и поведения), а в последнее время он разрабатывает направление этологической психиатрии, групповой психотерапии, нейропсихологической коррекции. Профессор Ю.С. Шевченко – создатель концепций интегративной онтогенетически-ориентированной (реконструктивно-кондуктивной) психотерапии и психокоррекции, пятиуровневой комплексной междисциплинарной терапии психических расстройств у детей и подростков, эпитипического (инертно-пароксизмального) диатеза, автор оригинальной методики семейно-групповой (интенсивно-экспрессивной) психотерапии (ИНТЭКС).

В течение 22 лет (с 1995 г.) Ю.С. Шевченко возглавляет кафедру детской психиатрии и психотерапии РМАНПО и по праву считается одним из ведущих детских психиатров и психотерапевтов страны. На его лекциях и научных публикациях воспитано несколько поколений отечественных детских психиатров. Юрий Степанович – автор более 300 научных публикаций, в том числе 29 монографий и руководств, в которых он является титульным автором и/или общим редактором. Наибольшую известность получили «Бихевиорально-когнитивная психотерапия детей и подростков», 2003, «Детская и подростковая психиатрия – VII том практического руководства по детским болезням / Под ред. В.Ф. Коколиной и А.Г. Румянцев», 2006, клинические лекции для профессионалов «Детская и подростковая психиатрия», 2011 и 2017. Под его руководством защищены 9 кандидатских и 2 докторских диссертации; оба докторанта стали профессорами и ведут клиническими кафедрами в медуниверситетах (Астрахань и Махачкала).

Профессор Ю.С. Шевченко полон творческих идей и замыслов. Он принимает активное участие в жизни профессионального психиатрического сообщества – является членом двух диссертационных Советов по психиатрии и медицинской психологии, сопредседателем секции детской и подростковой психиатрии Российского общества психиатров, председателем Московского отделения Ассоциации детских психиатров и психологов, заместителем председателя Профессионального медицинского объединения психотерапевтов, психологов и медицинских работников, членом Проблемной комиссии «Медицинская психология» РАН, членом редколлегии профессиональных периодических журналов «Социальная и клиническая психиатрия», «Вопросы психического здоровья детей и подростков», «Таврический журнал психиатрии», журнала Белорусской ассоциации психотерапевтов «Психотерапия и клиническая психология».

Профессор Юрий Степанович Шевченко – человек редкого душевного обаяния, высокой культуры, открытости и доброты.

Коллеги и ученики поздравляют Юрия Степановича с юбилеем, желают крепкого здоровья, дальнейших успехов в науке, долгих лет жизни и исполнения всех замыслов и творческих планов.

ПОПРАВКА. В выпуске журнала № 4 за 1916 г. в оглавлении и на с. 40 произошла ошибка в инициалах автора: **следует читать А.В. Тюлюпо** вместо Т.А. Тюлюпо.

**ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ПЕЧАТНЫХ РАБОТ,
присылаемых для публикации в журнале «Вопросы психического здоро-
вья 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, лекции – до 14 стр., краткие сообщения – до 7 стр.; архивные материалы, обзоры литературы, методические материалы могут превышать 14 стр. (в этом случае они публикуются с разбивкой на несколько выпусков).
5. В начале каждого материала указываются авторы с полными инициалами, название работы, представляемые организации, город.
6. Полному тексту предшествуют резюме (1 абзац до 10 строк) и ключевые слова.
7. В конце статьи (после списка литературы) излагаются **на английском языке** авторы с полными инициалами, название работы, представляемые организации, город, резюме (1 абзац до 10 строк) и ключевые слова.
8. **Все упоминаемые в статье авторы** должны отражаться в пристатейном списке литературы.
9. Список литературы оформляется соответственно требованиям Государственного стандарта (см. «Вопросы психического здоровья детей и подростков», 2011 (11), № 2, с. 141).
10. Статьи, оформленные не в соответствии с указанными правилами, не рассматриваются.
11. Плата за публикацию статей не взимается.
12. Статьи, поступившие для публикации, рецензируются.
13. Замечания рецензентов направляются автору без указания имен рецензентов. Решение о публикации (или отклонении) статьи принимается Редколлегией после получения рецензий и ответов автора.
14. При рецензировании строго соблюдается право автора на неразглашение до публикации содержащихся в статье сведений.
15. Редколлегия оставляет за собой право сокращать и исправлять статьи.

Подписано в печать 03.06.2017 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