

ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

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

ISSN 2305-9133

2018 (18), №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. 2018

Главный редактор

Н.М. Иовчук

Заместители главного редактора

А.А. Северный, Э.Г. Эйдемиллер

Редакционная коллегия:

Т.А. Басилова, И.А. Горьковая, И.В. Добряков,
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

А.А. Бебуришвили, В.А. Зяблов, В.Г. Каледа КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА С КОНТИНУАЛЬНЫМ ТЕЧЕНИЕМ ЭНДОГЕННЫХ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ.....	4
В.С. Собкин, Ю.А. Семенова СОЦИАЛЬНОЕ САМОЧУВСТВИЕ УЧАЩИХСЯ КОРРЕКЦИОННЫХ ШКОЛ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ САМООЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ.....	14
Т.В. Уласень, Н.В. Сулимова СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ДИЗАДАПТИВНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ У ПОДРОСКОВ-ВОСПИТАННИКОВ СОЦИАЛИЗАЦИОННЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ.....	26

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

Т.А. Куприянова, Е.В. Корень СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ.....	35
О.А. Суетина, Н.Е. Кравченко К ПРОБЛЕМЕ ЛЕЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.....	42
А.А. Мирошник, Д.Р. Мерзлякова УЧЕТ ВОЗРАСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПРИ ИЗМЕРЕНИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ: МЕТОД ГРУППОВЫХ ЭКСПЕРТНЫХ ОЦЕНОК.....	47

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

Е.А. Бочарова, О.С. Белова, А.Г. Соловьев МЕТОДИКА ВЫЯВЛЕНИЯ ГРУППЫ РИСКА ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ПОГРАНИЧНОЙ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.....	54
Т.Ю. Кудряшова ВЛИЯНИЕ ТРЕВОЖНОСТИ НА РАЗВИТИЕ ВНИМАНИЯ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.....	58
С.Л. Леончук ФОРМЫ ЯДЕРНОГО НЕДОРАЗВИТИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ПСИХИКИ.....	62

ОСОБАЯ ТЕМА

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА В ШКОЛЕ

В.К. Рябцев, В.В. Ряшина КУЛЬТУРНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ПРОЕКТЫ В КОНТЕКСТЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ПЕДАГОГОВ.....	67
С.А. Игумнов, А.С. Лобачева, Ю.А. Николкина, С.М. Шахова, С.С. Сулейманова ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТНЫХ И СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК У ПОДРОСТКОВ И ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА, ПРЕДРАСПОЛОЖЕННЫХ К АДДИКТИВНОМУ ПОВЕДЕНИЮ.....	76

ОБОЗРЫ ЛИТЕРАТУРЫ, ЛЕКЦИИ, МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

А.Ю. Егоров ДИЗАЙНЕРСКИЕ НАРКОТИКИ: НОВАЯ ПРОБЛЕМА ПОДРОСТКОВОЙ НАРКОЛОГИИ.....	83
Г.Н. Ракова ОСОБЕННОСТИ «МАТЕРИНСКИХ ЭФФЕКТОВ» ФЕНОТИПИЧНОЙ ПЕРЕДАЧИ В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	92
МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ КОНСИЛИУМ.....	101
ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ПЕЧАТНЫХ РАБОТ.....	126

CONTENTS

PSYCHIATRY, PSYCHOLOGY, PSYCHOTHERAPY, SOCIAL PEDAGOGICS AND ALLIED DIRECTIONS

A.A. Beburishvili, V.A. Zyablov, V.G. Kaleda

CLINICAL CHARACTERISTICS OF AUTOAGGRESSIVE BEHAVIOR IN YOUTH PATIENTS
WITH CONTINUOUS CYCLING OF ENDOGENOUS AFFECTIVE DISORDERS..... 4

V.S. Sobkin, Y.A. Semenova

THE SOCIAL WELL-BEING IN CORRECTIONAL SCHOOLS DEPENDING
ON THE SELF-ASSESSMENT OF HEALTH..... 14

T.V. Ulasen, N.V. Sulimova

POLYMORPHISM OF MALADAPTIVE SYMPTOMS, CAUSED BY CHRONIC MENTAL
TRAUMATISATION IN TERMS OF DEPRIVATION EXPERIENCE..... 26

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

T.A. Kupriyanova, E.V. Koren

MODERN APPROACHES TO TREATMENT OF HYPERKINETIC CONDUCT DISORDER..... 35

O.A. Suetina, N.E. Kravchenko

TO THE PROBLEM OF TREATMENT OF MENTAL DISORDERS IN CHILDREN
AND ADOLESCENTS WITH CANCER..... 42

A.A. Miroshnichenko, D.R. Merzlyakova

ACCOUNT OF AGE SPECIALTIES IN MEASURING INDICATORS OF PSYCHOLOGICAL
HEALTH OF YOUNG SCHOOLCHILDREN: METHOD OF GROUP EXPERT EVALUATIONS.... 47

SHORT COMMUNICATIONS

E.A. Bocharova, O.S. Belova, A.G. Soloviev

METHODS OF IDENTIFICATION OF RISK GROUP OF PRESCHOOL CHILDREN
WITH BORDERLINE MENTAL PATHOLOGY..... 54

T.Yu. Kudryashova

INFLUENCE OF ANXIETY ON DEVELOPMENT OF ATTENTION IN CHILDREN'S SENIOR
PRESCHOOL AGE..... 58

S.L. Leonchuk

FORMS OF NUCLEAR UNDERDEVELOPMENT OF THE SOCIAL PSYCHE..... 62

SPECIAL TOPIC

EXPERIMENTAL PREVENTION PROGRAMS AT SCHOOLS

V.K. Ryabtsev, V.V. Ryashina

CULTURAL-EDUCATIONAL PROJECTS IN THE CONTEXT OF PROFESSIONAL
DEVELOPMENT OF TEACHERS..... 67

S.A. Igumnov, A.S. Lobacheva, Y.A. Nikolkina, S.M. Shakhova, S.S. Suleymanova

THE PERSONAL AND SOCIO-DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF YOUNG PEOPLE
PREDISPOSED TO ADDICTIVE BEHAVIOR..... 76

LITERATURE REVIEWS, LECTURES, METHODOLOGICAL MATERIALS

A.Yu. Egorov

DESIGN DRUGS: A NEW PROBLEM OF ADOLESCENT ADDICTOLOGY..... 83

G.N. Rakova

THE CHARACTERISTICS OF "MATERNAL EFFECTS" OF PHENOTYPE TRANSMISSION
THROUGHOUT THE PERINATAL PERIOD(LITERATURE REVIEW)..... 92

INTERPROFESSIONAL CONSILIUM..... 101

THE RULES FOR SCIENTIFIC WRITINGS 126

А.А. Бебуришвили, В.А. Зяблов, В.Г. Каледа
**КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ
У БОЛЬНЫХ ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА С КОНТИНУАЛЬНЫМ
ТЕЧЕНИЕМ ЭНДОГЕННЫХ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (Москва).**

Резюме. В статье представлены результаты изучения аутоагрессивного поведения 32 больных с континуальным течением аффективных расстройств в юношеском возрасте. Установлено, что частота его появления и повторения зависела от ритма смены фаз и таким образом была различна при выделенных типах континуального течения аффективных расстройств. Суицидальные попытки в изученной группе носили преимущественно истинный характер при значительном разбросе их реальной опасности для жизни пациентов. Обращала на себя внимание редкость формирования у больных критического отношения к совершенным действиям, а также высокая частота несуйцидальных аутоагрессивных поступков. Риск развития аутоагрессивного поведения сохранялся на протяжении всего юношеского возраста.

Ключевые слова: юношеский возраст, аутоагрессия, суицид, самоповреждающее поведение, континуальное течение аффективных расстройств.

Введение. Рост числа случаев аутоагрессивного поведения и его неблагоприятных последствий среди молодежи в последнее десятилетие остается в центре общественного внимания [15-17, 22]. Такие драматические события, как суицидальные попытки или эпизоды самоповреждения, становятся поводом обращения молодых людей к специалистам, которые в абсолютном большинстве случаев обнаруживают у них депрессивные состояния различной степени тяжести [11, 19, 20]. Современные исследования в этой области, как правило, носят эпидемиологический характер и раскрывают наиболее частые мотивы и способы причинения себе вреда, их частоту, предлагают преимущественно психометрические способы оценки текущего суицидального риска [9, 13, 14, 18]. При этом вопросу о психопатологической структуре предшествующих фаз, характере течения психического расстройства, в том числе в кризовые возрастные периоды, и сопряженной с этим динамике формирования антивитаальных установок внимание уделяется реже, и оно чаще сводится к достаточно общей диагностической оценке. Проводимые в нашей клинике на протяжении нескольких десятилетий исследования юношеских аффективных синдромов указывают, что именно в этой плоскости следует более пристально изучать аутоагрессивное поведение для определения клинически обоснованных рисков его повторения, выбора текущей терапевтической тактики и определения долгосрочной стратегии [12, 8, 4].

Настоящая публикация рассматривает особенности психопатологии аутоагрессивного поведения в ограниченной группе больных юношеского возраста – тех, у кого в пределах этого возрастного периода уже сформировалась тенденция к континуальному течению эндогенных аффективных расстройств. Такой выбор клинической группы для исследования связан с указанием многочисленных исследований на то, что подобная динамика является одним из наиболее неблагоприятных вариантов течения расстройств биполярного спектра [6, 21].

Мы намеренно используем такой широкий термин как «аутоагрессивное поведение»: несмотря на то что мотивы суицидального и несуйцидального самоповреждающего поведения в структуре психопатологических расстройств отличаются, у пациентов юношеского возраста, их четкое разграничение на практике не всегда возможно, а значит следует любые проявления аутоагрессии рассматривать как опасные в плане их повторения и потенциальной летальности [2, 10, 20, 8, 5].

Цель: определение клинических закономерностей формирования и манифестации аутоагрессивного поведения в группе пациентов с континуальным течением эндогенных аффективных расстройств юношеского возраста.

Материалы и методы. Основными **критериями включения** пациентов в настоящее исследование являлись:

1. Юношеский возраст на момент обследования (16-25 лет).
2. Континуальное течение биполярных аффективных расстройств длительно – не менее 3 лет.
3. Наличие в анамнезе суицидальных действий и/или намеренных самоповреждений несуйцидального характера.

К критериям исключения относились:

1. Наличие в анамнезе психотических приступов, соответствующих критериям шизофрении (F20).
2. Наличие выраженной негативной симптоматики.
3. Сопутствующая соматическая, неврологическая или психическая патология, затрудняющая исследование.

Настоящее исследование является частью изучения континуального течения эндогенных аффективных расстройств, в рамках которого клинко-психопатологически были обследованы 54 больных юношеского возраста, проходивших стационарное лечение с 2014 по 2017 гг. У 32 из них в анамнезе обнаруживались аутоагрессивные действия – эти пациенты были выделены в отдельную когорту, ставшую материалом данного исследования: 18 женщин (56.2%) и 14 мужчин (43.8%). Первые проявления аутоагрессии, как правило, относились к возрасту от 16 до 19 лет (51.4%) и в равном количестве в интервалах 12-15 лет и 20-23 года – по 9 случаев (24.3%). 37.5% больных были студентами ВУЗов, 34.4% - техникумов, 21.9 % не учились и не работали, 3,1% работали специалистами и 3.1% занимались неквалифицированным трудом. Уровень образования в группе: неполное среднее (специальное) – 34.4%, неполное высшее – 53.1%, среднее специальное и высшее – по 6.3%.

Диагнозы соответствовали следующим рубрикам МКБ-10: 1 группа – циклотимия (F34.00 – 10 пациентов); 2 группа – биполярное аффективное расстройство (F31.4, F31.5, F31.3, F31.1 – 19 пациентов); 3 группа – шизоаффективное расстройство (F25.2 – 3 пациента).

Распределение по типам личностного склада и степени выраженности конституциональной аномалии представлено в табл. 1.

При анализе характера аутоагрессивного поведения мы описывали обстоятельства и способы их совершения, анализировали сопряженные с этими эпизодами психопатологические состояния, а также формирование и характер течения психического расстройства.

Таблица 1.

Распределение изученных больных по конституционально-личностным типам и степени выраженности личностной аномалии

Конституционально-личностные особенности		Ритмический тип		Дизритмический тип				Итого	
				ювенильный подтип		психотический подтип			
		п	%	п	%	п	%	п	%
Всего больных		6	18.75%	23	71.88%	3	9.38%	32	100%
Склад личности									
Психастеники		5	15.6%	-	-	-	-	5	15.6%
Мозаичные		-	-	10	31.3%	-	-	10	31.3%
Эмоционально-неустойчивые		-	-	3	9.4%	2	6.3%	5	15.6%
Гипертимные		-	-	2	6.3%	-	-	2	6.3%
Шизоиды	Истеро-шизоиды	-	-	3	9.4%	-	-	3	9.4%
	Стеничные шизоиды	1	3.13%	1	3.13%	-	-	2	6.3%
	Сенситивные шизоиды	-	-	4	12.5%	1	3.13%	5	15.6%
Выраженность аномалии личности									
Норма, акцентуация характера		4	12.5%	10	31.3%	1	3.13%	15	46.9%
Психопатический склад		2	6.3%	13	40.63%	2	6.3%	17	53.1%

Результаты и обсуждение. В исследование вошли 32 пациента, В 37.5% (12 случаев) случаев аутоагрессивное поведение было представлено сочетанием несудимых самоповреждений и действий, непосредственно направленных на лишение себя жизни. В 28.1% (9 случаев) были совершены повторные суицидальные попытки. Антивитальная активность развивалась у таких пациентов, как правило, в период депрессивных состояний или в переходных – на стыке двух аффективных фаз разного полюса. 62.5% пациентов (20 случаев) обращались к психиатрам непосредственно в связи с аутоагрессивными действиями. В 34.4% (11 случаев) пациентам удавалось скрывать от близких или выдавать за несчастный случай предыдущие аутоагрессивные поступки. Отметим, что практически все пациенты достаточно открыто рассказывали о совершенных поступках, о наличии актуальных антивитальных размышлений или планов, что однако свидетельствовало чаще о недостаточности критики к таким проявлениям, чем о готовности к сотрудничеству.

Данные наследственного анамнеза позволяют говорить об отягощенности случаями психических расстройств и/или аутоагрессивными поступками у родственников 1 и 2 степени родства. Так, психические расстройства у родных имели место в 62.5% (20 случаев). Собственно суицидальное поведение встречалось у 15.6% (5 случаев) родственников больных.

Неблагоприятные культуральные и социальные факторы, воздействующие на всю популяцию юношеского возраста и повышающие риски формирования у них

аутоагрессивных тенденций, подробно описанные в литературе [11, 10, 7], оказывали свое влияние и на пациентов в изученной выборке, но не играли специфической роли в формировании отдельных аутоагрессивных проявлений. Ведущую же роль здесь мы отводим психопатологической картине аффективных состояний и личностным особенностям больных, динамика которых и определяла время, длительность и предпочтительный характер такого поведения.

Для анализа стереотипа формирования и проявления аутоагрессивного поведения в зависимости от особенностей течения заболевания мы пользовались разработанной в нашей клинике типологией континуального течения аффективных расстройств в юношеском возрасте [3], в соответствии с которой изученные пациенты (32 пациента, 100 %) были распределены по следующим типам: I – ритмический, II – дизритмический, который, в свою очередь, был разделен на два подтипа: 1. «ювенильный» и 2. психотический. Для каждого из выделенных типов были описаны клинические особенности суицидального и несуйцидального самоповреждающего поведения. Общее распределение больных между типами и по характеру аутоагрессивных действий представлено в табл. 2.

Таблица 2.

Аутоагрессивное поведение больных юношеского возраста с континуальным течением эндогенных аффективных расстройств.

			Ритмический тип:		Дизритмический тип:				Итого	
					ювенильный подтип:		психотический подтип:			
			п	%	п	%	п	%	п	%
Всего больных			6	100%	23	100%	3	100%	32	100%
Несуицидальное самоповреждение			3	50%	14	60.8%	2	66.6%	19	59.4%
Суицидальные попытки			4	66.6%	17	73.9%	3	100%	25	78.1%
Повторные суицидальные попытки			1	16.6%	6	26.1%	2	66.6%	9	28.1%
Пациенты, совершившие суицидальные попытки			4	100%	17	100%	3	100%	25	78.1%
По Амбрумовой	По цели	Истинные	4	100%	9	52.9%	3	100%	15	46.9%
		Демонстративно-шантажные	-	-	8	47.1%	-	-	8	25%
	По личностному смыслу	Протест	-	-	5	29.4%	-	-	5	15.6%
		Призыв	-	-	9	52.9%	1	33.3%	10	31.2%
		Избегание	4	100%	2	11.7%	2	66.6%	7	21.9%
		Самонаказание	-	-	1	5.9%	-	-	1	3.1%

Ритмический тип 18.8 % (6 больных).

При этом типе континуального течения аффективных расстройств в юношеском возрасте начало заболевания совпадало с началом юношеского возраста (16-17 лет). Как для депрессивных, так и для маниакальных состояний была характерна гармоничная аффективная триада. Клиническая картина депрессивных со-

стояний оставалась неизменной на протяжении всего заболевания и наиболее часто сопровождалась психастеноподобной симптоматикой. Отдельные сверхценные построения у таких пациентов ограничивались ипохондрическими опасениями, фиксацией на собственной «измененности» по сравнению с предыдущим гипоманиакальным состоянием. Интенсивность маниакального аффекта в большинстве случаев ограничивалась гипоманиями. Трансформация аффекта происходила постепенно через смешанные состояния с преобладанием дисфорических расстройств, длительность которых не превышала нескольких недель.

В личности больных в этой группе, в том числе среди совершавших аутоагрессивные поступки, в большинстве случаев преобладали психастенические черты.

У всех больных с ритмическим типом отмечалось аутоагрессивное поведение, которое у 4-х было представлено суицидальными попытками, у 2-х самоповреждениями и в 1-м случае - сочетанием самоповреждений и повторных суицидальных попыток. Чаще всего возраст первых аутоагрессивных действий относился к 18-19 годам (4 пациента), что соответствовало, с учетом особенностей течения заболевания при этом типе, 6-му или 7-му по счету аффективному состоянию. В период совершения таких поступков состояние всех пациентов определялось в первую очередь депрессией. Ретроспективная оценка психопатологической картины этих состояний свидетельствует об особой остроте аффекта тревоги, тоски, отчаяния, а также о высокой частоте обсессивного характера депрессивных размышлений. Последнее отчасти объяснимо утрированной, но характерной для личностного склада таких больных реакцией. Им были свойственны тягостные размышления о краткости подъема и неминуемом повторе депрессии, которые нередко приобретали неотвязный характер, а усиливаясь, достигали аффекта отчаяния, безнадежности. Самоубийство рассматривалось как избавление от страданий, рациональный и единственный гарантированный выход. Они с особенной тщательностью изучали в различных источниках и продумывали способы покончить с собой, отказываясь от демонстрации своих намерений окружению. При этом, как правило, непосредственно к суицидальным действиям приводили случайные внешние провокации – мелкие ссоры или неудачи в учебе, которые в сознании больных приобретали катастрофическое значение. В соответствии с классификацией А.Г. Амбрумовой [1], во всех случаях суицидальные попытки носили истинный характер, и единственным личностным смыслом этих действий была попытка избежать дальнейших страданий. Наиболее частыми способами причинения себе вреда были попытки отравления лекарственными препаратами (2 случая) и в равном количестве случаев (по 1-му пациенту) были предприняты суицидальные действия для подготовки падения с высоты и с применением огнестрельного оружия (последняя была прервана незадолго до ее реализации). Несмотря на твердость намерений в случае неудачи такие больные на некоторое время отказывались от повторных попыток, как правило, до следующей инверсии аффекта.

Формирование несуйцидальных аутоагрессивных действий происходило по схожему механизму: они, как правило, возникали на фоне тягостных неразрешимых размышлений под влиянием внешней провокации. Во всех случаях такое поведение было представлено самопорезами и имело под собой стремление снять внутреннее напряжение, отвлечься от неотвязных переживаний.

Оказавшись в больнице, пациенты этой группы в большинстве случаев с некоторой критикой относились к аутоагрессивным поступкам - они чаще не высказывали сожаление о неудаче в попытке умереть, а в некоторых случаях признавали, что сожалеют о совершенных поступках, и всегда неохотно демонстрировали косметические дефекты от самопорезов.

В целом при таком варианте динамики аффективных расстройств «ритмичность» смены фаз определяла и ритмичность развития и повторения аутоагрессивных действий, которые здесь были сопряжены с депрессивным аффектом, трево-

гой, тоской, отчаянием и становились устойчивой моделью поведения в период депрессии. А преобладающие у большинства больных психастенические личностные черты определяли частоту избегающего по отношению к страданиям поведения в основе как суицидальных так и несуицидальных самоповреждений.

II. При «*дизритмическом*» типе (26 больных) континуального течения аффективных расстройств каждое последующее состояние отличалось от предыдущего как по длительности, так и по структуре и выраженности клинических проявлений, часто встречались смешанные состояния. Все фазы отличались выраженным полиморфизмом и атипией клинических проявлений. Различия между фазами одного полюса в отношении их клинических особенностей позволили выделить «ювенильный» и «психотический» подтипы.

Для ювенильного подтипа (72%, 23 больных) было характерно начало в раннем подростковом возрасте (12-13 лет) с затяжного субдепрессивного состояния по типу дистимии, сменяющегося гипоманиакальными состояниями (15-16 лет). В структуре аффективных состояний наиболее часто встречались психопатоподобные расстройства и сверхценные построения, характерные для юношеского возраста - метафизические и дисморфофобические. В дальнейшем смена аффективных фаз утрачивала какую-либо закономерность, сохраняя тенденцию к усложнению и утяжелению психопатологической структуры. Инверсия аффекта здесь происходила в течение нескольких недель.

Личностные характеристики большей части пациентов соответствовали истеро-шизоидному и мозаичному складу, когда в связи с незрелостью личности сочетались несколько утрированных личностных черт, исключая возможность выделить ведущий радикал. У этих больных также наиболее часто обращали на себя внимание признаки психического инфантилизма, такие как незрелость, категоричность суждений, склонность к фантазированию, неспособность к оценке рисков и последствий своих действий, импульсивность решений и поступков.

При этом подтипе аутоагрессивное поведение встречалось во всех случаях и наиболее часто было представлено суицидальными попытками (74%, 17 случаев) при достаточно высокой частоте и несуицидальных самоповреждений (65.2%, 15 случаев). Их сочетание выявлялось у меньшего числа обследованных (34.8%, 8 случаев). Возраст первых аутоагрессивных действий в большинстве случаев относился к 16-17-ти годам (43.5%, 10 случаев), что соответствовало 3-4-й по счету аффективной фазе, как правило, депрессивной. В отличие от ритмического типа момент совершения таких поступков реже соответствовал пику аффективной фазы, мог возникать также на фоне смешанного состояния, например, при ускорении моторного и идеаторного компонента триады и дисфорическом фоне настроения.

При этом подтипе регистрировались различные психопатологические состояния, а значит и аутоагрессивное поведение могло видоизменяться в рамках динамики одного клинического случая. Разработка антивитаальных мыслей у таких больных часто переплеталась со сверхценными экзистенциальными переживаниями, становясь частью устойчивого пессимистического мировоззрения. Характерными особенностями таких построений были их поверхностная разработка, наивность, инфантильность. У многих пациентов отмечались также дисморфофобические идеи сверхценного уровня и отдельные сенситивные идеи отношения. Суицидальным действиям, как правило, предшествовали конфликтные ситуации, а в части случаев – употребление алкоголя или психоактивных веществ (30.43%, 7 случаев), которые использовались как своеобразные «транквилизаторы», притуплявшими страх смерти и облегчавшими принятие решения о прекращении жизни. То есть реализация идеаторных разработок в аутоагрессивной форме становилась возможна при усилении импульсивных влечений.

Несуицидальные самоповреждения наиболее часто встречались при состояниях с преобладанием в клинической картине психопатоподобных или деперсона-

лизационных расстройств у пациентов с мозаичным личностным складом. В первом случае такого рода действия обычно реализовывались импульсивно, были спровоцированы внешними факторами и сопровождалась ощущением нарастающего беспокойства. Основной их целью становилось желание побороть напряжение, облегчить свое состояние и заметно реже – самонаказание (13.04%, 3 случая). Больные с деперсонализационными расстройствами прибегали к самоповреждению как способу испытать привычные эмоции, «почувствовать хоть что-то». Здесь подобная стратегия совладения с болезненными проявлениями зачастую реализовывались многократно - до нескольких десятков раз, при этом способ причинения себе вреда, как правило, не менялся.

Суицидальные действия практически в равном соотношении носили истинный (39.13%, 9 случаев) и демонстративно-шантажный (34.78%, 8 случаев) характер и чаще имели под собой стремление обратить внимание окружающих на свое состояние (39.13%, 9 случаев) или выразить протест против несправедливости, жертвой которой больные себя считали (21.74%, 5 случаев). Заметно реже они через суицидальное действие пытались избежать наказания (8.7%, 2 случая) или наказать себя за какую-то мнимую провинность (4.35%, 1 случай). Основными способами совершения суицида были попытки отравления лекарственными препаратами (47.83%, 11 случаев), реже попытки падения с высоты (13.04%, 3 случая), самопорезы (8.7%, 2 случая) и самоповешение (4.35%, 1 случай). Пациенты этой группы чаще других предупреждали окружение о своих намерениях – как в абстрактной форме, так и конкретно о предстоящей попытке.

Обращает на себя внимание высокая частота демонстративных поступков среди попыток суицида и лишь единичный случай такого характера для несуйцидальных самоповреждений, что отражает большую формальную опасность, а значит и силу в плане шантажа именно антивитаальных намерений. Также в этой группе пациенты чаще других оставались не критичны к собственным аутоагрессивным поступкам, зачастую даже вне депрессивного состояния, не высказывая ни сожаления о содеянном, ни намерения отказаться от подобных действий в дальнейшем.

Таким образом, при этом подтипе динамики сбивчивый ритм смены аффективных фаз накладывался на все более детальную идеаторную разработку пессимистических мировоззренческих установок, в том числе антивитаальных. Их реализация при высокой частоте истинных попыток зачастую носила демонстративно-шантажный характер. Несуйцидальные аутодеструктивные проявления в значительной степени коррелировали с симптомами тревоги и деперсонализации, а также с усилением импульсивных влечений. Важную роль здесь всегда играли субъективно значимые внешние обстоятельства. Такой отчасти реактивный характер аутоагрессивного поведения в сочетании с мозаичностью личностного склада у большого числа пациентов в этой группе и свойственным им психическим инфантилизмом и определял описанное разнообразие его проявлений.

«Психотический подтип» (9.38%, 3 больных) характеризовался началом заболевания преимущественно в раннем подростковом возрасте (10-11 лет) с серии аффективных состояний по типу «ультрабыстрых» и быстрых циклов. Аффективная триада во всех случаях была представлена гармоническим вариантом. На раннем этапе течения заболевания больные переносили эпизоды с аттенуированной психотической симптоматикой. Дальнейшее течение заболевания характеризовалось постепенным нарастанием амплитуды, длительности аффективных состояний обоих полюсов, а также усложнением их психопатологической картины за счет присоединения как конгруэнтных, так и неконгруэнтных аффекту бредовых расстройств.

Во всех случаях аутоагрессивного поведения в этой группе больные обладали эмоционально-неустойчивым личностным складом.

При таком типе течения аутоагрессивное поведение отмечалось у 3-х пациен-

тов и у 2 (66.6%) из них было представлено сочетанием самоповреждений и суицидальных действий, в том числе повторных. В двух из трех случаев первые аутоагрессивные действия совершались после 5 лет непрерывного течения заболевания. Все суицидальные попытки в этой группе (3 случая) носили истинный характер и совершались на высоте аффекта, импульсивно, с целью избавления от тягостных переживаний в рамках бредовой разработки идей собственной несостоятельности. Лишь в одном случае попытка самоубийства служила «призывом» к окружению оказать пациенту помощь, в остальных случаях они совершались с намерением избежать дальнейших мучений, связанных с тяжестью состояния. Основными способами лишения себя жизни были попытки нанесения себе порезов (2 случая). Лишь в одном случае самопорезы и ожоги были выполнены с ритуальной целью в рамках аффективно-бредового состояния. Обращал на себя внимание брутальный характер нанесенных повреждений, потребовавший в большинстве случаев обращения за медицинской помощью. В то же время эпизоды несуицидального самоповреждения несмотря на протяженность болезненного состояния, все-таки были исчисляемы единицами и подробно описаны самими пациентами.

Таким образом, аутоагрессивное поведение у таких больных возникало после достаточно продолжительного периода болезни на высоте аффективных и аффективно-бредовых состояний и не приобретало здесь хронического характера.

Заключение. При соотнесении особенностей аутоагрессивного поведения больных с континуальным течением аффективных расстройств в юношеском возрасте с выделенными клинико-психопатологическими типами такой динамики было установлено, что частота его манифестации и повторения зависела от ритма смены фаз и таким образом была различна при «ритмическом» типе, «дизритмическом ювенильном» и «дизритмическом психотическом» подтипах. При двух первых – у больных с континуальными аффективными расстройствами, не достигающими психотического уровня, в рамках тех фаз, которые были сопряжены с аутоагрессивным поведением, помимо собственно аффективного фона важную роль непосредственно в реализации деструктивных тенденций играли проявления тревоги и деперсонализации, в меньшей степени – реакции, преимущественно истерического характера. Личностные особенности и черты инфантилизма в большей степени влияли на способ и обстановку, в которых поступки совершались. При обоих этих типах динамики континуальных аффективных расстройств обнаруживалась склонность к формированию у больных хронических форм суицидального поведения. Причем особенно ярко это проявилось при дизритмическом ювенильном подтипе, где независимо от полюса аффекта сохранялись антивитальные мировоззренческие установки. При ритмическом типе суицидальные тенденции также часто реализовывались хронически, но лишь на депрессивном полюсе аффекта. Что касается психотического подтипа, то здесь аутоагрессивные действия совершались, как правило, импульсивно, были напрямую сопряжены с содержанием острой психотической симптоматики.

Таким образом, психопатологический контекст в котором формировалось и манифестировало аутоагрессивное поведение в значительной степени определял его характер и интенсивность наряду с утрированными личностными проявлениями. Понимание этих корреляций способствует более корректной оценке индивидуального риска повторения аутодеструктивных поступков.

В целом в изученной группе суицидальные попытки носили преимущественно истинный характер при значительном разбросе их реальной опасности для жизни пациентов. Обращала на себя внимание редкость формирования у них критического отношения к совершенным действиям и высокая частота повторных аутоагрессивных поступков.

Проведенное исследование показало, что риск развития аутоагрессивного по-

ведения сохранялся у изученных больных на протяжении всего юношеского возраста. Вопрос о последующей динамике по мере психобиологического созревания требует дополнительного изучения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения: Методические рекомендации. – М., 1980. – 48 с.

2. Вроно Е.М. Особенности суицидального поведения у детей и подростков с различными типами депрессий // Автореф. дисс.... канд. мед. наук. – М. – 1984. – 17 с.

3. Зяблов В.А. Клинико-психопатологические особенности континуального течения эндогенных аффективных расстройств в юношеском возрасте // Психиатрия. 2017; № 76(4): 37-44.

4. Крылова Е.С. Юношеские депрессии с симптомокомплексом «метафизической интоксикации» // Дисс....канд.мед.наук. – М. – 2004. – 24 с.

5. Мазаева Н.А., Кравченко Н.Е., Зикеев С.А. Незавершенные суицидальные попытки у подростков // Ж. неврол. и психитар. им. С.С. Корсакова. 2016; № 4 вып.2: 44–49.

6. Мосолов С.Н., Костюкова Е.Г. Клинические рекомендации по терапии биполярного расстройства (проект) // Современная терапия психических расстройств. 2008; 1: 38-46.

7. Нечипоренко В.В., Шамрей В.К., Суицидология: вопросы клиники, диагностики и профилактики. – СПб.: Военно-медицинская академия, 2007. – 528 с.

8. Олейчик И.В., Копейко Г.И., Баранов П.А. Особенности суицидального поведения при различных типах юношеских эндогенных депрессий // Клиника и терапия психических расстройств. 2013; № 1: 5-11.

9. Положий Б.С. Суициды в России и Европе. – М.:ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2016. – 212 с.

10. Польская Н.А. Психология самоповреждающего поведения. – М.: URSS, 2017. – 320 с.

11. Попов Ю.В., Пичиков А.А. Суицидальное поведение у подростков. – М.: Спецлит, 2017. – 368 с.

12. Цуцульковская М.Я., Копейко Г.И., Олейчик И.В., Владимирова Т.В. Роль психобиологических характеристик юношеского возраста в формировании клинической картины депрессий и особенности терапии // Психиатрия. – 2003. - № 5. – С.21–28.

REFERENCES

1. Ambrumova A.G., Tihonenko V.A. Diagnostika suicidal'nogo povedenija: Metodicheskie rekomendacii. – M., 1980. – 48 s.

2. Vrono E.M. Osobennosti suicidal'nogo povedenija u detej i podrostkov s razlichnymi tipami depressij // Avtoref. diss.... kand. med. nauk. – M. – 1984. – 17 s.

3. Zjablov V.A. Kliniko-psihopatologicheskie osobennosti kontinual'nogo techenija jendogennyh affektivnyh rasstrojstv v junosheskom vozraste // Psihiatrija. 2017; № 76(4): 37-44.

4. Krylova E.S. Junosheskie depressii s simptomokompleksom «metafizicheskoy intoksikacii» // Diss....kand.med.nauk. – M. – 2004. – 24 s.

5. Mazaeva N.A., Kravchenko N.E., Zikeev S.A. Nezavershennye suicidal'nye popytki u podrostkov // Zh. nevrol. i psihitar. im. S.S. Korsakova. 2016; № 4 vyp.2: 44–49.

6. Mosolov S.N., Kostjukova E.G. Klinicheskie rekomendacii po terapii bystrociklichesкого techenija bipoljarnogo rasstrojstva (proekt) // Sovremennaja terapija psihicheskikh rasstrojstv. 2008; 1: 38-46.

7. Nechiporenko V.V., Shamrej V.K., Suicidologija: voprosy kliniki, diagnostiki i profilaktiki. – SPb.: Voenno-medicinskaja akademija, 2007. – 528 s.

8. Olejchik I.V., Kopejko G.I., Baranov P.A. Osobennosti suicidal'nogo povedenija pri razlichnyh tipah junosheskikh jendogennyh depressij // Klinika i terapija psihicheskikh

rasstrojstv. 2013; № 1: 5-11.

9. Polozhij B.S. Suicidy v Rossii i Evrope. – M.:OOO «Izdatel'stvo «Medicinskoe informacionnoe agentstvo», 2016. – 212 s.

10. Pol'skaja N.A. Psihologija samopovrezhdajushhego povedenija. – M.: URSS, 2017. – 320 s.

11. Popov Ju.V., Pichikov A.A Suicidal'noe povedenie u podrostkov. – M.: Speclit, 2017. – 368 s.

12. Cucul'kovskaja M.Ja., Kopejko G.I., Olejchik I.V., Vladimirova T.V. Rol' psihobiologicheskikh harakteristik junosheskogo vozrasta v formirovanii klinicheskoy kartiny depressij i osobennosti terapii // Psihiatrija. – 2003. - № 5. – S.21–28.

13. Hooven C., Snedker K.A., Thompson E.A. Suicide Risk at Young Adulthood: Continuities and Discontinuities From Adolescence //Youth Soc. 2012 Dec; 44(4): 524–547. doi: 10.1177/0044118X11407526

14. Horwitz A.G., Czyz E.K., King C.A. Predicting Future Suicide Attempts Among Adolescent and Emerging Adult Psychiatric Emergency Patients // J Clin Child Adolesc Psychol. 2015 Sep-Oct; 44(5): 751–761.

15. http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/en/,

16. https://www.cdc.gov/injury/images/lc-charts/leading_causes_of_death_by_age_group_2013-a.gif

17. https://www.huffingtonpost.com/entry/suicide-in-teens-and-young-adults_us_588bb3c7e4b0cd25e4904887

18. Morgan C, Webb RT, Carr MJ, Kontopantelis E, Green J, Chew-Graham CA, Kapur N, Ashcroft DM Incidence, clinical management, and mortality risk following self harm among children and adolescents: cohort study in primary care. // BMJ 2017; 359

19. Nock MK, Green JG, Hwang I, McLaughlin KA, Sampson NA, Zaslavsky AM, Kessler RC., Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement.// JAMA Psychiatry. 2013;70(3):300.

20. Ougrin D., Zundel T., Ng A.V. Self-Harm in Young People: A Therapeutic Assessment Manual

21. Strakowski S.M, Adler C.M, Almeida J., Altshuler L.L., Blumberg H.P., Chang K.D., DelBello M.P., Frangou S., McIntosh A., Phillips M.L., Sussman J.E., Townsend J.D. The functional neuroanatomy of bipolar disorder: a consensus model. // Bipolar disorders. 2014; №14(4):313-25.

22. Turecki G., Brent D.A.Suicide and suicidal behavior // Lancet. 2016 Mar 19; 387(10024): 1227–1239.

A.A. Beburishvili, V.A. Zyablov, V.G. Kaleda

CLINICAL CHARACTERISTICS OF AUTOAGGRESSIVE BEHAVIOR IN YOUTH PATIENTS WITH CONTINUOUS CYCLING OF ENDOGENOUS AFFECTIVE DISORDERS

FSBSI «Mental Health Research Center» (Moscow).

Summary. The publication presents the result of the study of autoaggressive behavior in 32 patients with continuous cycling affective disorders in youth. We found that it's timing and frequency depends on patterns of affective phases alternations and differs between “rhythmic”, “dysrhythmic juvenile” and “dysrhythmic psychotic” subtypes. Suicidal attempts in this group were mostly “true” rather than “demonstrative”, with different degrees of risk of life and health impairment. We noticed the lack of critical judgment in these patients towards their own autoaggressive acts and hence high probability of repetition. High risk of autoaggressive behavior persists over the entire youth age period.

Keywords: youth; autoaggression, suicide, self-injurious behavior, continuous cycling of affective disorders.

**СОЦИАЛЬНОЕ САМОЧУВСТВИЕ УЧАЩИХСЯ КОРРЕКЦИОННЫХ ШКОЛ
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ САМООЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ
ФГБНУ «Институт управления образованием РАО» (Москва).**

Резюме. Статья посвящена изучению социального самочувствия учащихся коррекционных школ. Она основана на материалах исследования, проведенном ФГБНУ «ИУО РАО» в коррекционных школах Ленинградской области в 2017 г. Выдвинуто предположение, что в зависимости от оценки своего здоровья учащиеся коррекционных школ по-разному будут оценивать свое социальное самочувствие. В ходе исследования выявлено, что негативная самооценка здоровья связана с неблагоприятной оценкой жизненных перспектив, размытостью планов относительно будущего, выраженностью страха относительно реакции социального окружения. Наиболее благоприятно оценивали социальное самочувствие учащиеся коррекционных школ, компенсирующие общением с социальным окружением особенности своего развития.

Ключевые слова: коррекционные школы, социальное самочувствие, жизненные ценности, здоровье, компенсация, социализация.

Исследования, посвященные особенностям учащихся коррекционных школ, приобретают все большую значимость в связи с внедрением инклюзивного образования. В то же время данные выборочных социологических опросов показывают неоднозначность оценки подобных нововведений. В исследовании удовлетворенности качеством образования родителей детей с ограниченными возможностями здоровья было выявлено, что нередко желаемая форма обучения детей расходится с реальной. У родителей, как правило, есть собственное представление о той форме обучения, которая бы в наибольшей степени подходила их ребенку. В зависимости от тяжести нарушений ребенка родители отдают предпочтение либо коррекционным школам, либо общеобразовательным. При этом у них зачастую отмечается высокий уровень беспокойства за ребенка в обычной школе [5].

Важность осмысления проблем детей с особыми потребностями как проблем социальных специально подчеркивал Л.С. Выготский. По его мнению, «процесс развития дефективного ребенка двояким образом социально обусловлен: социальная реализация дефекта (чувство малоценности) есть одна сторона социальной обусловленности развития, социальная направленность компенсации на приспособление к тем условиям среды, что созданы и сложились в расчете на нормальный человеческий тип, составляет ее вторую сторону» [1]. К сожалению, на сегодняшний момент наблюдается недостаток исследований в области социального самочувствия учащихся коррекционных школ. Немногочисленные исследования посвящены особенностям ценностных ориентаций [3], профессионального самоопределения [6], мотивации учебной деятельности [4].

Большой интерес представляют западные исследования, поскольку практика инклюзивного образования имеет у них более продолжительную историю [12, 13, 14, 16]. Целый ряд исследований посвящен социальному самочувствию учащихся в специальных и инклюзивных классах. Было показано, в частности, что дети с ограниченными возможностями часто испытывают отрицательные эмоции в инклюзивных классах, но их самочувствие, тем не менее, лучше по сравнению с детьми, помещенными в коррекционные классы [16]. Во взаимоотношениях с социальным окружением было обнаружено, что студенты с ограниченными возможностями чувствовали себя значительно более одинокими по сравнению с учащимися, не имеющими

ми отклонений, а в групповых играх значительно чаще отвергались. Более того, была выявлена закономерность: с возрастом у детей с ограниченными возможностями возрастает ожидание отвержения со стороны группы [14].

Из отечественных работ сошлемся на наше исследование ценностных ориентаций подростков с дефектом слуха, в котором было выявлено, что степень выраженности слухового дефекта оказывает влияние на эмоциональную оценку жизненных перспектив, определенность и сформированность жизненных планов, систему жизненных ценностей, особенность структуры социальных взаимодействий и их характер. Однако не столько степень выраженности самого дефекта оказала влияние, сколько отношение к нему. Было установлено, что в зависимости от отношения к дефекту он может как выполнять фрустрирующую, блокирующую роль в социальном развитии, так и выступать смыслообразующим фактором личностного развития подростка [7]. В целом, настоящее исследование продолжает эту линию. В нем предпринята попытка рассмотреть, как отношение к состоянию своего здоровья влияет на социальное самочувствие учащихся с особенностями в развитии.

Основная цель исследования заключается в выявлении взаимосвязи между самооценкой состояния здоровья учащихся коррекционных школ и их социальным самочувствием.

Гипотеза. В зависимости от характера оценки своего здоровья («негативная», «нейтральная», «потенциал для развития») учащиеся коррекционных школ будут по-разному оценивать успешность своего будущего, выделять приоритетные ценности, фиксировать жизненные угрозы и определять отношение к себе ближайшего социального окружения.

Выборка. Статья основана на материалах исследования, проведенного Центром социологии образования ФГБНУ «ИУО РАО» в 2017 г. В анкетном опросе приняли участие 349 учащихся 7–12-х классов коррекционных школ Ленинградской обл.

Методика. Участникам опроса была предложена анкета, состоящая из 30 вопросов, направленных на оценку качества образования. Для настоящей статьи были отобраны вопросы, касающиеся сформулированной гипотезы исследования. С целью определения самооценки состояния здоровья был использован вопрос, где в качестве вариантов ответа предлагалось оценить здоровье с точки зрения его влияния на жизненную успешность учащегося. Для оценки социального самочувствия учащихся использовались вопросы, учитывающие такие параметры, как представления о будущем, жизненные страхи, отношение социального окружения, позиция в классе, а также ценностные ориентации.

Результаты. В качестве критерия выделения основных подвыборок было использовано отношение респондентов к своему недугу. Это позволило выделить три соответствующие группы: 1) не замечающие отклонений в своем здоровье (54,5%); 2) отмечающие, негативное влияние состояния здоровья на свою жизнь (17,6%); 3) учащиеся, которые оценивают состояние здоровья как фактор, побуждающий их к общению с другими людьми (27,9%). Так, в группу «не замечающие отклонений в своем здоровье» вошли те учащиеся, которые отрицали какое-либо влияние состояния здоровья на свою жизнь. В группу «отмечающие, негативное влияние состояния здоровья на свою жизнь» попали те учащиеся, которые фиксировали различные негативные эффекты состояния здоровья: частые эмоциональные срывы, чувство неполноценности, озабоченность здоровьем. В группе учащихся, «состояние здоровья которых побуждает к общению с другими людьми», отмечались такие моменты, как потребность в социальных контактах, понимание проблем других людей.

Перейдем к рассмотрению различий каждой из выделенных групп относительно аспектов, характеризующих социальное самочувствие: эмоциональная оценка жизненных перспектив, образовательных и профессиональных планов; оценка отношения социального окружения; жизненные ценности; страхи и угрозы.

Эмоциональная оценка успешности жизненных перспектив – один из ключевых параметров, позволяющих в первом приближении определить социальное самочувствие учащегося, поскольку он дает возможность выявить оценку состояния в модальности «оптимизм-пессимизм» [8, 9, 10, 11]. На рис. 1 приведены сравнительные данные ответов между учащимися общеобразовательных школ, а также в трех указанных группах учащихся коррекционных школ.



Рисунок 1. Эмоциональная оценка своих личных перспектив учащимися общеобразовательных и коррекционных школ в зависимости от самооценки здоровья (%).

Как видно из рис. 1, учащиеся общеобразовательных школ и учащиеся коррекционных школ, «не замечающие отклонений в своем здоровье», оказались схожи в оценке успешности своих жизненных перспектив. Каждый второй среди них выражает «уверенность и оптимизм» в завтрашнем дне. И вместе с тем, около 40% учащихся высказывают сомнения относительно своей жизненной успешности.

Среди учащихся, стремящихся компенсировать недостатки своего здоровья общением с другими людьми, значительно выше доля тех, кто смотрит «с уверенностью и оптимизмом в завтрашний день» по сравнению с представителями двух других групп опрошенных ($p < .000$). Они же гораздо реже высказывают «сомнения относительно будущего» ($p < .000$) и практически не отмечают «страх и пессимизм». Таким образом, стремление к компенсации своего недуга за счет расширения круга общения и понимания других людей явно проявляется в оптимистичной оценке своих жизненных перспектив.

В группе учащихся, отмечающих негативное влияние состояния здоровья на свою жизнь, фиксируется значительное снижение доли тех, кто с оптимизмом оценивает свои жизненные перспективы по сравнению с другими представителями разных групп. Вместе с тем значительно чаще других в данной группе высказывается «страх и пессимизм» в оценке успешности жизненных перспектив ($p < .000$). Таким образом, негативная оценка состояния своего здоровья проецируется и на негативную оценку своей будущей жизненной успешности.

Образовательные и профессиональные планы. Особым аспектом оценки будущего является сформированность жизненных планов. На рис. 2 приведены результаты ответов учащихся общеобразовательных школ и трех выделенных групп среди учащихся коррекционных школ.



Рисунок 2. Планы учащихся общеобразовательных и коррекционных школ в зависимости от самооценки здоровья (%); 1 – учащиеся общеобразовательных школ, 2 – учащиеся, не замечающие отклонений в здоровье, 3 – учащиеся, состояние здоровья которых побуждает их к общению с людьми, 4 – учащиеся, отмечающие негативное влияние состояния здоровья на свою жизнь.

Как видно из рис. 2, для большинства учащихся коррекционных школ основные планы после окончания связаны с поступлением в колледж или ПТУ. И этим они принципиально отличаются от большинства своих сверстников из общеобразовательных школ, которые ориентированы на получение высшего образования. Различия в ответах значимы на уровне $p < .000$.

Особый интерес представляет группа учащихся коррекционных школ, отмечающих негативное влияние состояния здоровья на свою жизнь. Большинство так же, как и в других группах, планирует поступать в колледж, но в то же время значительная часть учащихся хотела бы продолжить обучение в университете. Подобное желание получить высшее образование может свидетельствовать о высоком уровне социальных и профессиональных притязаний. Вместе с тем именно в этой группе, как мы отмечали ранее (см. рис.1), весьма высока доля тех, кто со страхом и пессимизмом оценивает свои жизненные перспективы. Отсюда можно сделать вывод, что высокий уровень притязаний (несовпадение личных желаний и реальных возможностей) может служить фактором, влияющим на негативную оценку жизненных перспектив.

С целью уточнения оценки учащимися коррекционных школ возможных сложностей, связанных с будущей профессиональной деятельностью, учащимся был предложен вопрос о степени влияния их состояния здоровья на последующую профессиональную карьеру (см. табл. 1). Как видно из табл. 1, учащиеся всех трех групп практически одинаково оценивают трудности, связанные с устройством на работу, возможностями иметь высокий заработок, и проблемы в общении с коллегами по работе. Таким образом, различное отношение к своему недугу не влияет на эти аспекты профессиональной деятельности.

Таблица 1.

Распределение ответов учащихся коррекционных школ на вопрос о профессиональных трудностях в зависимости от оценки своего здоровья (%).

	учащиеся, не замечающие отклонений в своем здоровье	учащиеся, состояние здоровья которых побуждает к общению с другими людьми	учащиеся, отмечающие негативное влияние состояния здоровья на жизнь
не окажет особого влияния на успешность моей профессиональной деятельности	62,9	72,0	39,7
не позволит мне овладеть интересной для меня профессией	8,2	7,0	27,0
создаст мне трудности при устройстве на работу	17,0	17,0	20,6
не даст мне возможности иметь высокий заработок	14,4	11,0	14,3
будет мешать общению с коллегами по работе	8,8	9,0	14,3
другое (укажите)	3,1	0,0	1,6

Вместе с тем относительно двух моментов различия в ответах весьма заметны; причем здесь проявляется явное отличие учащихся, отмечающих негативное влияние состояния здоровья на свою жизнь. Так, они реже по сравнению с учащимися двух других групп указывают на отсутствие влияния дефекта на успешность профессиональной деятельности. И параллельно чаще придерживаются мнения о том, что состояние здоровья «не позволит овладеть интересной профессией». Различия в ответах относительно этих двух моментов статистически значимы на уровне $p < .00$.

Интерпретируя полученные данные, можно предположить, что фиксация состояния своего здоровья как негативного фактора для овладения интересной профессией связана и с отмеченным выше стремлением значительного числа учащихся в этой группе к освоению тех профессий, которые требуют высшего образования.

Социальные контакты. Для оценки специфики складывающихся отношений с социальным окружением были выделены три параметра: позиция в классе, отношение окружающих дефекту, а также испытываемые учащимися унижения.

В качестве критерия оценки учащимися своего социального положения внутри класса был использован специальный вопрос, фиксирующий различные аспекты оппозиции «лидерства–одиночества». Результаты ответов приведены в табл. 2. Как видно из табл. 2, учащиеся коррекционных школ в целом позитивно оценивают свою позицию в классе, отмечая уважение со стороны одноклассников. Тем не менее проявляется ряд различий. Так, среди учащихся, состояние здоровья которых побуждает их к общению с другими людьми, значительно выше доля тех, кто полагает, что многие одноклассники относятся к ним с уважением ($p < .00$). Соответственно они реже отмечают, что общаются лишь с ограниченным кругом приятелей. Таким образом, данная группа проявляет большую активность в социальном плане по сравнению с учащимися двух других групп.

Таблица 2.

Распределение ответов учащихся коррекционных школ на вопрос о позиции, занимаемой в классе, в зависимости от оценки своего здоровья (%)

	учащиеся, не замечающие отклонений в своем здоровье	учащиеся, которых состояние здоровья побуждает к общению с другими людьми	учащиеся, отмечающие негативное влияние состояния здоровья на жизнь
я лидер в своем классе	5,6	11,0	6,5
многие одноклассники меня уважают	49,7	65,0	40,3
у меня есть лишь ограниченный круг приятелей	29,2	12,0	32,3
в своем классе я чувствую себя одиноко	5,6	6,0	11,3
затрудняюсь ответить	9,7	6,0	9,7

Таблица 3.

Распределение ответов учащихся коррекционных школ на вопрос об отношении окружающих в зависимости от оценки своего здоровья (%).

	учащиеся, не замечающие отклонений в своем здоровье	учащиеся, состояние здоровья которых побуждает к общению с другими людьми	учащиеся, отмечающие негативное влияние состояния здоровья на жизнь
окружающие смотрят на меня с интересом	12,3	20,0	20,0
окружающие высказывают мне свое сострадание	3,1	13,0	15,0
окружающие высказывают готовность оказать помощь	7,7	61,0	13,3
нарушение здоровья вызывает раздражение у окружающих	3,1	4,0	15,0
окружающие меня люди делают вид, что не замечают нарушение моего здоровья	9,7	3,0	8,3
нарушение здоровья вызывает раздражение у окружающих, они не упускают случая продемонстрировать свое превосходство над мной	0,0	2,0	6,7
я не замечаю особого отношения к себе со стороны окружающих в связи с нарушением здоровья	70,8	19,0	36,7
другое	1,5	0,0	0,0

Важным параметром в оценке социального самочувствия учащегося выступает также отношение окружающих (см. табл. 3). Собственная оценка здоровья зачастую выстраивается именно за счет оценок значимых других. В табл. 3 представлены результаты ответов учащихся трех выделенных групп.

Как видно из табл. 3, учащиеся коррекционных школ, не замечающие отклонений в своем здоровье, менее склонны наблюдать особое отношение к себе со стороны окружающих в связи с нарушением здоровья ($p < .000$). Вместе с тем они значительно чаще других не замечают сострадания, раздражения и превосходство над собой со стороны социального окружения (различия значимы на уровне $p < .02$). Таким образом, уверенность в отсутствии каких-либо отклонений в своем здоровье в существенной степени связана с проявлением индифферентного отношения к недугу со стороны социального окружения.

Среди учащихся коррекционных школ, состояние здоровья которых побуждает к общению с другими людьми, редко не замечается особое отношение к себе со стороны окружающих в связи с нарушением здоровья ($p < .000$). Вместе с тем учащиеся этой группы значительно чаще, чем школьники из других групп, склонны отмечать готовность окружающих оказать им помощь ($p < .000$). Именно подобное позитивное отношение социального окружения, возможно, и выступает как решающий фактор, побуждающий их к общению.

В группе учащихся, отмечающих негативное влияние состояния здоровья на жизнь, значительно чаще по сравнению с представителями других групп фиксируется негативное отношение социального окружения в связи с состоянием своего здоровья ($p < .00$). Таким образом, негативное отношение социального окружения выступает как важный фактор, влияющий и на негативную оценку жизненных перспектив.

Трудности в общении, возникающие у учащихся коррекционных школ, могут проявляться также и в связи с испытываемыми ими унижениями со стороны ближайшего социального окружения (см. табл. 4).

Таблица 4.

Распределение ответов учащихся коррекционных школ на вопрос об испытываемых унижениях в зависимости от оценки своего здоровья (%)

	учащиеся, не замечающие отклонений в своем здоровье	учащиеся, чье состояние здоровья побуждает к общению с другими людьми		учащиеся, отмечающие негативное влияние состояния здоровья на жизнь
я вообще не испытываю унижений в связи с состоянием моего здоровья	91,2	86,6	49,2	
со стороны ровесников	5,2	6,2	19,7	
со стороны учителей	1,0	7,2	16,4	
со стороны родителей и родственников	3,6	4,1	14,8	
со стороны других взрослых	1,0	3,1	13,1	
другое (укажите)	1,0	2,1	0,0	

Как видно из табл. 4, в двух группах («не замечающих отклонений в своем здоровье» и «состояние здоровья которых побуждает к общению с другими людьми»)

ми») подавляющее большинство отмечает отсутствие унижений со стороны ближайшего социального окружения. Вместе с тем учащиеся, отмечающие негативное влияние состояния здоровья на свою жизнь, значительно реже фиксируют отсутствие унижений со стороны ближайшего социального окружения ($p < .000$). Учащиеся данной группы значительно чаще других отмечают, что испытывают унижение со стороны ровесников ($p < .00$), учителей ($p < .04$), родителей и родственников ($p < .00$), а также со стороны других взрослых ($p < .00$). Это позволяет сделать вывод о том, что открытое проявление негативного отношения со стороны социального окружения оказывает значительное влияние на оценку социального самочувствия учащегося с особенностями в развитии.

Жизненные ценности. Отношение к своему здоровью может существенным образом сказываться и на значимости отдельных жизненных ценностей (см. табл. 5).

Таблица 5.

Распределение ответов учащихся коррекционных школ на вопрос о ценностях в зависимости от оценки своего здоровья (%)

	учащиеся, не замечающие отклонений в своем здоровье	учащиеся, которых состояние здоровья побуждает к общению с другими людьми	учащиеся, отмечающие негативное влияние состояния здоровья на жизнь
достижение материального благополучия	33,3	16,0	15,9
успешная профессиональная деятельность	47,70	39,0	38,1
здоровье	76,4	85,0	84,1
полноценное общение с людьми	18,5	44,0	22,2
счастливая семейная жизнь	58,5	44,0	61,9
полноценное приобщение к культуре	2,1	3,0	6,3
развитие своих способностей	15,9	18,0	17,5
познание себя	5,1	16,0	9,5
воспитание детей	9,7	11,0	11,1
все перечисленное для меня достаточно безразлично	,5	1,0	1,6
другое	,5	1,0	,0

Как видно из табл. 5, структура жизненных ценностей относительно стабильна и мало различается в группах с разной самооценкой своего здоровья. Характерно, что для каждой из трех групп наиболее важной жизненной ценностью является именно «здоровье». Помимо этого весьма значимыми оказываются такие ценности, как «счастливая семейная жизнь» и «успешная профессиональная деятельность». Остальные же ценности отмечаются значительно реже.

Статистически значимые различия между ответами учащихся сравниваемых

трех групп проявились относительно следующих ценностей. Так, учащиеся, не фиксирующие отклонений в своем здоровье, в большей степени, чем другие, оказались нацеленными на «достижение материального благополучия» ($p < .00$). Особый интерес представляет группа школьников, отмечающих, что состояние здоровья побуждает их к общению с другими людьми. Из табл. 5 видно, что именно для этой группы более значимыми оказываются ценности «полноценное общение с людьми» ($p < .00$) и «познание себя» ($p < .00$). Таким образом, стремление компенсировать недостатки здоровья проявляется в актуализации ценности общения с другими и самопознании.

Жизненные страхи. Наряду со структурой жизненных ценностей, была рассмотрена также структура жизненных страхов учащихся, позволяющая выявить наиболее важные угрозы для успешности будущей жизни (см. табл. 6).

Таблица 6.

Распределение ответов учащихся коррекционных школ на вопрос о страхах в зависимости от оценки своего здоровья

	учащиеся, не замечающие отклонений в своем здоровье	учащиеся, которых состояние здоровья побуждает к общению с другими людьми	учащиеся, отмечающие негативное влияние состояния здоровья на жизнь
я боюсь, что не смогу обеспечить материально свою семью	25,7	19,4	29,0
я боюсь стать жертвой теракта	14,7	10,2	17,7
у меня нет уверенности, что я выбрал(а) себе профессию правильно	16,8	16,3	21,0
я боюсь стать жертвой насилия, преступления	9,4	4,1	12,9
я опасюсь, что у меня не сложится личная жизнь	23,0	14,3	19,4
я боюсь стать жертвой национализма	3,1	1,0	1,6
я не уверен(а), что смогу жить самостоятельно	12,0	6,1	21,0
я думаю, что не обладаю внешней привлекательностью	9,9	11,2	11,3
я боюсь войны	25,7	14,3	29,0
меня беспокоит мое здоровье	13,6	61,2	29,0
я боюсь смерти	25,1	18,4	29,0
меня ничего в будущем не беспокоит	27,2	9,2	16,1

Как видно из табл. 6, среди учащихся, состояние здоровья которых побуждает их к общению с другими людьми, явно выраженным является страх за собст-

венное здоровье ($p < .00$). Это позволяет сделать вывод о том, что ценность здоровья оказывается аффективно значимой, поскольку ухудшение здоровья может оказать негативное влияние именно на нарушение социальных связей. В системе жизненных страхов других групп наблюдается отсутствие преобладающих страхов. Менее всего состояние своего здоровья беспокоит тех учащихся, кто не замечает отклонений в своем здоровье. Они же чаще по сравнению с другими фиксируют отсутствие у себя каких-либо беспокойств о будущем ($p < .000$).

И наконец, среди жизненных страхов учащихся, отмечающих негативное влияние состояния здоровья на свою жизнь, наиболее часто фиксируется опасности, связанные с проявлением агрессии (страх оказаться жертвой насилия и преступления, страх войны) ($p < .02$).

* * *

Обобщая результаты исследования, можно сформулировать основные **выводы**. Самооценка здоровья оказывает существенное влияние на оценку социального самочувствия учащихся коррекционных школ. В зависимости от своего отношения к состоянию здоровья учащиеся по-разному оценивают свои будущие перспективы, позицию в социальной иерархии класса, характеризуют систему жизненных ценностей и угроз. Так, отрицание каких-либо отклонений в своем здоровье влечет положительную оценку социального окружения, определенность в жизненных и профессиональных планах. Напротив, переживание негативных последствий нарушения здоровья приводит к негативной оценке жизненных перспектив, неопределенности планов, выраженности возможных угроз со стороны социального окружения. И наконец, оценка своего здоровья, как побуждающего фактора к общению с другими людьми влияет на положительную оценку социального самочувствия.

Подводя итог проведенного исследования, обратимся еще раз ко взглядам Л. С. Выготского относительно понимания социализации ребенка с особенностями в развитии. Уже в 20-е годы им была выдвинута и обоснована необходимость социальной компенсации дефекта как задачи первостепенной важности: «Вероятно, человечество победит раньше или позже и слепоту, и глухоту, и слабоумие, но гораздо раньше оно победит их социально и педагогически, чем медицински и биологически» [1]. Проведенное исследование частично подтверждает данный тезис: именно учащиеся, стремящиеся компенсировать свои проблемы со здоровьем путем общения и понимания других людей, лучше оценивают свои будущие перспективы, характеризуются высоким уровнем сформированности планов. Таким образом, учет влияния социального окружения на самочувствие ребенка с особенностями в развитии является важнейшим фактором, обуславливающим успешность реализации стратегии инклюзивного образования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Выготский Л.С. Основы дефектологии. – Собр. соч.: в 6-ти т. Т.5. – М.: Педагогика, 1983. – 368 с.
2. Головаха Е.И., Панина Н.В. Интегральный индекс социального самочувствия (ИИСС): конструирование и применение социологического теста в массовых опросах. - Киев: Институт социологии НАН Украины, 1997. – 64 с.
3. Дунаевская, Э.Б. Особенности ценностных ориентаций школьников общеобразовательных и коррекционных школ // Известия Российского государственного педагогического университета им. А. И. Герцена. - 2008. - № 51. - С. 201-205.
4. Кисова В.В., Барышкова Т.С. Экспериментальное исследование мотивов учения умственно отсталых младших школьников, обучающихся в коррекционной школе-интернате // Современные научные исследования и инновации. – 2017. –

№. 4. – С. 666-669.

5. Кучмаева О.В., Петрякова О.Л. Масштабы и распространенность инклюзивного образования для несовершеннолетних в столице: возможности количественной оценки // Статистика и экономика. – 2014. – №. 5.

6. Назарова Ю.В. Профессиональное самоопределение подростков коррекционных школ // Педагогика и психология как ресурс развития современного общества: проблемы сетевого взаимодействия в инклюзивном образовании. – 2015. – С. 312-316.

7. Собкин В.С. Подросток с дефектом слуха: ценностные ориентации, жизненные планы, социальные связи: Эмпирическое исследование // Российская акад. образования, Центр социологии образования. – М.: ЦСО РАО, 1997. – 94 с.

8. Собкин В.С. Старшеклассник в мире политики. Эмпирическое исследование. – М.: ЦСО РАО, 1997. – 320 с.

9. Собкин В.С., Писарский П.С. Социокультурный анализ образовательной ситуации в мегаполисе. – М.: Министерство образования РФ, 1992. – 159 с.

10. Собкин В.С., Писарский П.С. Ценностные ориентации старшеклассников начала 90-х. Кросскультурное сопоставление (Москва-Амстердам) // Ценностно-нормативные ориентации современного старшеклассника. Труды по социологии образования. Том 1. Выпуск 2. – М., 1993. – С. 6-63.

11. Собкин В.С., Абросимова З.Б., Адамчук Д.В., Баранова Е.В. Подросток: нормы, риски, девиации. Труды по социологии образования. Т. X. Вып. XVII. / Под ред. В.С. Собкина. – М.: Центр социологии образования РАО, 2005. – 359 с.

REFERENCES

1. Vygotskij L.S. Osnovy defektologii. – Sobr. soch.: v:6-ti t. T.5. – М.: Pedagogika, 1983. – 368 s.

2. Golovaha E.I., Panina N.V. Integral'nyj indeks social'nogo samochuvstvija (IISS): konstruirovaniye i primeneniye sociologicheskogo testa v massovykh oprosakh. – Kiev: Institut sociologii NAN Ukrainy, 1997. – 64 s.

3. Dunaevskaja, Je.B. Osobennosti cennostnykh orientacij shkol'nikov obshheobrazovatel'nykh i korrekcionnykh shkol // Izvestija Rossijskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta im. A. I. Gercena. – 2008. – № 51. – S. 201-205.

4. Kisova V.V., Baryshkova T.S. Jeksperimental'noe issledovanie motivov uchenija umstvenno otstalykh mladshih shkol'nikov, obuchajushhihsja v kor-rekcionnoj shkole-internate // Sovremennye nauchnye issledovaniya i innovacii. – 2017. – №. 4. – S. 666-669.

5. Kuchmaeva O.V., Petrjakova O.L. Masshtaby i rasprostranennost' inkljuzivnogo obrazovaniya dlja nesovershennoletnih v stolice: vozmozhnosti kolichestvennoj ocenki // Statistika i jekonomika. – 2014. – №. 5.

6. Nazarova Ju.V. Professional'noe samoopredelenie podrostkov kor-rekcionnykh shkol // Pedagogika i psihologija kak resurs razvitija sovremennogo obshhestva: problemy setevogo vzaimodejstvija v inkljuzivnom obrazovanii. – 2015. – S. 312-316.

7. Sobkin V.S. Podrostok s defektom sluha: cennostnye orientacii, zhiznennye plany, social'nye svjazi: Jempiricheskoe issledovanie // Rossijskaja akad. obrazovaniya, Centr sociologii obrazovaniya. – М.: CSO RAO, 1997. – 94 s.

8. Sobkin V.S. Starsheklassnik v mire politiki. Jempiricheskoe issledovanie. – М.: CSO RAO, 1997. – 320 s.

9. Sobkin V.S., Pisarskij P.S. Sociokul'turnyj analiz obrazovatel'noj situacii v megapolise. – М.: Ministerstvo obrazovaniya RF, 1992. – 159 s.

10. Sobkin V.S., Pisarskij P.S. Cennostnye orientacii starsheklassnikov nachala 90-h. Krosskul'turnoe sopostavlenie (Moskva-Amsterdam) // Cennostno-normativnye orientacii sovremennogo starsheklassnika. Trudy po sociologii obrazovaniya. Tom 1. Vypusk 2. – М., 1993. – S. 6-63.

11. Sobkin V.S., Abrosimova Z.B., Adamchuk D.V., Baranova E.V. Podrostok: normy, riski, deviacii. Trudy po sociologii obrazovanija. T. X. Vyp. XVII. / Pod red. V.S. Sobkina. - M.: Centr sociologii obrazovanija RAO, 2005. - 359 c.
12. Boivin M., Hymel S., Bukowski W. M. The roles of social withdrawal, peer rejection, and victimization by peers in predicting loneliness and depressed mood in childhood //Development and Psychopathology. – 1995. – T. 7. – №. 4. – C. 765-785.
13. Bryan T. H. Peer popularity of learning disabled children: A replication //Journal of Learning Disabilities. – 1976. – T. 9. – №. 5. – C. 307-311.
14. Langher V. et al. Disabled students and the quality of relationships within the class //Procedia-Social and Behavioral Sciences. – 2010. – T. 5. – C. 2295-2299.
15. Sobkin, V.S. The Adolescent with a Hearing Disability: Value Orientations, Life Plans, Social Relations. An Empirical Survey. Russian Education and Society, vol. 40, No. 3, March 1998, pp. 5-95.
16. Wiener J. Do peer relationships foster behavioral adjustment in children with learning disabilities? //Learning Disability Quarterly. – 2004. – T. 27. – №. 1. – C. 21-30.

V.S. Sobkin, Y.A. Semenova

THE SOCIAL WELL-BEING IN CORRECTIONAL SCHOOLS DEPENDING ON THE SELF-ASSESSMENT OF HEALTH

Institute of Education Management of the RAE (Moscow).

Summary. The article is devoted to the study of the social well-being of correctional schools' students. It is based on the materials of the study conducted by the Institute of Education Management of the RAE in correctional schools of the Leningrad region in 2017. It is suggested that, depending on the assessment of their health, students of correctional schools will evaluate their social well-being differently. The study revealed that the negative self-assessment of health is associated with an unfavorable assessment of life prospects, fuzzy plans for the future, the expression of social environment fear. The most favorable assessment of social well-being involves in compensation for the features of their development by communicating with the social environment

Keywords: correctional schools, social well-being, values, health, compensation, socialization.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ДИЗАДАПТИВНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ У ПОДРОСКОВ-ВОСПИТАННИКОВ СОЦИЗАЩИТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

¹ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет»,
²ОГБУ «Смоленский социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Феникс» (Смоленск).

Резюме. В статье представлены результаты комплексного обследования адаптационного потенциала воспитанников социозащитных учреждений, полученные в результате использования полуструктурированного интервью для выявления признаков посттравматического стресса у детей (ПИБППСД); методики копинг-стратегий школьного возраста; усовершенствованной Торонтской шкалы алекситимии TAS-20-R; методики Л.Х. Гаркави с соавт. для изучения неспецифических адаптационных реакций организма. Обоснована необходимость продолжения исследования мультифакторного влияния хронической травматизации на формирование клинико-психопатологических проявлений и структурных нарушений личности подростков с целью выявления специфических доклинических признаков формирования личностных расстройств, приводящих к социально-психологической дизадаптации.

Ключевые слова: дизадаптация, депривация, психическая травма, неспецифические адаптационные реакции организма, психологические защиты, копинг-поведение, социозащитное учреждение.

В настоящее время в исследованиях, посвященных изучению адаптационных возможностей личности, достаточно часто встречается понятие «личностный адаптационный потенциал», который рассматривается в отечественной психологии как системное свойство личности, определяющее границы адаптационных возможностей и характер протекания адаптации личности в ответ на воздействие тех или иных факторов и условий среды [8]. При этом различают биологическую и социально-психологическую формы адаптации, которые могут быть либо тесно взаимосвязанными, либо иметь относительную независимость, приобретая временный приоритет. Вместе с тем в изучении адаптации должен быть системный подход. В связи с этим неизбежно возникает вопрос о возможности определения адаптационных возможностей [12]. В литературе описываются различные подходы к изучению и оценке адаптационного потенциала. Так, А.П. Берсеновой с соавт. было предложено оценивать адаптивные реакции организма преимущественно по показателям системы кровообращения [1, 2, 7]. В настоящее время определение вариабельности сердечного ритма как выраженности колебаний частоты сердечных сокращений по отношению к ее среднему уровню признано наиболее информативным неинвазивным методом количественной оценки вегетативной регуляции сердечного ритма [3]. В отличие от методов, основанных на оценке показателей функционирования сердечнососудистой системы, Л.Х. Гаркави и Е.Б. Квакиной была предложена методика оценки адаптивности по показателям морфологического состава крови [5, 6].

Принимая во внимание вариабельность динамики развития стресса в течении адаптивных возможностей, интересным представляется изучение комплекса изменений на психическом, социально-психологическом уровнях и состоянии неспецифических адаптационных реакций организма у подростков, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

Как известно, в настоящее время изъятие ребенка из семьи в связи со слож-

ными психосоциальными условиями, а также помещение его в детское социозащитное учреждение, согласно МКБ-10, рассматриваются как факторы, определяющие болезненное состояние (класс XXI: факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения, которые отражены в рубриках) [9]. В данном случае поступление в социозащитное учреждение может быть расценено как новое стрессовое событие. Актуальность и недостаточная изученность вопросов поиска дифференцированного подхода к оценке адаптационных возможностей и выбора методов оптимальной коррекции дизадаптивных проявлений у воспитанников социозащитных учреждений послужили предпосылкой для настоящего исследования.

Гипотезы:

1. Характер и выраженность дизадаптивных проявлений у подростков I и II групп могут быть различны в силу разного комплекса перенесенных травматических событий, наличия/отсутствия семьи и поддерживающего фактора, характера предшествующего воспитания, возраста и других факторов.

2. Впервые проведенное изучение неспецифических адаптационных реакций организма у воспитанников социозащитных учреждений позволит выявить специфическую для данного контингента напряженность физиологических адаптационных процессов (критерии физиологического стресса), что, в свою очередь, в совокупности с другими данными дополнит картину дизадаптационных проявлений у обследуемых подростков в условиях хронической травматизации.

Материал и методы.

Обследованы 84 подростка (средний возраст 14 лет), воспитывающиеся в социозащитных учреждениях (сироты, социальные сироты и дети из малообеспеченных семей). Из них 43 девочки, 41 мальчик. Для более точного дифференцированного анализа маркеров дизадаптивных проявлений выделены две идентичные по возрасту и полу группы: I группа – сироты (истинные и социальные) и II группа – подростки, воспитывающиеся в кровных семьях.

Социальный статус подростков I группы представлен следующими категориями: истинные сироты – 16%, социальные сироты – 85%.

Социальный статус воспитанников II группы, оказавшихся в трудной жизненной ситуации: 28,5% составили подростки из полных семей; 62% – подростки из неполных семей и 9,5% составили подростки из многодетных семей.

Критерии включения:

- подростки с первичным поступлением в социозащитное учреждение 11-17 лет включительно;
- исключение из группы обследования в связи с инвалидностью, наличием «умственной отсталости», нарушений психологического развития, умеренно-выраженных и тяжелых форм органического поражения головного мозга, эндокринных заболеваний.

В данной работе представлены результаты применения следующих **методик:**

1) полуструктурированного интервью для выявления признаков посттравматического стресса у детей (ПИВППСД) разработано А. И. Щепиной и А. В. Макачук (2004). Определения шкал интервью соответствуют клиническим критериям ПТСР (DSM-IV): критерию А (немедленное реагирование), критерию В (навязчивое воспроизведение), критерию С (избегание), критерию D (возросшая возбудимость), критерию F (нарушения функционирования). Общий индекс ПИВППСД показывает общий уровень выраженности посттравматического стресса, в целом отражая тяжесть последствий травматического события [16];

2) 20-пунктовой Торонтской шкалы алекситимии (Toronto Alexithymia Scale,

или TAS-20-R) для количественной оценки алекситимии использована, включая частные алекситимические проявления: трудности идентификации чувств (ТИЧ), трудности с описанием чувств другим людям (ТОЧ) и внешне-ориентированный (экстернальный) тип мышления (BOM) [15];

3) методики оценки адаптивности по показателям морфологического состава клеток белой крови, согласно которой тип сигнального показателя адаптационной реакции диагностируется по процентному содержанию лимфоцитов в лейкоцитарной формуле и по их соотношению с сегментоядерными нейтрофилами. При этом выделяют следующие неспецифические адаптационные реакции организма: реакция тренировки; реакция спокойной активации; реакция повышенной активации; реакция переактивации; реакция стресса. [5, 6];

4) статистического анализа, проведенного с использованием пакета прикладных программ: вычисления выполнены точным биномиальным методом, применен критерий χ^2 с поправкой Йейтса (Chi-squared with Yates' correction); использованы F-критерий Фишера, критерий Манна-Уитни, выборочный коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Для более чувствительной статистической обработки использован частный корреляционный анализ между заданными признаками, который представляет собой выборочный коэффициент частной корреляции, количественно характеризующий статистическую связь между 2 признаками при исключении влияния третьего признака, что указывает на достоверный показатель интенсивности связи при любой форме зависимости [10, 12, 17].

Результаты и их обсуждение. Проведена комплексная оценка адаптационных возможностей воспитанников социозащитных учреждений в целом и по выделенным группам соответственно. Впервые изучено состояние неспецифических адаптационных реакций организма у обследуемых подростков, определяющих в некоторой степени состояние физиологической адаптации к новой стрессовой ситуации.

В целом определена напряженность неспецифических адаптационных реакций организма. Однако выявленные особенности свидетельствуют о некотором их различии у подростков I и II групп. Так, в I группе прослежена тенденция к превалированию реакций стресса и тренировки, во II группе – тренировки.

Принимая во внимание полученные данные, уместно разъяснение биологического смысла указанных реакций. Реакция стресса представляет собой общую неспецифическую адаптационную реакцию на разные по качеству, неадекватные, сильные раздражители и сочетает элементы защиты и повреждения. Реакция тренировки означает общую неспецифическую адаптационную реакцию на разные по качеству, слабые, пороговые раздражители. Следует сказать, что проведенные ранее исследования по изучению типа адаптационных реакций у детей в зависимости от уровня здоровья выявило разницу по сравнению со взрослыми, что отражено в табл. 1 [6].

Таблица 1.

Критерии адаптационных реакций по сигнальному показателю — процентному содержанию лимфоцитов в лейкоцитарной формуле.

Возраст	Стресс	Тренировка	Спокойная активация	Повышенная активация	Переактивация
3-5 лет	< 29.5	29.5-37.5	38-45	45.5-57	> 57
6-9 лет	< 25	25-32	32.5-40	40.5-51	>51
10-13 лет	< 23	23-30	30.5-38	38.5-48	> 48
14-16 лет	< 20.5	20.5-28.5	29-36	36.5-46	>46
Взрослые	< 20	20-27.5	28-34	34.5-40-44	>40-44,5 индивидуально

В то время как для взрослых нормой являются антистрессовые гармоничные реакции тренировки, спокойной и повышенной активации, то для детей реакция тренировки нормой не является, а при «идеальном здоровье» наблюдается гармоничная реакция повышенной активации. Реакцию спокойной активации у детей можно отнести к «средней норме» [6].

На основании полученных данных можно предположить, что у подростков I группы имеет место более травматичный для организма ответ неспецифических адаптационных реакций организма при столкновении с новой стрессовой ситуацией (в данном случае поступление в социозащитное учреждение). Наличие стрессовых реакций крови при отсутствии выраженной психопатологической симптоматики на момент обследования, по всей видимости, может быть маркером латентного общего дизадаптационного синдрома в условиях хронической травматизации, включая и доклинические формы психосоматических расстройств.

В частности, по полученным нами данным, у подростков I группы достоверно чаще встречается соматоформная вегетативная дисфункция F45.31, характеризующаяся нарушениями со стороны верхнего отдела желудочно-кишечного тракта ($\chi^2=6,401$; $p=0,0114 < \alpha=0,05$). Существенных различий в частоте встречаемости других вариантов соматоформной вегетативной дисфункции (F45.30; F45.32; F45.33; F45.34; F45.38) у подростков в группах сравнения не выявлено.

Данные сравнительного анализа клинических и социально-психологических критериев травматических переживаний у воспитанников социозащитного учреждения позволили выявить также разные профили реагирования на стресс у подростков в группах сравнения по опроснику ПИВППСД, определяющих особенности социально-психологической адаптации/дизадаптации обследуемого контингента [14].

По клиническим проявлениям критерия «немедленное реагирование» выявлено статистически значимое преобладание уровня балльных оценок у подростков I группы по сравнению со II группой ($p=0,0144 < \alpha=0,05$). Полученные результаты объясняются достоверно чаще встречаемым у обследуемого контингента I группы ответов «да» на следующие вопросы: чувствовал ли ты ужас, когда это происходило? ($p=0,000161 < \alpha=0,05$); чувствовал ли ты отвращение, когда это происходило? ($p=0,007029 < \alpha=0,05$). Данное обстоятельство может указывать не только на разный характер перенесенных травматических событий в условиях депривационного опыта, но и на различную субъективную оценку этих событий подростками-сиротами и подростками, проживающими в семьях, что в итоге может определять выбираемые копинг-стратегии поведения.

Несмотря на то что по общему баллу оценки клинических проявлений критерия «навязчивое воспроизведение» статистических различий не выявлено ($p=0,396908 > \alpha=0,05$), имеет место достоверно чаще встречаемый у подростков I группы ответ «да» на вопрос «ухудшается ли твое самочувствие, когда что-то напоминает тебе о неприятном событии?» ($p=0,031097 < \alpha=0,05$). При этом обращают на себя внимание выраженные трудности идентификации и вербализации чувств у обследуемых подростков (полученные данные согласуются с результатами оценки неспецифических адаптационных реакций и превалированием в данной группе жалоб со стороны ЖКТ). Выявленные особенности могут свидетельствовать о наличии специфических маркеров алекситимических проявлений, о которых будет сказано дальше.

По общему баллу оценки клинических и социально-психологических проявлений критерия «избегание» в сравниваемых группах достоверных различий не выявлено. Вместе с тем интересным представляется изучение «внутренней картины» этого критерия. У воспитанников I группы выявлено статистически значимое

превалирование ответов, характеризующих избегающее поведение: стараешься ли ты избегать общения с людьми, которые напоминают тебе о чем-то неприятном в твоей жизни (прилагаешь ли какие-то усилия для этого?) ($p=0,0011 < \alpha=0,05$); кажется ли тебе, что окружающий мир стал выглядеть или звучать по-другому? ($p=0,0036 < \alpha=0,05$). Полученные данные согласуются с результатами изучения алекситимических проявлений и копинг-стратегий поведения в сравниваемых группах подростков.

Как известно, ситуация психической травмы неизбежно влечет за собой искажения в «Я-концепции» личности, приводя к нарушениям идентичности. В связи с этим обращают на себя внимание следующие моменты. Так, при ответе на вопрос «можешь ли ты представить себя взрослым, старым» сироты достоверно чаще по сравнению с подростками, проживающими в семьях, отвечают «нет» ($p=0,00031 < \alpha=0,05$), что может свидетельствовать о некоторых нарушениях возрастной идентификации, обусловленных тревогой в отношении будущего и формированием патологической защитной реакции. Однако в ответах на вопрос «изменились ли в последнее время твои представления о будущем?» статистической разницы в ответах подростков из двух сравниваемых групп не отмечено.

По критерию «возросшая возбудимость» статистически значимых различий не выявлено. Однако у подростков-сирот по сравнению с подростками, проживающими в семьях, значительно чаще встречаются постсоматические нарушения, косвенно указывающие на наличие аффективных нарушений. При этом следует отметить статистически значимое превалирование (по критерию Манна-Уитни) у подростков I группы ответов «да» на вопрос «стал ли ты чаще ссориться с людьми?», что также может свидетельствовать о превалировании процессов возбуждения у обследуемого контингента. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости продолжения изучения внутригрупповых связей клинических критериев ПТСР у подростков, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

По общему баллу клинических проявлений критерия F (нарушения функционирования) достоверных различий в ответах у подростков сравниваемых групп не выявлено.

Вместе с тем выявлена интересная особенность. В I группе критерий «немедленное реагирование» исключен из общей структуры травматических переживаний у обследуемых подростков, в то время как остальные критерии имеют внутригрупповые корреляционные связи; во II группе, напротив, отмечено исключение из общей структуры травматических переживаний критерия «нарушение функционирования». Найденные особенности в некоторой степени могут дополнять различия в социально-психологической адаптации у обследуемых подростков [14].

В.М. Кровяков следующим образом описывает патогенез психической травмы: «При воздействии травмы ... травматичное событие переживается в виде «зафиксированного страха»... Психика переводит внешнюю травму в самотравмирующую внутреннюю силу, которая вначале является защитной, но затем превращается в саморазрушающую». При этом реализуемые травматические защиты отличаются высокой сопротивляемостью к изменениям [11].

Безусловно, речь в данном случае идет о формировании патологических психологических защит и копинг-стратегий поведения, которые, в свою очередь, могут быть расценены как структурные компоненты общего адаптационного синдрома. Как известно, социально-психологическая дизадаптация возникает, когда психологические защиты становятся неэффективными.

В ранее проведенных исследованиях у подростков I группы было выявлено превалирование копинг-стратегий «избегания» [18]. У подростков II группы, на-

против, прослеживается тенденция к использованию в качестве более эффективных (снижающих напряжение) стратегий, определяющих «агрессивное и аффективное реагирование», что находит свое подтверждение в особенностях социально-психологического функционирования по опроснику ПИВППСД. Также было установлено, что в условиях перенесенного травматического опыта у обследуемого контингента имеют место высокие уровни алекситимии (как конструкта психологических защит), включая частные алекситимические проявления на фоне превалирования реакций стресса и тренировки со стороны неспецифических адаптационных реакций организма, что представлено в табл. 2 [19].

Таблица 2.

Результаты обследования подростков I и II групп шкалой TAS-20-R

Шкала	I группа уровни статистических распределений исследуе- мых признаков	II группа уровни статистических распределений исследуе- мых признаков
Общий уровень	78,0	68,0
ТИЧ (трудности иденти- фикации чувств)	23,0	24,0
ТОЧ (трудности с описанием чувств другим людям)	15,0	15,0
ВОМ (внешне ориентиро- ванный или экстернальный тип мышления)	24,0	26,0

Проведенный статистический анализ не выявил корреляционных связей между общим баллом по шкале TAS-20-R и неспецифическими адаптационными реакциями организма в I группе. Иначе выглядит результат корреляционного анализа во II группе. Определена статистически значимая, умеренно выраженная по шкале Чеддока отрицательная корреляционная связь между общим баллом шкалы TAS-20-R и реакций стресса, что повторяет картину отрицательной корреляционной зависимости экстернального типа мышления от общего балла алекситимии у подростков, воспитывающихся в семьях.

Наличие у воспитанников социозащитных учреждений напряженности физиологических адаптационных механизмов, снижения уровня психологического контроля в условиях новой стрессовой ситуации, превалирования критериев «немедленного реагирования» и «нарушения функционирования» в оценке травматических переживаний, а также патологических психологических защит может объяснять разную картину развития социально-психологической дизадаптации в условиях острой и хронической психической травматизации.

Таким образом, полученные данные определяют полиморфизм дизадаптивных проявлений у обследуемого контингента и свидетельствуют о необходимости дифференцированного подхода к выбору индивидуального плана реабилитационных мероприятий в зависимости от принадлежности к группе с учетом результатов клинико-психопатологического и дополнительного патопсихологического методов обследования.

Чем могут быть полезны полученные результаты? С одной стороны, несостоятельность неспецифических адаптационных систем может представлять фон, облегчающий декомпенсацию имеющихся психопатологических, патопсихологических и соматических нарушений и облегчать развитие новой патологии. С дру-

гой стороны, полученные данные могут быть использованы в построении практических рекомендаций по улучшению общего адаптационного потенциала обследуемого контингента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баевский Р.М., Берсенева А.П. Оценка адаптационных возможностей организма и риск развития заболеваний. – М.: Медицина, 1997. – 236 с.
2. Баранов В. М., Баевский Р. М., Берсенева А. П., Михайлов В. М. Оценка адаптационных возможностей организма и задачи повышения эффективности здравоохранения // Экология человека. 2004. № 6. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/otsenka-adaptatsionnyh-vozmozhnostey-organizma-i-zadachi-povysheniya-effektivnosti-zdravooohraneniya> (дата обращения: 25.03.2017).
3. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека / Под ред. Ф.Б. Березин. – Л.: Наука, 1988. – 270 с.
4. Бобров А.Е., Уласень Т.В., Сулимова Н.В., Нивеницин Э.Л. Психиатрические аспекты сиротства с позиций биопсихосоциальной концепции // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2017 (17). – № 1. – С. 36-42
5. Гаркави Л.Х., Квакина Е.Б. О критериях оценки неспецифической резистентности организма при действии различных биологически активных факторов с позиции теории адаптационных реакций // Волны в биологии и медицине. – 1995. – № 6. – С.11-21.
6. Гаркави Л.Х., Квакина Е.Б., Кузьменко Т.С. Сигнальные показатели анти-стрессорных адаптационных реакций и стресса у детей // Педиатрия. – 1996. – № 5. – С. 107 -109.
7. Граевская, Н.Д. Новые диагностические возможности в оценке морфо-функциональных особенностей сердца спортсменов // Теория и практика физической культуры. –1976.– № 7. – С. 29-31.
8. Исаева Е.Р. Копинг-поведение и психологическая защита личности в условиях здоровья и болезни. – СПб.: Издательство СПбГМУ, 2009. – 136 с.
9. Классификация психических и поведенческих расстройств в детском и подростковом возрасте в соответствии с МКБ -10. – М.: Смысл; СПб.: Речь, 2003. – 407 с.
10. Кобзарь А.И. Прикладная математическая статистика. Для инженеров и научных работников. – М.: ФИЗМАТЛИТ, 2006. – 816 с.
11. Кровяков В.М. Психотравматология: Психическая травма, психогении в этиопатогенетических механизмах развития психических расстройств. – М.: Наука, 2005. – 290 с.
12. Медик В.А., Токмачев М.С., Фишман Б.Б.. Статистика в медицине и биологии: Руководство. В 2-х томах / Под редакцией Ю.М. Комарова. – М.: Медицина. – Т.2 : Прикладная статистика здоровья. – 2001. – 352 с.
13. Павлов С.Е. Адаптация. – М., «Паруса», 2000. – 282 с.
14. Решетников М.М., Уласень Т.В. Изучение социально-психологических и клинических проявлений травматических переживаний у воспитанников социозащитных учреждений // Международный научно-исследовательский журнал. – 2017. – № 7, Т. 61, часть 2. – С. 96-99.
15. Старостина Е.Г., Тэйлор Г.Д., Квилти Л.К. и др. Торонтская шкала алекситимии (20 пунктов): валидизация русскоязычной версии на выборке терапевтических больных // Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – Т. 20, № 4. – С. 31-38.
16. Тарабрина Н. В. Психология посттравматического стресса. - М.: Изд-во «Институт психологии РАН», – 2009. – 304 с.

17. Тюрин Ю.Н., Макаров А.А. Анализ данных на компьютере. Изд. 3-е, перераб. и доп. / Под ред. В.Э. Фигурнова – М.: ИНФРА-М, 2002. – 528 с.

18. Уласень Т.В. Копинг-стратегии поведения как маркеры дизадаптивных проявлений у воспитанников социозащитных учреждений // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2017 (17). – № 3. – С. 83-87.

19. Уласень Т. В., Сулимова Н. В. Алекситимические проявления и адаптационный потенциал подростков, оказавшихся в трудной жизненной ситуации // Новое в психолого-педагогических исследованиях. Теоретические и практические проблемы психологии и педагогики. - 2017. - № 2. - С 127-138.

REFERENCES

1. Baevskij R.M., Berseneva A.P. Ocenka adaptacionnyh vozmozhnostej organizma i risk razvitiya zabolevanij. – М.: Medicina, 1997. – 236 s.

2. Baranov V. M., Baevskij R. M., Berseneva A. P., Mihajlov V. M. Ocenka adaptacionnyh vozmozhnostej organizma i zadachi povysheniya jeffektivnosti zdravoohraneniya // Jekologija cheloveka. 2004. № 6. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/otsenka-adaptatsionnyh-vozmozhnostey-organizma-i-zadachi-povysheniya-effektivnosti-zdravoohraneniya> (data obrashheniya: 25.03.2017).

3. Berezin F.B. Psihicheskaja i psihofiziologicheskaja adaptacija cheloveka / Pod red. F.B. Berezin. – L.: Nauka, 1988. – 270 s.

4. Bobrov A.E., Ulasen' T.V., Sulimova N.V., Nivenicin Je.L. Psihiatricheskie aspekty sirotstva s pozicij biopsihosocial'noj koncepcii // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. – 2017 (17). – № 1. – S. 36-42

5. Garkavi L.H., Kvakina E.B. O kriterijah ocenki nespecificheskoy re-zistentnosti organizma pri dejstvii razlichnyh biologicheskij aktivnyh faktorov s pozicii teorii adaptacionnyh reakcij // Volny v biologii i medicine. – 1995. – № 6. – S.11-21.

6. Garkavi L.H., Kvakina E.B., Kuz'menko T.S. Signal'nye pokazateli antistressornyh adaptacionnyh reakcij i stressa u detej // Pediatrija. – 1996. – № 5. – S. 107 -109.

7. Graevskaja, N.D. Novye diagnosticheskie vozmozhnosti v ocenke morfofunkcional'nyh osobennostej serdca sportsmenov // Teorija i praktika fizicheskoy kul'tury. – 1976.– № 7. – S. 29-31.

8. Isaeva E.R. Koping-povedenie i psihologicheskaja zashhita lichnosti v uslovijah zdorov'ja i bolezni. – SPb.: Izdatel'stvo SPbGMU, 2009. – 136 s.

9. Klassifikacija psihicheskij i povedencheskij rasstrojstv v detskom i podrostkovom vozraste v sootvetstvii s MKB -10. – М.: Smysl; SPb.: Rech', 2003. – 407 s.

10. Kobzar' A.I. Prikladnaja matematicheskaja statistika. Dlja inzhenerov i nauchnyh rabotnikov. – М.: FIZMATLIT, 2006. – 816 s.

11. Krovjakov V.M. Psihotravmatologija: Psihicheskaja travma, psihogenii v jeti-opatogeneticheskij mehanizmah razvitiya psihicheskij rasstrojstv. – М.: Nauka, 2005. – 290 s.

12. Medik V.A., Tokmachev M.S., Fishman B.B.. Statistika v medicine i biologii: Rukovodstvo. V 2-h tomah / Pod redakciej Ju.M. Komarova. – М.: Medicina. – Т.2 : Prikladnaja statistika zdorov'ja. – 2001. – 352 s.

13. Pavlov S.E. Adaptacija. – М., «Parusa», 2000. – 282 s.

14. Reshetnikov M.M., Ulasen' T.V. Izuchenie social'no-psihologicheskij i klinicheskij projavlenij travmaticheskij perezhivanij u vospitannikov sociozashhitnyh uchrezhdenij // Mezhdunarodnyj nauchno-issledovatel'skij zhurnal. – 2017. – № 7, Т. 61, chast' 2. – S. 96-99.

15. Starostina E.G., Tjejlор G.D., Kvilti L.K. i dr. Torontskaja shkala aleksitimii (20 punktov): validizacija ruskojazychnoj versii na vyborke terapevticheskij bol'nyh // Social'naja i klinicheskaja psihiatrija. – 2010. – Т. 20, № 4. – S. 31-38.

-
16. Tarabrina N. V. Psihologija posttravmaticheskogo stressa. - M.: Izd-vo «Institut psihologii RAN», – 2009. – 304 s.
17. Tjurin Ju.N., Makarov A.A. Analiz dannyh na komp'yutere. Izd. 3-e, pererab. i dop. / Pod red. V.Je. Figurnova – M.: INFRA-M, 2002. – 528 s.
18. Ulasen' T.V. Koping-strategii povedenija kak markery dizadaptivnyh pojavlenij u vospitannikov sociozashhitnyh uchrezhdenij // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. – 2017 (17). – № 3. – S. 83-87.
19. Ulasen' T. V., Sulimova N. V. Aleksitimicheskie pojavlenija i adaptacionnyj potencial podrostkov, okazavshisja v trudnoj zhiznennoj situacii // Novoe v psihologo-pedagogicheskikh issledovanijah. Teoreticheskie i prakticheskie problemy psihologii i pedagogiki. - 2017. - № 2. - S 127-138.

T.V. Ulasen¹, N.V. Sulimova²

**POLYMORPHISM OF MALADAPTIVE SYMPTOMS, CAUSED BY
CHRONIC MENTAL TRAUMATISATION IN TERMS OF DEPRIVATION
EXPERIENCE**

¹Smolensk State Medical University, ²Smolensk Social and Rehabilitation Centre for under-age «Phoenix» (Smolensk).

Summary. In this article is the information about clinical-psychological examination of local institution wards and the results of studying non-specific adaptation responses of the organism, using L.Kh. Garkavi and co-authors method is represented in the article. The article justifies the necessity of the extension research of the multifactorial influence of the chronic traumatization on the forming of clinical-psychopathological symptoms and structural disorders of adolescents' personality in order to identify specific preclinical symptoms of personal disorder, leading to socio-psychological dysadaptation.

Key words: deprivation, frustration, mental trauma, non-specific adaptation response.

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

ТА Куприянова, Е.В. Корень**СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ
ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ****Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал
ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и
наркологии им. В.П. Сербского» (Москва).**

Резюме. В статье на примере 38 детей 6–12 лет с гиперкинетическим расстройством поведения (по МКБ-10) показана положительная терапевтическая динамика не только собственно симптомов СДВГ, но и поведенческих нарушений при аугментации к проводимой, но недостаточно эффективной терапии препаратом Атомоксетин препарата с ноотропным действием – Пантогам (гопантенловая кислота). Качественные изменения в состоянии детей касались не только достижения контроля над симптомами, но и повышения уровня социального функционирования и качества жизни детей. Предложенная стратегия может способствовать улучшению результатов лечения детей с определенными клиническими вариантами гиперкинетического расстройства поведения.

Ключевые слова: дети, гиперкинетическое расстройство поведения, фармакотерапия, социальное функционирование, качество жизни, пантогам, атомоксетин.

В современных лечебно-реабилитационных подходах в детской психиатрии одно из центральных мест отводится вопросам повышения уровня социального функционирования, когда на первый план выводится не только контроль над симптомами нарушения, но и достижение и поддержание приемлемого уровня социального функционирования и качества жизни [1, 6, 21, 22]. Социальное функционирование в детской психиатрии – это интегральный показатель, выражающий степень адаптивного ресурса, функциональных возможностей личности, полноценности психической деятельности и адаптации в соответствии с задачей обеспечения наиболее благоприятных условий для развития ребенка [3, 4].

Сочетание симптомов гиперкинетического расстройства (СДВГ, по ДСМ-5) с нарушениями поведения в детском возрасте представляет собой серьезную клиническую проблему, находящуюся в зоне особого внимания со стороны как исследователей, так и специалистов практического здравоохранения [4, 15, 19], поскольку от 35% до 65% детей с СДВГ в клинической картине имеют выраженные в той или иной степени поведенческие нарушения [5, 21]. С учетом клинической значимости более выраженных и стойких проявлений симптомов гиперактивности и нарушения внимания по сравнению с детьми с типичными проявлениями СДВГ и, соответственно, более выраженным негативным влиянием на адаптацию и уровень социального функционирования больных, в МКБ-10 впервые в рубрике гиперкинетических расстройств была выделена смешанная диагностическая категория «гиперкинетическое расстройство поведения» (ГРП) – F90.1. В данной рубрике комбинация симптомов должна одновременно удовлетворять критериям для диагностики гиперкинетического расстройства и расстройства поведения [7].

Однако до настоящего времени нет однозначного ответа на вопрос, является ли такое сочетание симптоматики особым подтипом СДВГ с более тяжелым течением и прогнозом, или его следует рассматривать с позиций так называемой ко-

морбидности [3, 4, 6].

В клинической картине у детей с ГРП, как правило, наблюдаются более выраженные и стойкие проявления гиперактивности, нарушения внимания и импульсивности, которые сопровождаются вспыльчивостью, агрессивностью, конфликтностью, кроме того нередко имеются выраженные коморбидные нарушения (тики, тревога, аффективные расстройства и др.). Все это существенно утяжеляет состояние детей и отражается на их качестве жизни и уровне социального функционирования.

Трудности терапии данной категории больных связаны с достаточно низким уровнем доказательности используемых лечебных подходов по сравнению с более «чистыми» вариантами гиперкинетических нарушений. Отчасти это можно объяснить недостаточным вниманием исследователей к данной проблеме [10, 13, 14]. Несмотря на низкую доказательную базу, в большинстве современных клинических руководств в терапии ГРП традиционно рекомендуется сочетанное применение препаратов для лечения СДВГ с антипсихотиками [16, 20] с целью контроля поведенческих симптомов. Однако, помимо повышения риска развития побочных явлений, это может быть связано с развитием так называемой «поведенческой токсичности», негативно влияющей на успеваемость и качество жизни больных [2, 3, 5]. Результаты Кохрановского систематического ревью (2012 г.) и проведенного в 2015 г. метаобзора подтвердили низкую доказательную базу этих традиционно рекомендовавшихся комбинаций препаратов для лечения ГРП. В ряде публикаций показана возможность назначения психостимуляторов и атомоксетина страттеры), с указанием необходимости назначения более высоких доз лекарственных препаратов [11, 18].

В отдельных публикациях отмечена позитивная, хотя и противоречивая динамика симптоматики СДВГ в отношении купирования поведенческих проблем при назначении: ребоксетина [17], агониста α -2 рецепторов гуанфацина, адъювантной терапии вальпроевой кислотой [12], мелатонина, клонидина, и даже никотина (кожные полоски) и диеты (с включением микроэлементов, аминокислот и т. д.).

В данной ситуации особую практическую значимость приобретает поиск путей повышения эффективности лечения ГРП в плане не только контроля симптомов, но и повышения уровня социального функционирования, в целом, что позволяет использовать стратегию аугментации, особенно у детей с более выраженными и тяжелыми клиническими проявлениями при наличии у них коморбидных нарушений [5, 6].

В качестве одного из вариантов стратегии аугментации в лечении детей с ГРП может быть рассмотрена гопантевая кислота (пантогам) - ноотропный препарат, важным преимуществом которого является наличие официальных показаний для применения в России как препарата для лечения гиперкинетического расстройства, а также его мягкое седативное действие в определенном (часто индивидуальном) диапазоне доз и относительная редкость гиперстимулирующего эффекта. Важным для данного препарата является также позитивное воздействие на избыточную двигательную активность, нарушение внимания, импульсивность и коморбидные состояния (энурез, заикание, тревожные расстройства) [6, 9].

К спектру терапевтического действия пантогама относится повышение общего адаптационного потенциала и расширение диапазона адаптационных возможностей путем оптимизации соматовегетативных, когнитивных и эмоциональных составляющих психической деятельности детей, улучшение обучаемости, понижение уровня восприимчивости к стрессам [9].

Целью исследования явилась оценка краткосрочной эффективности аугмен-

тации гопантеновой кислотой (пантогам) при лечении гиперкинетического расстройства поведения у детей при недостаточной эффективности предыдущей терапии атомоксетином.

Материалы и методы. В открытое нерандомизированное исследование было включено 38 детей (25 мальчиков и 13 девочек) 6-12 лет (средний возраст $9,2 \pm 2,8$) с ГРП, 29 из которых находились на амбулаторном лечении, 9 - в стационаре. Средняя длительность заболевания $3,1 \pm 1,8$ г.

Критериями включения в исследование являлись:

- диагноз ГРП по МКБ-10,
- возраст от 6 лет до 12 лет,
- недостаточная эффективность предыдущей терапии атомоксетином в адекватных возрастных дозировках в течение не менее 3 мес.,
- отсутствие хронических соматических и неврологических расстройств,
- наличие информированного согласия ребенка и его родителей.

К критериям исключения относились:

- суицидальный риск и острая психотическая симптоматика,
- судорожные приступы в анамнезе,
- прием психотропных препаратов и антиконвульсантов,
- отсутствие информированного согласия ребенка и его родителей.

Для динамической оценки эффективности проводимой терапии на начальном этапе, через 1 и через 2 мес. использовался ряд шкал и опросников:

- шкала «СДВГ-критерии МКБ-10» [8],
- «Шкала оценки симптомов расстройств поведения по МКБ-10» [8],
- детская шкала оценки общего функционирования CGAS,
- шкала общего клинического впечатления CGI
- шкала для оценки качества жизни - CHIP-CE.

Шкала CHIP-CE (Child Health and Illness sProfile – child edition) разработана для оценки качества жизни ребенка, обладает хорошими психометрическими свойствами и позволяет оценить эффективность проводимого лечения; часто используется при исследовании детей с СДВГ [1, 23]. Шкала разделена на 5 доменов: Удовлетворенность (Satisfaction), Комфорт (Comfort), Сопротивляемость (Resilience), Избегание риска (Riskavoidance) и Достижения (Achievement).

До включения в исследование все дети получали препарат Атомоксетин в возрастных дозировках в течение не менее 3 мес. Намечившаяся положительная динамика в симптомах гиперкинетического расстройства сочеталась с незначительной редукцией собственно поведенческих нарушений, что способствовало сохранению дизадаптации и низкого уровня социального функционирования пациентов.

При включении в исследование всем участникам была присоединена (аугментирована) гопантеновая кислота (пантогам) в возрастных дозах в течение 1 мес.

Результаты и обсуждение. Позитивные изменения в психическом состоянии и социальном функционировании детей наметились уже ко 2-й неделе после аугментации гопантеновой кислоты к продолжающейся терапии атомоксетином и имели тенденцию к расширению и закреплению через 2 мес. Улучшения касались не только уменьшения клинических проявлений гиперкинетического расстройства поведения, но и повышения уровня социального функционирования и качества жизни детей.

По шкале «СДВГ-критерии МКБ-10» выраженность клинических проявлений при начальной оценке составляла в среднем $25 \pm 3,6$ балла, к концу 2-го месяца – $16 \pm 2,9$ баллов.

Уровень социального функционирования по шкале CGAS при начальной

оценке составил $48,1 \pm 3,2$, к концу 2-го месяца – $55,9 \pm 2,8$, по шкале CGI – $3,8 \pm 1,09$ (расстройства умеренной выраженности) и $2,0 \pm 0,18$ соответственно. Выраженное улучшение было отмечено почти у 70% детей, менее выраженное – у 25% детей, без изменений – 5% детей (более старшие дети, находившиеся в стационаре, резистентные к терапии, с коморбидными расстройствами).

По шкале CHIP-CE наиболее выраженные положительные изменения отмечались в доменах: Достижения (Школьная Успеваемость) – с $22,8 \pm 4,2$ до $36,1 \pm 3,8$, Избегание риска – с $25,2 \pm 2,9$ до $38,3 \pm 5,1$. Менее выраженные, но также положительные изменения отмечены и в других доменах: Сопротивляемость, Комфорт (Эмоциональный комфорт). Удовлетворенность.

На графике представлены результаты шкалы CHIP-CE до и после аугментации.

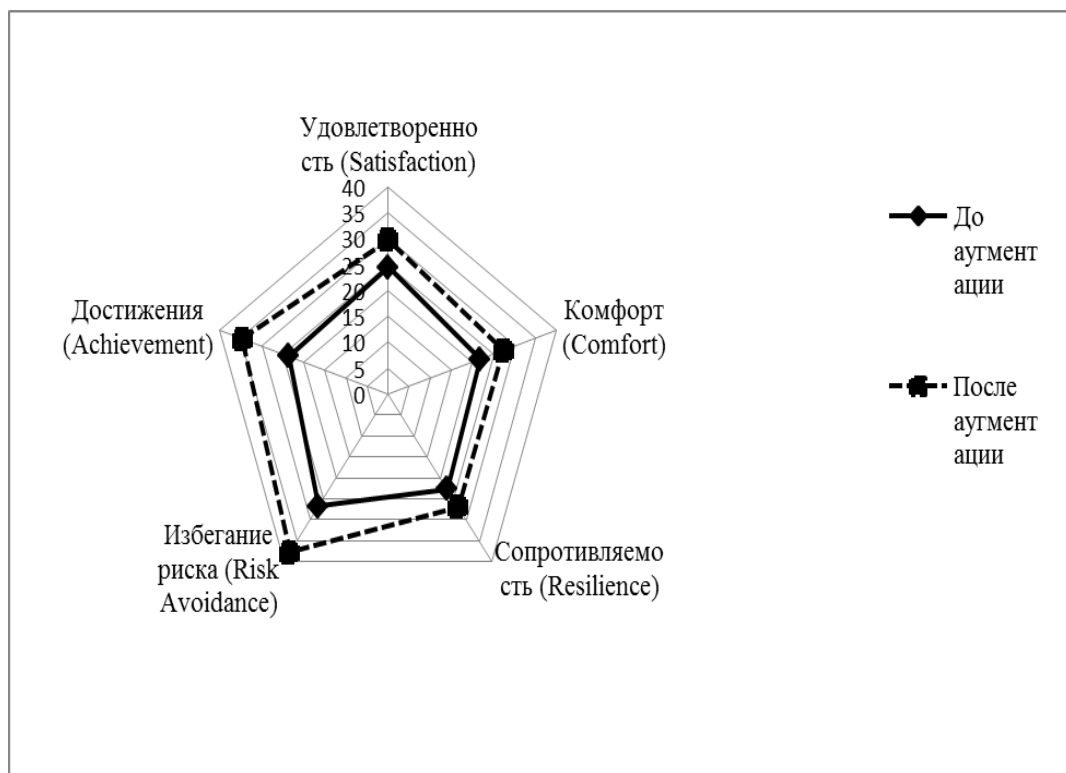


График. Результаты шкалы CHIP-CE до и после аугментации.

При динамическом наблюдении пациентов через 2 мес. после присоединения к терапии атомоксетином гопантеновой кислоты состояние оставалось стабильным как в школе, так и дома. Результаты по шкалам до и после аугментации представлены в табл. 1.

Таблица 1.

Результаты по шкалам до и после аугментации

Опросники		
	до аугментации	через 2 мес.
СДВГ - критерии МКБ-10	$25,0 \pm 3,6$	$16 \pm 2,9^*$
CHIP-CE	$24,2 \pm 4,8$	$32,8 \pm 2,9$
CGAS	$48,1 \pm 3,2$	$55,9 \pm 2,8^*$
CGI	$3,8 \pm 1,09$	$2,0 \pm 0,18$

* $p < 0,05$

Таким образом, в данном исследовании симптомы гиперкинетического расстройства у детей в виде повышенной двигательной активности, нарушения внимания, импульсивности тесно переплетались с симптомами нарушенного поведения, достигавшими степени клинической выраженности по МКБ-10. Структурно-динамическая оценка состояния позволяет говорить о том, что указанные нарушения были как бы «спаяны» между собой и имели стойкий характер. Это позволяет рассматривать данные нарушения в рамках гиперкинетического расстройства поведения как единого самостоятельного симптомокомплекса, что отчасти подтверждается наметившейся положительной клинической динамикой при монотерапии атомоксетином в виде уменьшения повышенной двигательной активности и улучшения внимания при незначительной редукции собственно поведенческих нарушений.

Качественные изменения, касающиеся не только достижения контроля над симптомами, но и повышения уровня социального функционирования и качества жизни детей, позволяют в данном случае считать успешной выбранную стратегию аугментации терапии пантогамом. При этом клинически значимое изменение выраженности симптоматики по шкале CGI сопровождалось повышением уровня социального функционирования по шкале CGAS и опроснику CHIP-CE.

Данная терапевтическая стратегия аугментации может способствовать улучшению результатов лечения детей с определенными клиническими вариантами гиперкинетического расстройства поведения, в частности сопровождающимися коморбидными нарушениями, утяжеляющими клиническую картину в целом. В плане дальнейшего изучения перспективным является вопрос о накоплении доказательной базы в отношении устойчивости и долговременной эффективности данного способа терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Альбицкий В.Ю., Баранов А.А., Винярская И.В. Изучение качества жизни в педиатрии // Социальная педиатрия. 2010. № 10. 20 С.
2. Заваденко Н.Н. Синдром дефицита внимания и гиперактивности: современные принципы диагностики и лечения // Вопросы современной педиатрии. 2014. № 4 (13). С. 48–53.
3. Корень Е.В. Расстройства поведения // Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике. Руководство для практикующих врачей. Серия «Рациональная фармакотерапия» / Под общей ред. Ю.А. Александровского, Н.Г. Незанова. - М. 2014. С. 760-774.
4. Корень Е.В., Куприянова Т.А. Классификация в детской психиатрии в перспективе принятия МКБ-11 // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. № 2 (24). С. 56-59.
5. Куприянова Т.А., Корень Е.В. Повышение эффективности лечения гиперкинетического расстройства с применением пантогама // Ж. неврол. и психиатр. им. Корсакова. 2016. № 6 (116). С. 66-69.
6. Куприянова Т.А., Корень Е.В., Алабушева Н.Н. Стратегия повышения эффективности психофармакологического лечения гиперкинетического расстройства поведения с применением пантогама. // Ж. неврол. и психиатр. им. Корсакова. Спец выпуски. 2017; № 11 (117). С. 75-79.
7. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. Пер. на рус. язык. Под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. - СПб.: Оверлайд. 1994. 300 С.
8. Сухотина Н.К., Егорова Т.И., Кибрик Г.Н. Методика проведения полипро-

фессиональных скрининговых исследований распространенности гиперкинетических расстройств и нарушений поведения у детей. Методические рекомендации. - М. 2009. 26 С.

9. Сухотина Н.К., Коновалова В.В., Крыжановская И.Л., Куприянова Т.А. Эффективность пантогама при лечении гиперкинетических расстройств у детей // Ж. неврол. и психиатр. им. Корсакова. 2010. № 12 (110). С. 24–28.

REFERENCES

1. Al'bickij V.Ju., Baranov A.A., Vinjarskaja I.V. Izuchenie kachestva zhizni v pediatrii // Social'naja pediatrija. 2010. № 10. 20 S.

2. Zavadenko N.N. Sindrom deficita vnimanija i giperaktivnosti: so-vremennye principy diagnostiki i lechenija // Voprosy sovremennoj pediatrii. 2014. № 4 (13). S. 48–53.

3. Koren' E.V. Rasstrojstva povedenija // Racional'naja farmakoterapija v psihiatricheskoj praktike. Rukovodstvo dlja praktikujushhijh vrachej. Serija «Racional'naja farmakoterapija» / Pod obshhej red. Ju.A. Aleksandrovsogo, N.G. Neznanova. - M. 2014. S. 760-774.

4. Koren' E.V., Kuprijanova T.A. Klassifikacija v detskoj psihiatrii v perspektive prinjatija MKB-11 // Social'naja i klinicheskaja psihiatrija. 2014. № 2 (24). S. 56-59.

5. Kuprijanova T.A., Koren' E.V. Povyshenie jeffektivnosti lechenija giperkineticheskogo rasstrojstva s primeneniem pantogama // Zh. nevrol. i psihiatr. im. Korsakova. 2016. № 6 (116). S. 66-69.

6. Kuprijanova T.A., Koren' E.V., Alabusheva N.N. Strategija povyshenija jeffektivnosti psihofarmakologicheskogo lechenija giperkineticheskogo rasstrojstva povedenija s primeneniem pantogama. // Zh. nevrol. i psihiatr. im. Korsakova. Spec vypuski. 2017; № 11 (117). S. 75-79.

7. Mezhdunarodnaja klassifikacija boleznej (10-j peresmotr). Klassifikacija psihiicheskikh i povedencheskikh rasstrojstv. Klinicheskie opisanija i ukazanija po diagnostike. Per. na rus.jazyk. Pod red. Ju.L. Nullera, S.Ju. Cirкина. - SPb.: Overlajd. 1994. 300 S.

8. Suhotina N.K., Egorova T.I., Kibrik G.N. Metodika provedenija poliprofessional'nyh skрининговыh issledovanij rasprostranennosti giperkineticheskikh rasstrojstv i narušenij povedenija u detej. Metodicheskie rekomendacii. - M. 2009. 26 S.

9. Suhotina N.K., Konovalova V.V., Kryzhanovskaja I.L., Kuprijanova T.A. Jeffektivnost' pantogama pri lechenii giperkineticheskikh rasstrojstv u detej // Zh. nevrol. i psihiatr. im. Korsakova. 2010. № 12 (110). S. 24–28.

10. Bangs ME, Hazell P, Danckaerts M, et al. Atomoxetine ADHD/ODD Study Group Atomoxetine for the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder // Pediatrics. 2008. 121 № 2 (121). P. 314–320.

11. Biederman J, Spencer TJ, Newcorn JH, et al. Effect of comorbid symptoms of oppositional defiant disorder on responses to atomoxetine in children with ADHD: a meta-analysis of controlled clinical trial data. // Psychopharmacology (Berl). 2007. № 1(190). P. 31–41.

12. Blader JC, Schooler NR, Jensen PS, et al. Adjunctive divalproex versus placebo for children with ADHD and aggression refractory to stimulant monotherapy. // Am J Psychiatry. 2009. №12 (166). P. 1392–1401.

13. Garg J, Arun P, Chavan BS. Comparative efficacy of methylphenidate and atomoxetine in oppositional defiant disorder comorbid with attention deficit hyperactivity disorder. // Int J Appl Basic Med Res. 2015. № 2 (5). P. 114–118

14. Hutchison SL, Ghuman JK, Ghuman HS, Karpov I, Schuster JM. Efficacy of atomoxetine in the treatment of attention-deficit hyperactivity disorder in patients with common comorbidities in children, adolescents and adults: a review. // TherAdvPsychopharmacol. 2016. № 5 (6). P. 317-334.

15. Jensen CM, Steinhausen HC. Comorbid mental disorders in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder in a large nationwide study. // *AttenDeficHyperactDisord* 2015. № 1 (7). P. 27–38.
16. Loy JH, Merry SN, Hetrick SE, Stasiak K. Atypical antipsychotics for disruptive behaviour disorders in children and youths. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012. № 9 (12). CD008559.
17. Mozes T, Meiri G, Ben-Amity G, Sabbagh M, Weizman A. Reboxetine as an optional treatment for hyperkinetic conduct disorder: a prospective open-label trial. // *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2005. № 2 (15). P. 259- 269.
18. Newcorn JH, Spencer TJ, Biederman J, Milton DR, Michelson D. Atomoxetine treatment in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder and comorbid oppositional defiant disorder. // *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005. № 3 (14). P. 240-248.
19. Pringsheim T, Hirsch L, Gardner D, et al. The pharmacological management of oppositional behaviour, conduct problems, and aggression in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder: a systematic review and meta-analysis. Part 1: psychostimulants, alpha-2 agonists, and atomoxetine. // *Can J Psychiatry*. 2015. № 2 (60). P. 42–51.
20. Pringsheim T, Hirsch L, Gardner D, et al. The pharmacological management of oppositional behaviour, conduct problems, and aggression in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder: a systematic review and meta-analysis. Part 2: antipsychotics and traditional mood stabilizers. // *Can J Psychiatry*. 2015. № 2 (60). P. 52–61.
21. Rader R, McCauley L, Callen EC. Current strategies in the diagnosis and treatment of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder. // *Am Fam Physician*. 2009. № 8 (79). P. 657-665.
22. Remschmidt H, Matthejat F. The quality of life of children and adolescents with ADHD undergoing outpatient psychiatric treatment: simple disorders of activity and attention and hyperkinetic conduct disorders in comparison with each other and with other diagnostic groups. // *Atten Defic Hyperact Disord*. 2010. № 2 (4). P. 161- 170.
23. Riley A. W., Forrest C. B., Starfield B., Rebok G. W., Robertson J. A., Green B. F. The parent report form of the CHIP-child edition: reliability and validity // *Med. Care*. 2004. № 42. P. 210–220.

T.A. Kupriyanova, E.V. Koren

MODERN APPROACHES TO TREATMENT OF HYPERKINETIC CONDUCT DISORDER

Moscow Research Institute of Psychiatry – the branch of FSBSI «National Medical Research Center of Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbsky» (Moscow).

Summary. The article examines the positive therapeutic dynamics (based on the assessment of 38 children aged 6-12 years with hyperkinetic conduct disorder (according to ICD-10)) in both ADHD symptoms as well as conduct disorders after Pantogam (hopanthenic acid) augmentation strategy was implemented in addition to an insufficiently efficient Atomoxetine therapy. Qualitative changes in the children's state included: developing control over symptoms, increased social functioning and improved quality of life. The proposed strategy may contribute to better treatment outcomes for children with certain clinical types of hyperkinetic conduct disorder.

Keywords: ADHD, children, hyperkinetic conduct disorder, pharmacotherapy, social functioning, quality of life, Pantogam, Atomoxetine.

**К ПРОБЛЕМЕ ЛЕЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ
У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (Москва).**

Резюме. В статье представлены данные о психических расстройствах, наблюдаемых у детей и подростков с разными формами злокачественных новообразований. Отмечено, что преобладают непсихотические расстройства. Указано, что при лечении психопатологических симптомокомплексов с помощью современных психотропных средств положительный эффект достигается быстро и при использовании малых доз препаратов.

Ключевые слов: психоонкология, онкопедиатрия, дети и подростки.

Распространенность психических нарушений среди детей и подростков, больных онкологической патологией, считается весьма высокой [4]. Наиболее часто они представлены расстройствами непсихотического уровня (нарушения адаптации, невротическая и аффективная симптоматика, психопатоподобные, психоорганические состояния, интеллектуальная недостаточность). Работы, посвященные данному контингенту немногочисленны [8, 7, 5]. Вместе с тем в исследованиях по схожей проблематике у взрослых онкологических пациентов показано, что психопатологические состояния могут быть эффективно купированы с помощью современных психотропных препаратов, применяемых согласно стандартным схемам, принятым в «общей» психиатрии [1, 6, 3].

В настоящем сообщении представлены данные о курации несовершеннолетних пациентов, у которых на различных этапах противоопухолевой терапии возникла необходимость в назначении психофармакотерапии.

Материалы и методы. В НИИ детской онкологии и гематологии ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» в период 2012-2016 гг. обследованы 53 пациента в возрасте от 3 до 18 лет, стационарированных по поводу различных форм онкогематологических заболеваний и солидных опухолей различной локализации. Данная группа сформирована из числа детей и подростков, родители которых обратились к психиатру во время противоопухолевого лечения с жалобами на различные нарушения психического здоровья.

В работе использовались клинко-психопатологический, клинко-катамнестический методы с привлечением данных из доступной медицинской документации, сведений, полученных от родителей, врачей, медперсонала. Состояние пациентов оценивалось по шкале CGI (общего клинического впечатления).

Результаты и их обсуждение. Назначение пациентам психотропных препаратов осуществлялось параллельно с проведением курсов химиотерапии. При выборе оптимальной психофармакотерапии у детей и подростков, страдающих онкологическими заболеваниями, учитывался риск неблагоприятного взаимодействия психофармакопрепаратов с противоопухолевыми средствами, их терапевтический профиль, характер возможных побочных эффектов, безопасность. Помимо этого, принимались во внимание соматическая ослабленность и повышенная чувствительность пациентов к фармакологическим воздействиям. Выбор психотропных средств, назначавшихся как в виде монотерапии, так и в комбинации с другими психотропными препаратами, осуществлялся с учетом структуры ведущего психопатологического синдрома в соответствии с зарегистрированными показаниями и в дозах, не превышающих рекомендуемые. Оценка эффективности терапии проводилась клинически и по шкале CGI. Продолжительность лечения составила в среднем 4 нед. (от 2 до 14 нед.). В группу с положительным ответом на лечение включались пациенты с выраженной и стойкой частичной (до субклинического уровня) или полной редукцией психопатологической симптоматики.

Остановимся подробнее на наиболее распространенных состояниях, при которых применялось лечение психотропными препаратами.

В первую очередь это различные **психогенно обусловленные непсихотические синдромы (29 чел)**. Содержание реактивного симптомокомплекса в значительной мере определялось возрастом пациентов. В группе детей дошкольного и младшего школьного возраста доминирующее место в структуре синдрома занимала невротическая симптоматика: страхи, тревога, фобические и тревожно-фобические расстройства, за фасадом которых мог выявляться слегка сниженный фон настроения, иногда отмечались сопутствующие невротоподобные (тики, энурез) проявления. В основном речь шла о впервые появившихся психологически понятных страхах, непосредственно связанных с госпитализацией и лечением, применением болезненных медицинских манипуляций. При этом в ситуации госпитализации наряду с расстройствами невротического регистра нередкими были также нарушения поведения. Наступление каких-либо отрицательных событий (вынужденная разлука с матерью, процедуры, диагностические обследования) провоцировало возникновение выраженной тревоги, которая часто сочеталась с беспокойством, повышенной моторной активностью, реакциями протеста, криками, агрессией к матери и медперсоналу.

У подростков, как младших, так и старших, доминировали психогенно обусловленные аффективные (депрессивные) состояния, а симптоматика тревожно-фобического ряда, как правило, являлась аксессуарной.

Расстройства настроения характеризовались неглубоким и нестойким тревожно-субдепрессивным аффектом, сопровождалось снижением аппетита, нарушением сна, а у маленьких детей – негрубыми регрессивными проявлениями (повышенная потребность в тактильном контакте с матерью, предпочтение игр, свойственных им в более раннем возрасте). В младшем подростковом возрасте в основном пациенты жаловались на скуку, безразличие, лень. При расспросе также удавалось выявить утрату привычных интересов, быструю истощаемость при умственном и физическом напряжении, трудность совершения волевых усилий. По утрам доминировало чувство вялости, сниженного тонуса, а вечером – разбитость, усталость. У старших подростков психогенные депрессивные расстройства были более выражены и сочетались с раздражительностью. В клинической картине преобладали подавленность, вялость, безрадостность, малообщительность, иногда – идеаторная и моторная заторможенность.

Для лечения вышеописанных психогенных состояний применялись разрешенные для использования у детей и подростков современные серотонинергические (флувоксамин, сертралин, пароксетин) и легкие трициклические (азафен) антидепрессанты, а также мягкие нейролептики (алимемазин, тиоридазин, сульпирид) и противотревожные препараты (гидроксизин).

Прежде всего следует отметить быструю реализацию антидепрессивного и анксиолитического эффектов назначаемых препаратов с практически полной редукцией тревожных и депрессивных нарушений в течение 7-10 дней у большинства пациентов. Уже на первой неделе приема препаратов у всех больных имело место улучшение настроения, общего самочувствия с одновременным уменьшением вялости, подавленности тревоги и страхов. При этом обращал на себя внимание невысокий уровень дозировок психотропных средств, необходимых для получения заметного терапевтического эффекта. Так, суточная доза флувоксамина составляла 25 мг, сертралина – 12,5 мг, алимемазина – от 2,5 до 5 мг. У детей до 5 лет (ввиду возрастных ограничений в использовании ряда психотропных средств) применялись гомеопатические препараты, аминокислоты, разрешенные у этой возрастной категории транквилизаторы с преимущественно седативным и противотревожным эффектами (тенотен детский, глицин, гидроксизин), а также фитопрепараты (настойка пустырника, валерианы, новопассит). Клинически значимых

побочных эффектов в ходе терапии маленькими дозами психотропных лекарственных средств или их неблагоприятных взаимодействий с противоопухолевой терапией отмечено не было.

Вторыми по распространенности были требующие медикаментозной коррекции различные **расстройства поведения (17 чел.)**, являющиеся одной из нелегких проблем, с которой приходится иметь место детским онкологам. В основе этих нарушений могут лежать неоднородные патогенетические механизмы. В частности, в ряде случаев девиации поведения могут наблюдаться в структуре психогенного состояния (особенно часто у детей дошкольного возраста с резидуально-органической перинатальной патологией), в иных случаях быть следствием проведения специфической кортикостероидной терапии, занимающей весьма важное место в арсенале методов, применяемых при лечении онкогематологических больных. Нарушения поведения в контексте психогенных реакций были обусловлены стремлением избежать обстоятельств, вызывающих страх и тревогу у маленьких детей (болезненные медицинские манипуляции, разлука с матерью, пугающие своей неизвестностью медицинские обследования). Обычно они проявлялись демонстративным негативизмом, протестными, истерическими реакциями, грубостью, эпизодами словесной и физической агрессии преимущественно в отношении близких (матерей, отцов, бабушек). Маленькие пациенты, особенно находящиеся длительное время в условиях стационара, высказывали многочисленные претензии по отношению к родителям, капризы, обиды, грубили, говорили о «непонимании» их окружающими, нелюбви к ним родных.

У 9 человек грубые поведенческие реакции с гетеро- и аутоагрессией, провоцируемые гормональной терапией, развивались на фоне тоскливо-злобного подавленного настроения и включали в себя выраженную раздражительность, отказ от общения со старшими и врачами. В первые дни использования гормонов появлялись несвойственные детям ранее конфликтность, вспыльчивость, недовольство по незначительным поводам, могли наблюдаться гневные вспышки, агрессивные действия, во время которых выбрасывались и ломались вещи, наносились телесные повреждения. Существенной особенностью девиаций поведения данного генеза была отчетливая зависимость от гормональной терапии: возникновение с первого дня от начала использования гормонов и быстрая редукция после их отмены.

Выраженные девиации поведения создавали значительные проблемы в возможности осуществить необходимые лечебные мероприятия (пункции, болезненные инъекции, капельницы), в связи с подобной ситуацией принималось решение о безотлагательном назначении психотропных препаратов. В первую очередь использовались нейролептики, как правило, в небольших возрастных дозировках: тиоридазин (от 5 до 20 мг в сутки), галоперидол в каплях (до 2-10 кап. в сутки), перiciaзин (до 2-10 кап. в сутки). Карбамазепин от 200 до 400 мг в сутки, назначаемый на короткое время – только на период использования кортикостероидов, как препарат нормотимического действия хорошо зарекомендовал себя в лечении гормонально зависимых агрессивных и аутоагрессивных проявлений.

В 8 случаях формирование сопряженных с тяжелым соматическим недугом психопатологических симптомокомплексов определялось не только психогенно-реактивными механизмами, но и было тесно связано с **декомпенсацией резидуально-органической недостаточности**, имевшей место еще до заболевания лейкозом. Клиническая структура таких состояний, помимо психогенных страхов и тревоги, нерезко сниженного настроения, эмоциональной лабильности, включала усиливающиеся на фоне тяжелой противоопухолевой терапии признаки органического расстройства (снижение интеллектуальной продуктивности, нарушения памяти и внимания, церебрастенические проявления). Своевременное введение адекватной медикаментозной курсовой терапии, направленной на коррекцию резиду-

ально-органических нарушений у онкологических пациентов, было непростым ввиду наличия у них ограничений применения ноотропных и витаминных средств. В таких случаях приходилось ограничивать лечение назначением мочегонных средств (диакарб), сосудистых препаратов (кавинтон, глиатилин), использовались также мягкие анксиолитики (гидроксизин) и седативные травы.

У несовершеннолетних онкологически больных пациентов относительно редко наблюдались психопатологические синдромы, которые относились к кругу **расстройств эндогенного спектра (7 чел.)**. Они включали затяжные эндореактивные аффективные состояния с постепенным утяжелением по мере разворачивания синдрома депрессивных проявлений, маниакальные эпизоды, развившиеся на фоне химиотерапевтического лечения, аффективно-бредовые и бредовые состояния, а также аутистические нарушения развития с кататоно-регрессивной симптоматикой. Выбор психофармакологических средств определялся в каждом таком случае индивидуально с учетом синдромальных характеристик заболевания. Применялись нейролептики (алимемазин, пропазин, перфеназин, хлорпротиксен, галоперидол) в небольших дозах, как правило, не превышающих средние терапевтические. В процессе психофармакотерапии удавалось достигнуть значительного смягчения проявлений эндогенной психической патологии.

Наряду с психофармакотерапией использовались также психотерапевтические методы, применение которых подразумевало учет возрастных особенностей переживания болезни. В младшей возрастной группе предпочтительными являлась игровая и рисуночная психотерапия, у более старших детей и подростков практиковалась рациональная психотерапия с разъяснением необходимости лечения и формированием высокой комплаентности для достижения возможных положительных результатов тяжелого противоопухолевого лечения. Сочетание психотерапии с психофармакологической коррекцией приводило к наиболее заметным положительным эффектам. Психотерапевтические методы использовались также в тех случаях, когда имелись противопоказания для назначения психотропных препаратов ввиду особенностей химиотерапевтического лечения.

Таким образом, терапия психических нарушений у детей и подростков с онкологической патологией включает в себя лекарственные и нелекарственные методы. В тех случаях, когда симптоматика, относящаяся к кругу психических расстройств выражена незначительно, либо имеются противопоказания для назначения психотропных средств, предпочтительно использование психотерапевтических методов, а также гомеопатических средств и фитопрепаратов. Когда степень выраженности психических расстройств заметно нарушает адаптацию к больничным условиям и затрудняет процесс лечения основного соматического заболевания необходимо применение психофармакотерапии. При этом следует иметь в виду не только синдром-мишень, но и особенности терапевтического профиля, характер побочных эффектов препарата, а также высокую чувствительность данного контингента больных к психотропным средствам в связи с соматической ослабленностью. Накопленный опыт показывает, что правильно подобранные методы терапии, применяемые с учетом всех обстоятельств, могут в значительной мере облегчить состояние и лечение детей и подростков с онкологическими заболеваниями.

В заключение стоит подчеркнуть необходимость более пристального исследования феномена высокой чувствительности онкологически больных детей и подростков к психофармакопрепаратам. Вероятнее всего этот феномен обусловлен более высокой проницаемостью по сравнению с нормой гематоэнцефалического барьера, что отмечено в современных публикациях по онкопедиатрии [2].

ЛИТЕРАТУРА

1. Выборных Д.В, Иванов С.В. Клиника и терапия соматогенных психозов у онкологических больных // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2008. - Т.10, № 6. - С.14-19.

2. Джаныбекова И.А. Прогностическое значение коэффициентов проницаемости гематоэнцефалического барьера при острой лимфобластной лейкемии и нейрорлейкемии с затяжным течением у детей // Научные ведомости Белгородского государственного университета. - 2016. - № 5. Вып. 33. - С. 39-44.

3. Касимова Л.Н., Жилыева Т.В. Организация и оказание психиатрической помощи пациентам онкологического стационара. Учебно-методическое пособие. - Нижний Новгород: НижМа. 2014. - 48с.

4. Киреева И.П., Лукьяненко, Т.Э. Психиатрические аспекты в детской соматологии // Научная конференция молодых ученых России, посвященная 50-летию академии медицинских наук: тезисы докладов. - М., 1994. - С. 287-288.

5. Ковалев Д.В., Копосов П.В., Ковалев В.И. Злокачественные опухоли у детей. Учебное пособие для студентов мед. вузов - М.: Эликском, 2004. - 136 с.

6. Самушия М.А. Феварин (флувоксамин) в терапии тревожно-депрессивных нозогенных реакций у пациентов с онкологическими заболеваниями // Психические расстройства в общей медицине. - 2008. - 1. - С. 33-37.

7. Хондарян Г.Ш. Нейротоксические расстройства у детей, обусловленные лечением острого лимфобластного лейкоза. Автореф. дис. докт. мед. наук, - М., 2003.

8. Шац И. К. Психические расстройства у детей, страдающих острым лейкозом. Автореф. дис. канд. мед. наук. - Л., 1989.

REFERENCES

1. Vybornyh D.V., Ivanov S.V. Klinika i terapija somatogennyh psihozov u onkologicheskikh bol'nyh // Psihiatrija i psihofarmakoterapija. - 2008. - T.10, № 6. - S. 14-19.

2. Dzhanibekova I.A. Prognosticheskoe znachenie koeficientov pronicaemosti gematojencefalicheskogo bar'era pri ostroj limfoblastnoj lejkemii i nejrolejkemii s zatjazhnyim techeniem u detej // Nauchnye vedomosti Belgorodskogo gosudarstvennogo universiteta. - 2016. - № 5. Vyp. 33. - S. 39-44.

3. Kasimova L.N., Zhiljaeva T.V. Organizacija i okazanie psihiatricheskoj pomoshhi pacientam onkologicheskogo stacionara. Uchebno-metodicheskoe posobie. - Nizhnij Novgorod: NizhMa. 2014. - 48s.

4. Kireeva I.P., Luk'janenko, T.Je. Psihiatricheskie aspekty v detskoj somatologii // Nauchnaja konferencija molodyh uchenyh Rossii, posvjashhennaja 50-letiju akademii medicinskih nauk: tezisы dokladov. - M., 1994. - S. 287-288.

5. Kovalev D.V., Kopusov P.V., Kovalev V.I. Zlokachestvennye opuholi u detej. Uchebnoe posobie dlja studentov med. vuzov - M.: Jelikskom, 2004. - 136 s.

6. Samushija M.A. Fevarin (fluvoksamin) v terapii trevozhno-depressivnyh nozogennyh reakcij u pacientov s onkologicheskimi zaboлева-nijami // Psihicheskie rasstrojstva v obshhej medicine. - 2008. - 1. - S. 33-37.

7. Hondkarjan G.Sh. Nejrotoksicheskie rasstrojstva u detej, obuslovlennnye lecheniem ostrogo limfoblastnogo lejkoza. Avtoref. dis. dokt. med. nauk, - M., 2003.

8. Shac I. K. Psihicheskie rasstrojstva u detej, stradajushhih ostrym lejkozom. Avtoref. dis. kand. med. nauk. - L., 1989.

O.A. Suetina, N.E. Kravchenko

TO THE PROBLEM OF TREATMENT OF MENTAL DISORDERS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH CANCER

Research Center of Mental Health.(Moscow).

Summary. The article presents data on mental disorders observed in children and adolescents with different forms of malignant neoplasms. It is noted that non-psychotic mental disorders prevail. It is pointed out that in the treatment of psychopathological symptoms with the help of modern psychotropic drugs; the positive effect is achieved quickly and with the use of small doses of drugs.

Keywords: psychoncology, oncopediatrics, children and adolescents.

А.А. Мирошниченко, Д.Р. Мерзлякова

**УЧЕТ ВОЗРАСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПРИ ИЗМЕРЕНИИ
ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ МЛАДШИХ
ШКОЛЬНИКОВ: МЕТОД ГРУППОВЫХ ЭКСПЕРТНЫХ ОЦЕНОК**
**ФГБОУ ВО «Глазовский государственный педагогический институт им.
В.Г. Короленко», ФГБОУ ВО «Удмуртский государственный университет»
(Ижевск).**

Резюме. В статье обозначена проблема оценки психологического здоровья младших школьников. Процесс сохранения и укрепления психологического здоровья участников образовательных отношений неотделим от процесса образования. На основе анализа теорий психологического здоровья определена возрастная специфика данного психологического феномена у младших школьников. Представлен алгоритм групповой экспертной оценки компонентов психологического здоровья младших школьников.

Ключевые слова: психологическое здоровье, младшие школьники, педагогическая система, система образования, квалиметрия, групповая экспертная оценка.

Введение. Проблема сохранения и укрепления психологического здоровья подрастающего поколения является одной из основных в современной системе образования. Значительные объемы и мобильность учебной информации, не контролируемый рост зависимости от виртуальной реальности, ужесточающийся контроль учебных достижений, имитация выполнения норм учебной нагрузки образовательными организациями и перераспределение ее в пользу платных образовательных услуг, стимулируемая педагогами внутриклассная конкуренция – все это ведет к перегрузкам обучающихся и требует новых подходов, реализуемых в рамках здоровьесберегающей педагогики. Высокая психофизиологическая «цена» обучения, вызванная психологическими и физическими перегрузками, может быть компенсирована за счет следующих направлений педагогической деятельности: формирования реализации индивидуального потенциала развития ребенка, внедрения эффективных способов работы с информацией, профилактики болезней нервной регуляции и декомпенсации имеющихся хронических заболеваний. В процессе сохранения и укрепления психологического здоровья обучающихся, важным аспектом является выбор критериев и адекватных методов оценки данного феномена. Систематизация и научно обоснованная оценка показателей психологического здоровья младших школьников, по нашему мнению, важна в процессе сохранения и укрепления данного психологического феномена.

Примем следующие утверждения:

1. Психологическое здоровье является величиной комплексной, состоящей из компонентов и весовых коэффициентов, отражающих значимость компонента;
2. Психологическое здоровье каждой из категорий участников образовательных отношений может различаться как по компонентам, так и по весовым коэффициентам;
3. Система обеспечения психологического здоровья имеет региональный статус и многоуровневую структуру. Психологическое здоровье на каждом уровне и в целом также определяется через компоненты и весовые коэффициенты;
4. Определение значений компонентов и весовых коэффициентов для участников образовательных отношений, уровней и в целом системы должно основываться на квалиметрическом подходе и реализовываться за счет применения метода групповых экспертных оценок (ГЭО).

Методологическое основание. Методологической основой исследования явилась концепция психологического здоровья О.В. Хухлаевой [17]. По ее мнению, психологическое здоровье представляет собой динамическую совокупность психических свойств человека, обеспечивающих гармонию между потребностями индивида и общества, являющихся предпосылкой ориентации личности на выполнение своей жизненной задачи. Компонентами психологического здоровья являются: аксиологический, инструментальный, потребностно-мотивационный, развивающий компонент и социально-культурный. Концепция педагогической квалитметрии, разработана В.С. Черепановым [18]. В ее основе лежит применение метода групповых экспертных оценок для экспертизы педагогических объектов и процессов.

Цель исследования. Разработка методики оценки психологического здоровья младших школьников на основе метода групповых экспертных оценок.

Для того чтобы разработать квалитметрически обоснованную методику оценки психологического здоровья младших школьников необходимо провести теоретический анализ литературы по данной проблематике. Рассмотрим ее основные понятия.

В соответствии с Федеральным законом от 29.12.2012 № 273-ФЗ (ред. от 02.03.2016) «Об образовании в Российской Федерации», приоритет жизни и здоровья человека отнесен к основным принципам государственной политики в сфере образования [15]. Термин «психологическое здоровье» является относительно новым для психологической науки и характеризует личность в целом.

По мнению И.В. Дубровиной, психологическое здоровье - динамическая совокупность психических свойств, обеспечивающих:

- а) гармонию между различными сторонами личности человека, а также между человеком и обществом;
- б) возможность полноценного функционирования человека в процессе жизнедеятельности [13].

Психологическое здоровье зарождается и укрепляется как в семье, так и в образовательных организациях, и является результатом обучения, развития и воспитания на каждом этапе онтогенеза. Оно рассматривается как цель и критерий успешности личностного развития человека [13]. Следовательно, работа по формированию психологического здоровья должна быть систематизированной и целенаправленной.

Методика исследования. Оценка психологического здоровья с учетом возрастных особенностей обучающихся является комплексной и учитывает психологические, педагогические и медицинские подходы к изучению данной проблематики. Данный подход подразумевает переход всех образовательных организаций к образованию, ориентированному на личность, и компетенции и расширение межведомственного взаимодействия в вопросах сохранения и укрепления психологического здоровья участников образовательных отношений. Соответственно специалисты разных ведомств и организаций должны работать синхронно в вопросах обеспечения психологического здоровья обучающихся [10].

Учитывая то, что научных и практических исследований, посвященных проблематике сохранения и укрепления психологического здоровья, с каждым годом становится все больше, необходим алгоритм, структурирующий процесс оценки данного психологического феномена. При этом обязательно должны учитываться профессиональные характеристики экспертов.

При измерении показателей психологического здоровья младших школьников нами был разработан алгоритм групповой экспертной оценки.

Педагогическая экспертиза - это совокупность процедур, которые необходимы для получения коллективного мнения в форме экспертного суждения об исследуемом объекте (явлении) в системе образования. Экспертные методы используют эвристические возможности человека, позволяя на основе знаний, опыта, интуиции эксперта получить оценку исследуемого явления.

При проведении процедуры педагогической экспертизы необходимо учитывать следующие положения [18]:

1. Экспертная оценка имеет вероятностный характер.
2. Обобщенное коллективное мнение экспертов является более достоверным.
3. Экспертиза проводится по определенному алгоритму, позволяющему снизить погрешность итоговой экспертной оценки.

Следующим этапом групповой экспертной оценки является отбор кандидатов в эксперты. Критериями отбора экспертов является:

1. Компетентность эксперта в данном направлении деятельности.
2. Валидность экспертного заключения (соответствие заключения критериям).
3. Отсутствие личной заинтересованности в результатах.
4. Отсутствие выраженной заинтересованности в искажении оценки.

Особое внимание следует уделить требованиям к профессиональным качествам экспертов. По мнению Г.Г. Азгальдова, Э.П. Райхмана, к таким качествам можно отнести: компетентность; заинтересованность в результатах экспертизы; деловитость; объективность (беспристрастность) [1]. Также к профессиональным качествам можно отнести: методическую и профессиональную подготовку; знание предмета экспертизы, существующих стандартов и норм в данной области; знание проблем и рисков, существующих в современной системе образования. Помимо профессиональных качеств необходимо учитывать и личностные особенности специалистов, так как они влияют на процесс принятия группового решения. К ним С.Л. Братченко относит коммуникативные способности, личностную зрелость, критичность, толерантность, независимость, принципиальность, способность видеть ситуацию с разных сторон [4].

По нашему мнению, в группу экспертов, оценивающих показатели психологического здоровья младших школьников, должны входить психологи, педагоги, представители администрации образовательной организации. При оценке психологического здоровья необходимо учитывать опыт практикующих педагогов и психологов.

Количественная оценка компетентности экспертов в области психологического здоровья младших школьников может быть получена методами взаимных рекомендаций и анкетных данных. Коэффициент компетентности K_j эксперта определяется суммой [18, 20]:

$$K_j = C1K_{\text{вз. реком.}} + C2K_{\text{ан. данных}}$$

где $C1$, $C2$ – коэффициенты весомости методов оценки компетентности: взаимных рекомендаций ($C1$), анкетных данных ($C2$). Их сумма равна единице (условие нормировки).

Метод *взаимных рекомендаций* аналогичен методу голосования. В анкете, где указаны место работы, должность, педагогический стаж и другие личные данные каждого кандидата в эксперты, им предлагается ответить на вопрос: «Кого бы Вы выбрали в качестве эксперта из предложенного списка?». На основе анкетирования определяется коэффициент взаимных рекомендаций, который для каждого кандидата в эксперты тем больше, чем больше голосов подано за него.

К документальным методам оценки компетентности относится метод *анкетных данных*, в котором учитывается зависимость между отдельными докумен-

тально подтвержденными характеристиками кандидата в эксперты и свойствами, определяющими его качество как эксперта.

Этапы групповой экспертной оценки включают в себя:

1. Организационно-подготовительный этап рабочей группы;
2. Этап формирования экспертной группы. На этом этапе:
 - определяем генеральную совокупность потенциальных кандидатов в эксперты с помощью метода опроса;
 - выявляем кандидатов в эксперты;
 - формируем экспертные группы.
3. Этап экспертизы компонентов и весовых коэффициентов для категорий участников образовательных отношений и уровней системы;
4. Этап рабочей группы по обработке результатов экспертизы;
5. Этап рабочей группы по разработке проекта системы обеспечения психологического здоровья участников образовательных отношений;
6. Этап формирования экспертной группы;
7. Этап экспертизы проекта системы обеспечения психологического здоровья участников образовательных отношений;
8. Этап рабочей группы по обработке результатов экспертизы и разработке нормативно-методического сопровождения построения и функционирования системы обеспечения психологического здоровья участников образовательных отношений [9].

На основании анализа литературы по критериям психологического здоровья нами были выделены компоненты, определяющие уровень данного феномена у участников образовательных отношений [12, 13, 14, 17]. При формировании данных критериев психологического здоровья мы учитывали возрастные особенности младших школьников. Соответственно при проведении расчетов весовой коэффициент критериев психологического здоровья будет различаться для каждой категории участников образовательных отношений:

Кпсихол. здор = C1Кадапт + C2Кстресс + C3Кпринят + C4Ксоц. Норм + C5Ккрит. ан + C6Кзрел. чувств + C7Кгарм + C8Кпланир + C9Кконтроль,

где C1, C2, C3, C4, C5, C6, C7, C8, C9 – коэффициенты весомости методов оценки критериев психологического здоровья: критерий адаптации и способность преобразования (C1), критерий стрессоустойчивости (C2), критерий принятия и положительного отношения к себе и другим (C3), критерий соответствия социальным нормам и ролям в обществе (C4), критерий критического анализа действительности (C5), критерий зрелости чувств (C6), критерий гармонии между отражением обстоятельств действительности и отношением человека к ней (C7), критерий способности планировать и осуществлять свой жизненный путь (C8), критерий наличия чувства контроля; умения выбирать ситуации, соответствующие собственным потребностям и ценностям (C9). Их сумма равна единице (условие нормировки).

Для агрегирования индивидуальных экспертных оценок существует множество способов, однако наибольшее распространение получили линейные модели свертки с использованием формул типа [18]:

$$Q = C \sum_{j=1}^n \sum_{i=1}^n q_{ij} v_{ikj},$$

где Q – групповая экспертная оценка;

C – нормировочный коэффициент,

$C = 1 / N \cdot n$;

N – число экспертов;

p – число критериев психологического здоровья;
 q_{ij} – оценка в баллах j -м экспертом i -го критерия психологического здоровья;
 v_i – весовой коэффициент i -го критерия психологического здоровья;
 k_j – коэффициент компетентности j -го эксперта.

Выводы. Таким образом, метод групповых экспертных оценок может быть использован при изучении психологического здоровья младших школьников. Квалиметрически обоснованная методика оценки позволит прогнозировать дальнейшие перспективы развития каждого обучающегося, что позволит выявить риски развития детей, а также перспективные стороны развития личности обучающихся в контексте обучения и воспитания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Азгальдов Г.Г., Райхман Э.П. О квалиметрии / под ред. А.В. Гличева. – М.: Издательство стандартов, 2013. – 172 с.
2. Байтуманова З.Н. Психологическая модель оценки стрессоустойчивости младших школьников // Вестник ВГУ им. А.Г. и Н.Г. Столетовых. Серия: Педагогические и психологические науки. – 2011. – № 8. – С. 128-132.
3. Белова Л.В. В семье - первоклассник: записки учительницы. – М.: Педагогика, 2010 – 160 с.
4. Братченко С.Л. Введение в гуманитарную экспертизу образования. – М.: Смысл, 2009. – 137 с.
5. Кузьмин М.Ю. Особенности динамики идентичности младших школьников, подростков и лиц юношеского возраста // Сибирский психологический журнал. – 2016. – № 62. – С. 54-66.
6. Лазарус Р. Эмоциональный стресс: физиологические и психологические реакции / под ред. Л. Леви, В.Н. Мясищева. – Л.: Медицина, 2010. – 405 с.
7. Маркова А.К., Матис Т.А., Орлов А.Б. Формирование мотивации учения. – М., 2010. – 192 с.
8. Маслоу А. Мотивация и личность. – СПб.: Питер, 2008. – 448 с.
9. Мирошниченко А.А. Измерение динамики развития обучающегося как основа управления качеством образования в регионе // Современный взгляд на будущее науки: сборник статей международной научно-практической конференции. – Пермь, 2016. – С. 158-160.
10. Мирошниченко А.А., Мерзлякова Д.Р. Региональная стратегия сохранения и укрепления психологического здоровья участников образовательных отношений // Психологическая наука и образование www.psyedu.ru. – 2017. – № 1. – С. 44–53.
11. Мухина В.С. Шестилетний ребенок в школе // Для учителя начальных классов. – М.: Просвещение, 2006. – 360 с.
12. Плугина М.И. Критерии и показатели психологического здоровья личности // Психологическое здоровье личности: теория и практика: сборник научных трудов по материалам III Всероссийской научно-практической конференции. – Ставрополь, 2016. – С. 112-114.
13. Практическая психология образования / под ред. И.В. Дубровиной. – М., 2008. – 170 с.
14. Соколовская Л.Б. Критерии психологического здоровья человека // Психологическое здоровье человека: жизненный ресурс и жизненный потенциал: материалы Всероссийской научно-практической конференции. – Красноярск, 2012. – С. 50-59.
15. Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ (ред. от 02.03.2016) «Об образовании в Российской Федерации» [Электронный ресурс]. – Режим доступа:

http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_140174/, (дата обращения: 2.06.2017).

16. Фейнгерберг И.М. Мозг. Психика. Здоровье. – М.: Медицина, 2002. – 144 с.

17. Хухлаева О.В. Классификация нарушений психологического здоровья дошкольников и младших школьников // Психологическая наука и образование www.psyedu.ru. – 2013. – № 5. – С. 81-90.

18. Черепанов В. С. Экспертные оценки в педагогических исследованиях. – М.: Педагогика, 2009. – 152 с.

19. Шамис В.А. Развитие критического мышления младших школьников: На материале сравнения традиционной и развивающей технологий обучения. Дисс. канд. психол. наук. – Казань, 2005. – 146 с.

20. Шихов Ю.А. Квалиметрический мониторинг качества фундаментальной подготовки в техническом вузе. – М.; СПб.; Ижевск: Исследовательский центр проблем качества подготовки специалистов: Стикс: ИжГТУ, 2007. – 208 с.

REFERENCES

1. Azgal'dov G.G., Rajhman Je.P. O kvalimetrii / pod red. A.V. Glicheva. – М.: Izdatel'stvo standartov, 2013. – 172 s.

2. Bajtumanova Z.N. Psihologicheskaja model' ocenki stressoustojchivosti mladshih shkol'nikov // Vestnik VGU im. A.G. i N.G. Stoletovyh. Serija: Pedagogicheskie i psihologicheskie nauki. – 2011. – № 8. – S. 128-132.

3. Belova L.V. V sem'e - pervoklassnik: zapiski uchitel'nicy. – М.: Pe-dagogika, 2010 – 160 s.

4. Bratchenko S.L. Vvedenie v gumanitarnuju jekspertizu obrazovanija. – М.: Smysl, 2009. – 137 s.

5. Kuz'min M.Ju. Osobennosti dinamiki identichnosti mladshih shkol'nikov, podrostkov i lic junosheskogo vozrasta // Sibirskij psihologicheskij zhurnal. – 2016. – № 62. – S. 54-66.

6. Lazarus R. Jemocional'nyj stress: fiziologicheskie i psihologicheskie reakcii / pod red. L. Levi, V.N. Mjasishheva. – L.: Medicina, 2010. – 405 s

7. Markova A.K., Matis T.A., Orlov A.B. Formirovanie motivacii uchenija. – М., 2010. – 192 s.

8. Maslou A. Motivacija i lichnost'. – SPb.: Piter, 2008. – 448 s.

9. Miroshnichenko A.A. Izmerenie dinamiki razvitija obuchajushhegosja kak osnova upravlenija kachestvom obrazovanija v regione // Sovremennij vzgljad na budushhee nauki: sbornik statej mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoj konferencii. – Perm', 2016. – S. 158-160.

10. Miroshnichenko A.A., Merzljakova D.R. Regional'naja strategija sohranenija i ukreplenija psihologicheskogo zdorov'ja uchastnikov obrazovatel'nyh otnoshenij // Psihologicheskaja nauka i obrazovanie www.psyedu.ru. – 2017. – № 1. – S. 44–53.

11. Muhina V.S. Shestiletnij rebenok v shkole // Dlja uchitelja nachal'nyh klassov. – М.: Prosveshhenie, 2006. – 360 s.

12. Plugina M.I. Kriterii i pokazateli psihologicheskogo zdorov'ja lichnosti // Psihologicheskoe zdorov'e lichnosti: teorija i praktika: sbornik nauchnyh trudov po materialam III Vserossijskoj nauchno-prakticheskoj konferencii. – Stavropol', 2016. – S. 112-114.

13. Prakticheskaja psihologija obrazovanija / pod red. I.V. Dubrovinoj. – М., 2008. – 170 s.

14. Sokolovskaja L.B. Kriterii psihologicheskogo zdorov'ja cheloveka // Psihologicheskoe zdorov'e cheloveka: zhiznennyj resurs i zhiznennyj potencial: materialy Vserossijskoj nauchno-prakticheskoj konferencii. – Krasnojarsk, 2012. – S. 50-59.

15. Federal'nyj zakon ot 29.12.2012 № 273-FZ (red. ot 02.03.2016) «Ob obrazova-

nii v Rossijskoj Federacii» [Elektronnyj resurs]. – Rezhim dostupa: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_140174/, (data obrashhenija: 2.06.2017).

16. Fejngerberg I.M. Mozg. Psihika. Zdorov'e. – M.: Medicina, 2002. – 144 s.

17. Huhlaeva O.V. Klassifikacija narusenij psihologicheskogo zdorov'ja doshkol'nikov i mladshih shkol'nikov // Psihologicheskaja nauka i obrazovanie www.psyedu.ru. – 2013. – № 5. – S. 81-90.

18. Cherepanov V. S. Jekspertnye ocenki v pedagogicheskikh issledovanijah. – M.: Pedagogika, 2009. – 152 s.

19. Shamis V.A. Razvitie kriticheskogo myshlenija mladshih shkol'nikov: Na materiale sravnenija tradicionnoj i razvivajushhej tehnologij obuchenija. Diss. kand. psihol. nauk. – Kazan', 2005. – 146 s.

20. Shihov Ju.A. Kvalimetriceskij monitoring kachestva fundamental'noj podgotovki v tehničeskome vuze. – M.; SPb.; Izhevsk: Issledovatel'skij centr problem kachestva podgotovki specialistov: Stiks: IzhGTU, 2007. – 208 s.

A.A. Miroshnichenko, D.R. Merzlyakova

ACCOUNT OF AGE SPECIALTIES IN MEASURING INDICATORS OF PSYCHOLOGICAL HEALTH OF YOUNG SCHOOLCHILDREN: METHOD OF GROUP EXPERT EVALUATIONS

Glazov State Pedagogical Institute (Glazov), Udmurt State University (Izhevsk).

Summary. The article outlines the problem of assessing the psychological health of participants in educational relations. The process of preserving and strengthening the psychological health of participants in educational relations is inseparable from the educational process. Based on the analysis of theories of psychological health, the age specificity of this psychological phenomenon in younger schoolchildren is determined. The algorithm of group expert evaluation of components of psychological health of junior schoolchildren is presented.

Keywords: psychological health, participants in educational relations, pedagogical system, education system, qualimetry, group expert evaluation.

Е.А. Бочарова, О.С. Белова, А.Г. Соловьев

МЕТОДИКА ВЫЯВЛЕНИЯ ГРУППЫ РИСКА ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ПОГРАНИЧНОЙ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ
Северный государственный медицинский университет (Архангельск).

Резюме. Предложена методика экспресс-диагностики детей дошкольного возраста для выявления группы риска детей с пограничной психической патологией при массовых профилактических осмотрах и на этапе первичного обследования врачами психоневрологического профиля. Методика предназначена для выявления субклинических проявлений отклонений психического здоровья, переходных состояний от нормы к патологии и, не требуя больших временных затрат, позволяет структурировать профилактический прием, детализировать беседу врача, за короткий период времени максимально полно выяснить возможные жалобы.

Ключевые слова: дети, дошкольный возраст, пограничные психические расстройства, экспресс-диагностика.

По данным российских и зарубежных эпидемиологических исследований в последние десятилетия отмечается рост психоневрологической патологии у детей, распространенность основных форм психических заболеваний детей каждые десять лет возрастает на 10%-15% [8]. При этом ведущими в структуре психической патологии являются пограничные психические расстройства (ППР), доля которых среди детского населения, по данным разных авторов, составляет 50%-80% [4, 5, 7]. Педиатры, к которым обращаются дети с ППР, в большинстве случаев не имеют специального опыта в дифференциально-диагностической оценке ППР и проведении необходимых лечебно-реабилитационных мероприятий. Психиатры психолого-медико-педагогических комиссий и центров социально-педагогической поддержки ориентированы преимущественно на работу со стойкими формами дизадаптации, обусловленными выраженной задержкой психического развития (ЗПР). Родители многих детей с различными пограничными невротическими, психосоматическими, психопатическими расстройствами, поведенческими нарушениями вообще не предъявляют жалоб детским врачам, категорически отказываются от консультации у психиатра вследствие непонимания болезненного характера имеющихся нарушений у детей, страха перед направлением в психиатрический диспансер в связи с боязнью связанных с этим социальных ограничений [1].

Первичная психопрофилактика возможна в основном в отношении заболеваний и донозологических состояний, таких как невротические, психогенные расстройства, нарушения поведения, и наиболее эффективна при максимально ранней их диагностике или выявлении групп повышенного риска на стадии предболезни. К сожалению, чаще всего психиатр имеет дело с ребенком, у которого уже есть заболевание, прошедшее определенный «скрытый период». Ранние признаки перенапряжения психофизиологических систем проявляются в виде психосоматических симптомов, таких как повышенная утомляемость, эмоциональная неустойчивость, капризность, нарушения сна, аппетита, сниженная реактивность, частые соматические заболевания. Ранняя диагностика и своевременная коррекция этих нарушений может препятствовать дальнейшему формированию психических отклонений [2].

Особенно актуально совершенствование диагностики ППР, субклинических проявлений отклонений психического здоровья, переходных состояний от нормы к патологии. Одним из методов выявления детей группы риска (ГР) являются опросники жалоб ребенка для родителей. При этом жалобы отражают самые первые признаки отклонений от нормы. В связи с тенденцией к расширению профилактических мероприятий в области охраны психического здоровья детей в настоящее

время стала очевидна потребность практического здравоохранения в простых, удобных, не требующих больших временных затрат схемах, позволяющих структурировать профилактический прием, детализировать беседу врача с родителями пациента, за короткий период максимально полно выяснить возможные жалобы.

Целью работы явилось обоснование методики экспресс-диагностики группы риска детей дошкольного возраста по развитию ППР при массовых профилактических осмотрах и на этапе первичного обследования врачами психоневрологического профиля.

Нами обследовано 173 детей в г.Архангельске; основную группу (ОГ) составили 147 дошкольников с ЗПР и речевой патологией в возрасте от 2,5 до 6 лет, посещающих специализированные группы V и VII вида; в контрольную группу (КГ) были включены 26 детей, посещающих дошкольные образовательные учреждения общего типа, с использованием «Опросника жалоб ребенка для скрининга детей с пограничной нервно-психической патологией» на этапе первичной диагностики для выявления детей ГР и детей, нуждающихся в психотерапевтической помощи [3, 6].

В проведенном исследовании количество детей ГР в КГ составило 15,8%, в ОГ – 22,9%. Наиболее часто отмечаемые родителями в КГ жалобы преимущественно были связаны с нарушениями в эмоционально-волевой сфере и расстройствами поведения, а именно: раздражительность (40,0%); несдержанность (35,0%); гипердинамические расстройства (повышенная двигательная активность, отвлекаемость, расторможенность) (35,0%). Каждый пятый проявлял конфликтность, агрессивность, упрямство, капризность. У 15,0% дошкольников преобладали пониженное настроение, неуверенность в себе, трудности в общении; такое же количество детей испытывало разнообразные страхи, имело вредные привычки. В ОГ у детей наиболее частыми были гипердинамические расстройства, упрямство, капризность, несдержанность, раздражительность, неадекватное привлечение к себе внимания. Значительно чаще, чем в КГ, у детей с психоречевыми нарушениями отмечались трудности в соблюдении дисциплины (ОГ – 32,6 %; КГ – 10,0%), пониженное настроение (26,4% и 15,0%); трудности сосредоточения внимания (18,9% и 5,0% случаев соответственно). Число детей, отнесенных к ГР, было выше при ЗПР: у них чаще, чем у детей с речевыми проблемами, отмечались головная боль, нарушения сна, повышенная двигательная активность, капризность, пониженное настроение, привлечение внимания неадекватным поведением. Выраженность ведущих жалоб в динамике имела тенденцию к снижению наиболее значимо по таким проявлениям, как раздражительность, пониженное настроение, отвлекаемость, повышенная двигательная активность, привлечение внимания неадекватным поведением.

Вместе с тем катamnестическое исследование показало, что применяемая диагностическая методика в некоторых случаях приводила к гипердиагностике и недостоверной оценке, оказалась неудобна для экспресс-диагностики при проведении массовых профилактических осмотров вследствие трудоемкости процесса диагностики и обработки результатов (включала 90 пунктов), в ряде случаев отмечалось несоответствие балльной шкалы и тяжести психоневрологического статуса с преобладанием жалоб соматической направленности. Было выявлено, что некоторые дети, не показавшие отклонений в психическом и речевом развитии, также нуждаются в профессиональной психологической и психотерапевтической помощи.

В связи с этим нами предложен модифицированный опросник (анкета для родителей), ориентированный на экспресс-диагностику расстройств у детей дошкольного возраста на этапе первичного обследования, который заполняется родителями до профилактического приема врача. Родителям необходимо отметить на бланке ответов жалобы (расстройства, нарушения поведения), имеющиеся у ребенка на момент обследования. Встречающиеся жалобы (субъективные симптомы) систематизированы по группам:

- отклонения в развитии и функциональном состоянии: нарушение зрения, нарушение слуха, расстройства речи, подъем температуры без видимой причины,

нарушение сна (долго засыпает, беспокойно спит ночью, снохождение и пр.), боли, не связанные с определенными заболеваниями (в сердце, животе), особенности пищеварения (нарушение аппетита, привычные тошнота и рвота, ожирение, запоры), недержание мочи и кала и пр.

- психоневрологические: травмы головы, судороги, головная боль, головокружение, обморочные состояния, истощаемость, утомляемость, нарушение координации движений, произвольные движения (тики, подергивание и пр.), страхи, гиперактивность и пр.

- особенности личности и поведения: склонность к уединению, неуверенность в себе, непоседливость, раздражительность, вспыльчивость, трудности контакта со сверстниками и взрослыми, конфликтность, агрессивность, плаксивость, пугливость, упрямство, непослушание, капризность, привлечение к себе внимания, трудности в соблюдении дисциплины, лживость, отрицательные привычки (сосет пальцы, грызет ногти, раскачивается, играет с половыми органами) и пр.

При наличии жалоб родителей просят указать возраст, в котором она появилась, и ее продолжительность (эпизодическая или постоянная, в течение дней, недель, месяцев). Всего опросник содержит 40 пунктов; время его заполнения составляет 10-15 мин. На приеме за короткое время врач анализирует отмеченные жалобы, уточняет их характер для дальнейшего дополнительного обследования.

Данная методика позволяет обследовать детей с 3 лет и может применяться в практике педиатров для своевременного направления детей к специалистам в рамках мероприятий по профилактике дизадаптации, нарушений поведения, неврозов, психосоматических расстройств. Предлагаемый опросник может быть использован в работе педиатров, неврологов, психиатров лечебно-профилактических учреждений и психолого-медико-педагогических комиссий, что позволит проводить скрининговое обследование среди детей с проблемами в развитии, охватывая широкий возрастной диапазон, и выявлять детей, нуждающихся в психологической поддержке или психотерапевтической помощи. Особое значение его использование может иметь при массовых обследованиях, позволяющих наиболее широко выявлять детей с отклонениями в состоянии психического здоровья при проведении профилактических осмотров дошкольников.

Таким образом, предложенная методика: повышает качество диагностики, способствуя более тщательному отбору детей ГР по ППР при массовых профилактических осмотрах с небольшим временем на сбор материала; позволяет детализировать психический и неврологический статус, а также особенности поведения детей дошкольного возраста; может применяться в практике педиатров дошкольных образовательных учреждений для своевременного направления детей к специалистам, что является профилактикой дизадаптации, нарушений поведения, неврозов, психосоматических расстройств; может быть использована в решении широкого круга задач: комплексной оценки психического развития ребенка, психологическом консультировании детей и их родителей, а при повторном анкетировании позволяет проследить динамику и оценить эффективность работы неврологов, психиатров, психотерапевтов и детских психологов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белова О.С., Бочарова Е.А., Парамонова И.В. Этические аспекты оказания медицинской помощи детям с отклонениями в развитии на фоне перинатального поражения головного мозга // Этические и правовые проблемы современной медицины: сб. науч. тр. III межрегион. науч.-практ. конф. с межд. уч. - Архангельск, 2017. С.31-33
2. Бочарова Е.А., Корытова Н.Г., Труфанова Л.В., Сидоров П.П., Соловьев А.Г. Проблемы ранней диагностики и профилактики отдаленных последствий перинатального поражения центральной нервной системы // Российский педиатрический журнал. - 2003. - № 3. - С. 52-54.
3. Бочарова Е.А., Соловьев А.Г. Повышение эффективности скрининга детей с

пограничной нервно-психической патологией // Экология человека. - 2001. - № 1. - С. 38-40.

4. Драчук Т.Э. Анализ распространенности и причинных факторов развития психических расстройств у детей // Вестник Совета молодых ученых и специалистов Челябинской области. -2016. № 1 (12). Т.1. - С. 27-30

5. Николаев Е. Л. Клиническая характеристика пограничных психических расстройств у детей и подростков // Вестник Чувашского университета, 2006 С. 136-142

6. Проблемный ребенок: психосоциальная адаптация и качество жизни: монография / П.И. Сидоров, Е.А. Боcharова. А.Г'. Соловьев. - Архангельск: Издат. центр СЕМУ, 2005. - 216 с.

7. Самсонова Т.В., Малышкина А.И., Песикин О.Н. и др. Организация этапной лечебно-абилитационной помощи детям с перинатальными поражениями нервной системы // Вестник Ивановской медицинской академии. 2014. №2. С. 14-18.

8. Султанова А.С. Нейропсихологический подход к обеспечению здоровья детей и подростков // Медицинская психология в России: электрон, науч. журн. - 2017. - Т.9, №1 (42). - С. 7 [Электронный ресурс]. - URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 14.01.2018)

REFERENCES

1. Belova O.S, Bocharova E.A., Paramonova M.V. Jeticheskie aspekty okazaniya medicinskoj pomoshhi detjam s otklonenijami v razvitii na fone perinatal'nogo porazhenija golovnogogo mozga // Jeticheskie i pravovye problemy sovremennoj mediciny: sb. nauch. tr. III mezhregion. nauch.-prakt. konf. s mezhd. uch. - Arhangel'sk, 2017. S.31-33

2. Bocharova E.A., Korytova N.G., Trufanova E.V., Sidorov P.I., Solov'ev A.G. Problemy rannej diagnostiki i profilaktiki otdalennyh posledstvij perinatal'nogo porazhenija central'noj nervnoj sistemy // Rossijskij pediatričeskij žurnal. - 2003. - № 3. - S. 52-54.

3. Bocharova E.A., Solov'ev A.G. Povysenie jeffektivnosti skrininga detej s pograničnoj nervno-psihicheskoj patologiej // Jekologija čeloveka. - 2001. - № 1. - S. 38-40.

4. Drachuk T.Je. Analiz rasprostranennosti i prichinnyh faktorov razvitija psihicheskix rasstrojstv u detej // Vestnik Soveta molodyh učenovh i special istov Cheljabinskij oblasti. - 2016. № 1 (12). Т.1.-С. 27-30

5. Nikolaev E. L. Kliničeskaja harakteristika pograničnyh psihicheskix rasstrojstv u detej i podroستkov II Vestnik Chuvashskogo universiteta, 2006 S. 136-142

6. Problemnyj rebenok: psihosocial'iraja adaptacija i kachestvo zhizni: monografija / P.I. Sidorov, E.A. Bocharova, A.G. Solov'ev. - Arhangel'sk: Izdat. centr SGMU, 2005. - 216 s.

7. Samsonova T.V., Malysheva A.I., Pesikin O.N. i dr. Organizacija jelpnoj lečebno-abilitacionnoj pomoshhi detjam s perinatal'nymi porazhenijami nervnoj sistemy // Vestnik Ivanovskoj medicinskoj akademii. 2014. №2. S.14-18.

8. Sultanova A.S. Nejropsihologičeskij podhod k obespečeniju zdorov'ja detej i podroستkov // Medicinskaja psihologija v Rossii: jelektron. nauch. žurn. - 2017. - Т.9, №1 (42). - S. 7 [Jelektronnyj resurs], - URL: <http://mprj.ru> (data obrashhenija: 14.01.2018)

E.A. Bocharova, O.S. Belova, A.G. Soloviev

METHODS OF IDENTIFICATION OF RISK GROUP OF PRESCHOOL CHILDREN WITH BORDERLINE MENTAL PATHOLOGY

North State Medical University (Arkhangelsk).

Summary. A method for express diagnosing of preschool children is proposed to identify a risk group for borderline mental pathology during preventive examinations at the stage of the primary psychoneurological examination. The method is designed to identify early signs of mental health disorders, initial pathological symptoms. It allows structuring the prophylactic administration, details and finds out patients' complaints for a short period of time.

Keywords: questionnaire, children, preschool age, borderline mental disorders, express-diagnosing.

ВЛИЯНИЕ ТРЕВОЖНОСТИ НА РАЗВИТИЕ ВНИМАНИЯ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Национальный исследовательский Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского, МБДОУ № 34 р. п. Выездное (Нижегородская область).

Резюме. В статье представлены результаты исследования тревожности у детей старшего дошкольного возраста. Показана взаимосвязь тревожности со степенью концентрации внимания у старших дошкольников.

Ключевые слова: дошкольный возраст, тревожность, нейропсихологическая диагностика, концентрация внимания.

Специалисты, работающие с дошкольниками, все чаще встречаются с проблемами высокой тревожности, страхов, а также снижения мотивации учения у детей. Практика детских садов сегодня все больше подтверждает выводы И.В.Дубровиной о том, что «среди детей дошкольных образовательных учреждений наблюдается весьма высокий процент отклонения в их нервно-психическом развитии» [2]. По нашему мнению, завышенные требования к ребенку дошкольного возраста, интеллектуальные и физические перегрузки ведут к высокому уровню тревожности, которая в итоге негативно влияет на развитие высших психических функций у детей.

А.М.Прихожан определяет тревожность как переживание эмоционального дискомфорта, связанное с ожиданием неблагополучия, с предчувствием грозящей опасности. «На психологическом уровне тревожность ощущается как напряжение, озабоченность, беспокойство, нервозность и переживается в виде чувств неопределенности, беспомощности, бессилия, незащищенности, одиночества, грозящей неудачи, невозможности принять решение и др. На физиологическом уровне реакции тревожности проявляются в усилении сердцебиения, учащении дыхания, увеличении минутного объема циркуляции крови, повышении артериального давления, возрастании общей возбудимости, снижении порогов чувствительности, когда ранее нейтральные стимулы приобретают отрицательную эмоциональную окраску» [6].

И.А.Захаров описывает тревогу как предчувствие опасности, неопределенное чувство беспокойства, наиболее часто проявляющееся в ожидании какого-либо события, которое трудно прогнозировать и которое может угрожать своими неприятными последствиями. Обращает внимание на то, что старший дошкольный возраст – это возраст наибольшей выраженности страхов, что обусловлено не столько эмоциональным, сколько когнитивным развитием – возросшим пониманием опасности [3].

Н.Ф.Иванова справедливо замечает, что нет ни одной психической функции, которая бы не претерпела изменений под действием страха: «Страх уродует мышление. Оно становится быстрым хаотичным в состоянии тревоги или вялым, заторможенным при страхе. В обоих случаях мышление теряет гибкость. Второстепенные детали заслоняют главное, уменьшают познавательную активность, любознательность» [5].

Исследования коррелятивных зависимостей между тревожностью и интеллектуальными особенностями, особенностями восприятия, полом, национальностью детей, параметрами социальной среды проводили Ю.М. Забродин, И.А. Мусина, Ж.Ж. Глозман [4, 1].

Цель настоящего исследования - выявить взаимосвязь между уровнем тревожности и особенностями внимания у детей старшего дошкольного возраста.

Выборка испытуемых состояла из детей старшего дошкольного возраста 6-7 лет в количестве 60 человек, среди них 33 девочки и 27 мальчиков.

В исследовании приняли участие дети дошкольного учреждения № 34 Арзамасского района, Нижегородской области. На первом этапе исследования мы выявляли уровень тревожности у дошкольников с помощью методики Р. Темпл, М.

Дорки, В. Аммена [7]. Количественные результаты представлены в табл. 1.

Таблица 1.

Распределение дошкольников по уровням тревожности

Уровни тревожности	Распределение показателей тревожности, %
Высокий уровень (группа 1)	37%
Средний уровень (группа 2)	63%
Низкий уровень	-

В группе детей с повышенным уровнем тревожности (группа 1) при наблюдении можно было увидеть следующие симптомы: напряженность, скованность, излишняя суетливость; ребенок легко краснеет, бледнеет, покрывается пятнами; не может расслабиться; постоянно крутит что-то в руках, тербит бумагу, одежду, волосы; сосет палец, потирает, руки; все время что-то роняет; напряженно следит за реакцией педагога.

Отрицательный эмоциональный опыт дошкольников был преимущественно связан со следующими ситуациями: «агрессивность» - 100%; «еда в одиночестве» - 96,6%; «объект агрессии» - 95%; «игнорирование» - 95%; «одевание» - 76,6%; «изоляция» - 76,6%; «выговор» - 75%; «укладывание спать в одиночестве» - 61,6%; «собираание игрушек» - 50%; «умывание» - 35%. (табл. 2).

Таблица 2.

Сводные данные распределения частоты встречаемости негативного опыта у детей старшего дошкольного возраста в группах с повышенным (группа 1) и средним уровнем тревожности (группа 2) по методике Р. Темпл, М. Дорки, В. Аммена.

Рисунок (ситуация)	Группа 1	Группа 2
Игра с младшими детьми	23,3%	6,6%
Ребенок и мать с младенцем	11,6%	3,3%
Объект агрессии	95%	100%
Одевание	76,6%	25%
Игра со старшими детьми	33,3%	20%
Укладывание спать в одиночестве	61,6%	78,3%
Умывание	35%	21,6%
Выговор	75%	83,3%
Игнорирование	95%	100%
Агрессивность	100%	100%
Собираание игрушек	50%	33,3%
Изоляция	76,6%	61,6%
Ребенок с родителями	13,3%	3,3%
Еда в одиночестве	96,6%	40%

Высказывания детей с высоким уровнем тревожности при обследовании: «Мальчик один», «Ему скучно», «Его ругают», «У него отнимают игрушки», «Девочке грустно», «Она боится». При предъявлении рисунка «объекта агрессии» единичные ответы детей были «Папа играет с мальчиком», «Папа прогоняет мальчика», что само по себе может указывать на деструктивное взаимодействие с родителем.

Детям со средним уровнем тревожности (группа 2) по результатам наблюдения в большинстве случаев были свойственны: уверенность, внимательность, проявление доброжелательности и интереса к выполнению задания.

Паузы, смущение, неуверенность в ответах, наличие негативного эмоционального опыта наблюдались в предъявлениях рисунков: «объект агрессии» - 100%; «агрессивность» - 100%; «игнорирование» - 100%; «выговор» - 83,3%; «укладывание спать в одиночестве» - 78,3%; «изоляция» - 61,1%; «еда в одиночестве» - 40%.

Ответы детей в группе со средним уровнем тревожности: «Мальчик не хочет играть один», «Он боится», «Здесь мальчика ругают».

На втором этапе мы исследовали уровень концентрации внимания у старших дошкольников с помощью нейропсихологического теста Тулуз-Пьерона. Полученные результаты представлены в табл. 3.

Таблица 3.

Распределение дошкольников по уровням концентрации внимания

Уровни концентрации внимания	Распределение показателей внимания, %
Высокий уровень	12%
Хороший уровень	18%
Средний уровень	38%
Слабый уровень	12%
Уровень патологии	20%

Полученные результаты показывают, что 12% детей имеют высокий уровень концентрации внимания (коэффициент точности выполнения теста $K=0,98-1$); 18% детей имеют хороший уровень концентрации внимания ($K=0,96-0,97$); 38% имеют средний уровень концентрации внимания ($K=0,92-0,95$); 12% - слабый уровень ($K=0,9-0,91$); 20% - уровень патологии ($K<0,89$). При обработке от 310 до 80 знаков дошкольники допускали от 7 до 45 ошибок.

На заключительном этапе исследования мы выявляли взаимосвязь между уровнем тревожности и вниманием у детей.

Результаты сравнения уровней внимания детей с высоким уровнем тревожности (Группа 1) и детей со средним уровнем тревожности (Группа 2) представлены в табл. 4.

Таблица 4.

Сравнение показателей внимания у детей с высоким уровнем тревожности (Группа 1) с детьми со средним уровнем тревожности (Группа 2)

Уровни концентрации внимания	Распределение показателей внимания	
	Группа 1	Группа 2
Высокий уровень	5%	7%
Хороший уровень	3%	15%
Средний уровень	13%	25%
Слабый уровень	5%	7%
Уровень патологии	11%	9%

В группе старших дошкольников с высоким уровнем тревожности внимания преимущественно соответствует среднему (13%), и уровню патологии (11%).

В группе старших дошкольников со средним уровнем тревожности уровни внимания преимущественно соответствуют среднему уровню (25%) и хорошему уровню (15%).

Коэффициент корреляции показателей тревожности и концентрации внимания у детей старшего дошкольного возраста равен $-0,08815$. Таким образом, установлена взаимообратная связь показателей тревожности и внимания у обследованных дошкольников. Детям с высоким уровнем тревожности свойственны средний уровень или уровень патологии внимания. У детей со средним уровнем тревожности показатели внимания приближены к среднему и хорошему уровню.

Выводы:

1. Более трети детей старшего дошкольного возраста, по результатам проведенного нами исследования в ДОУ, имеют высокий уровень тревожности - 37%. Этот показатель необходимо учитывать при организации жизнедеятельности ребенка в детском саду.

2. Показатели тревожности у старших дошкольников имеют взаимнообратную связь с показателями концентрации внимания. Таким образом, спектр задач, направленных на оказание помощи детям с дефицитом внимания на данном возрастном этапе, необходимо выстраивать с учетом показателей уровня тревожности каждого ребенка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Глозман Ж.М. Практическая нейропсихология. Опыт работы с детьми, испытывающими трудности в обучении. М.: Генезис, 2016. 336 с.
2. Дубровина И.В., Андреева А.Д., Вохмянина Т.В. и др. Психическое здоровье детей и подростков в контексте психологической службы. Екатеринбург: Деловая книга. 2000. 176 с.
3. Захаров А.И. Происхождение детских неврозов и психотерапия. М.: ЭКСМО-Пресс. 2000. 448 с.
4. Забродин Ю.М., Бороздина Л.В., Мусина И.А. К методике оценки уровня тревожности по характеристике временной перцепции // Психологический журнал. 1989. Т. 10, № 5.
5. Иванова Н.Ф. Преодоление тревожности и страхов у детей 5-7 лет. Воронеж: Учитель, 2009. 191 с.
6. Прихожан А.М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика. М.: Московский психолого-социальный институт; Воронеж: НПО «МОДЭК», 2000. 304 с..
7. Ясюкова Л.А. Методика определения готовности к школе. Прогноз и профилактика проблем обучения в начальной школе. Методическое руководство. СПб.: «Иматон», 1999. 184с.

REFERENCES

1. Glozman Zh.M. Prakticheskaja nejropsihologija. Opyt raboty s det'mi, ispytyvajushhimi trudnosti v obuchenii. M.: Genезis, 2016. 336 s.
2. Dubrovina I.V., Andreeva A.D. Vohmjanina T.V. i dr. Psihicheskoe zdorov'e detej i podroستkov v kontekste psihologicheskoj sluzhby. Ekate-rinburg: Delovaja kniga. 2000. 176 s.
3. Zaharov A.I. Proishozhdenie detskih nevrozov i psihoterapija. M.: JeKSMO-Press. 2000. 448 s.
4. Zabrodin Ju.M., Borozdina L.V., Musina I.A. K metodike ocenki urovnja trevozhnosti po harakteristike vremennoj percepcii // Psihologi-cheskij zhurnal. 1989. T. 10, № 5.
5. Ivanova N.F. Preodolenie trevozhnosti i strahov u detej 5-7 let. Voronezh: Uchi-tel', 2009. 191 s.
6. Prihozhan A.M. Trevozhnost' u detej i podroستkov: psihologicheskaja priroda i vozrastnaja dinamika. M.: Moskovskij psihologo-social'nyj institut; Voronezh: NPO «MODJeK», 2000. 304 s..
7. Jasjukova L.A. Metodika opredelenija gotovnosti k shkole. Prognoz i profilaktika problem obuchenija v nachal'noj shkole. Metodicheskoe rukovodstvo. SPb.: «Ima-ton», 1999. 184s.

T.Yu. Kudryashova

INFLUENCE OF ANXIETY ON DEVELOPMENT OF ATTENTION IN CHILDREN'S SENIOR PRESCHOOL AGE

National Research University of N.I. Lobachevsky, Preschool Educational Institute № 34, Viednoe (Nizhny Novgorod Region)

Summary. This article is about the results of anxiety research in children's senior preschool age. Interdependence between anxiety and concentration's extent of attention is shown.

Keywords: preschool age, anxiety, , neuropsychological diagnostic, concentration of attention.

ФОРМЫ ЯДЕРНОГО НЕДОРАЗВИТИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ПСИХИКИ ГКУ «Курганская областная психоневрологическая больница» (Курган).

Резюме. При синдромах раннего детского аутизма Каннера и Аспергера наблюдается ядерное недоразвитие социальной психики. Большинство авторов считает синдромы раннего детского аутизма заболеваниями шизотипического регистра. Это первичный непроецессуальный аутизм. Выделяют также вторичный проексуальный аутизм, аутизм в структуре патологии личности, психического дефекта при шизофрении и психоорганического синдрома. Врожденное диссоциальное расстройство, как и ранний детский аутизм, входит в континуум ядерного недоразвития социальной психики, так как при нем наблюдается дефицит социальной психики в виде морально-нравственного и эстетического дефекта. Это первичное непроецессуальное диссоциальное расстройство шизотипического регистра. Можно также выделить вторичное проексуальное диссоциальное расстройство, диссоциальное расстройство в структуре патологии личности, психического дефекта при шизофрении и психоорганического синдрома. Незнание причин ядерного недоразвития социальной психики затрудняет создание единого алгоритма оказания помощи этим больным.

Ключевые слова: ядерные формы недоразвития социальной психики, ранний детский аутизм, ядерное диссоциальное расстройство.

Введение. Понятие аутизма ввел Е. Блейлер [1]. Детский аутизм – это расстройство развития головного мозга, чаще до 3 лет, приводящее к дефициту социального взаимодействия, общения, ограничению интересов и повторяющимся стереотипным действиям. С.С. Мнухин полагал, что в основе раннего детского аутизма (РДА) лежит первичное снижение витального тонуса головного мозга [2], В.В. Лебединский, что причиной РДА является слабый энергетический потенциал структур мозга [3]. В.Е. Каган [4] и В.В. Ковалев [5] считали РДА сборной группой синдромов разного происхождения, в основе которых лежит отсутствие потребности больного в общении и социальной коммуникации. М.С. Вроно и В.М. Башина [6] рассматривали РДА как доманифестную стадию ранней детской шизофрении.

Социальная депривация является причиной парааутизма. Аутистический синдром возникает на фоне генетических аномалий головного мозга, наследственных расстройств обмена веществ и тяжелой энцефалопатии [7]. Осложнением расстройств аутистического спектра является недоразвитие интеллекта.

Синдромы РДА ассоциированы с ядерным энергетическим дефектом базальных структур головного мозга, приводящим к блокаде развития социальной психики, психической регрессии при детской шизофрении, синдромах Ретта и Геллера, органическому психосиндрому с феноменами дезинтеграции и распада нервно-психической деятельности.

Врожденное диссоциальное расстройство является облегченным вариантом ядерного недоразвития социальной психики. Оно меньше бросается в глаза, чаще объясняется социально-психологическими причинами и сравнительно мало изучено.

Дискуссия. Нервно-психическое – это высшая ступень развития Биологического, связано с отражением экосистемы. Социально-биологическое – это новая форма движения материи, которая поднимает человека над его биологией, природой и всем животным миром, связано с развитием социальной психики, отражением социосферы. Человек – это социально-биологический организм.

Онтогенетическая программа развития человека под воздействием социального императива, материальной и духовной культуры социума воспроизводит ак-

кумулятивные в Биологическом социальные потенциалы в социально - биологическую систему. Социальное не отменяет законы биологического развития организма, как не отменяет и физико - химические реакции в нем, а подчиняет и присваивает Биологическое себе. Гены и клетки человека социальные, так как содержат в себе социальный посыл. Онтогенез человека социален. Социальное есть в любой структуре человека, но больше всего его в психосоциальной структуре головного мозга - неокортексе. Человек социализирует все, к чему прикасается.

Носителем Биологического являются ДНК, РНК и белок. Носителем Нервно-психического является ЦНС, головной мозг. Носителем Биосоциального является неокортекс. Носителем Социального является личность как микросоциум.

Созревание головного мозга. Созревание головного мозга – это биосоциальный процесс. Психическое созревание неокортекса идет одновременно с формированием его социальных функций путем количественных изменений и качественных скачков - метаморфозов, которые отражают этапы развития. Биологическое и социальное - это две стороны одного процесса развития [8]. Биологическое созревание неокортекса – это рост, увеличение мощности функциональных систем, дифференциации и интеграции нервной ткани. Социальное созревание неокортекса – это развитие его социальных функций - сознания, речи, высших эмоций, мышления, интеллекта, воли. Биологическое созревание неокортекса реализует его врожденный социальный потенциал.

Биологическая и социальная детерминанты развития человека взаимосвязаны. Биологическая детерминанта более интенсивна во время биологических кризов, социальная детерминанта более интенсивна в сенситивных периодах развития социальной психики. Процессы созревания человека идут от простых психических актов к высшим социальным формам. Морально-нравственное и эстетическое являются высшими формами социального движения материи и появляются только в конце созревания неокортекса. Объем потенциалов развития социальной психики индивидуален и ограничен врожденным энергетическим потенциалом головного мозга, темпераментом.

При патологии неокортекса сперва страдает Социальное как высшее, более сложное и энергозатратное в движении материи. При этом обнажается низшее. Возникает социальная деградация, «биологизация» больного. Начальный этап «биологизации» заключается в морально-нравственной и эстетической деградации, в дальнейшем возникают дезинтеграция и распад нервно-психической деятельности.

Условия развития человека как социально-биологической системы:

1.Наличие в организме биосоциальной структуры, способной отражать социальную информацию. Такой структурой у человека является неокортекс. При генетических аномалиях, тяжелых наследственных нарушениях обмена веществ, тяжелом органическом поражении головного мозга возникают аутистический и диссоциальноподобный синдромы, когда биосоциальное развитие неокортекса затруднено или невозможно.

2.Наличие социальной среды, социального сигнала – стимула для реализации социальных потенциалов биосоциальной структуры.

При социальной депривации возникают явления парааутизма, когда социальный потенциал биосоциальной структуры не реализуется. Социальная депривация является причиной парааутизма у детей-сирот, воспитанников детских домов, а также детей с дефектами слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата, хронической соматогенией с явлениями госпитализма. «Симптом Маугли» как результат социальной депривации является парааутизмом. При социально-педагогической запущенности возникают явления парадиссоциальных расстройств.

3. Наличие богатого энергетического потенциала для развития структур неокортекса.

Наиболее энергозатратными в работе мозга являются биосоциальные структуры неокортекса, так как обработка социального сигнала требует гораздо более сложной и дифференцированной работы, чем обработка простого биологического сигнала. В головном мозге имеется энергетический гомеостаз, необходимый для устойчивой работы структуры, и различные энергетические режимы и уровни работы мозга. Энергетический уровень работы головного мозга определяется врожденным энергетическим потенциалом нижних этажей мозга [9]. Энергетической характеристикой нервной психики является темперамент. Смена энергетического режима и уровня работы мозга является адаптацией и направлена на сохранение структуры [10].

Особенностью психики ребенка является слабость и неустойчивость работы морфофункциональных систем, отсюда склонность ее к ретардации и асинхронии развития, дезинтеграции, регрессии, дисфункции, клиническому полиморфизму и близости с клиникой органического расстройства [11].

При врожденном энергетическом дефиците головного мозга возникают формы ядерного недоразвития социальной психики. Шкала ядерного недоразвития социальной психики может быть большой, что приводит к клиническому полиморфизму. Это расстройства шизотипического спектра.

При ранней детской шизофрении, синдромах Ретта, Геллера происходит адаптивный регресс уровня энерговооруженности и структурно-функциональной организации психики с патологическим гомеостазом, повышением энтропии организма с целью повысить уровень его устойчивости в экосистеме [12]. Регресс психики может быть обратимым и необратимым, при неблагоприятном течении заболевания явления регресса могут приводить к дезинтеграции и распаду психики [5].

Сравнение шкал тяжести непроецессуального ядерного шизотипического расстройства со шкалой тяжести эмоционально-волевого дефекта (ЭВД) при шизофрении.

Шкала тяжести процессуального эмоционально-волевого дефекта	Шкала тяжести непроецессуального ядерного недоразвития психики
Астенический	Астеническое расстройство
Психопатоподобный	Диссоциальное расстройство
Аутистический	Синдром Аспергера
Диссоциативный	Дезинтегративное расстройство
Апатобулический	Синдром Каннера
Параорганический	
Энергетический дефект	Энергетический дефицит

Сравнивая шкалы, можно сделать вывод, что в психике имеются различные энергетические уровни функционирования. При процессуальной патологии происходит адаптивный переход нервно-психической деятельности на энергетически более низкий, дефектный уровень функционирования. При непроецессуальном ядерном расстройстве развитие психики останавливается на энергетически низком, дефицитарном уровне, сравнимым с уровнем процессуального дефекта при шизофрении. Вероятно, каждому энергетическому уровню функционирования психики соответствует свой клинический феномен. Тяжелые формы непроецессуального ядерного недоразвития социальной психики осложняются умственной отсталостью. Тяжелые процессуальные формы ведут к дезинтеграции и распаду нервно - психической деятельности.

Выводы

1. Первичный непроецессуальный детский аутизм – это форма ядерного недоразвития социальной психики больного, заключающаяся в отсутствии потребности в общении, социальном взаимодействии, уходе во внутренний мир, неophobia. Причиной непроецессуального аутизма является врожденный энергетический дефект базальных структур головного мозга, приводящий к блокаде развития социальных функций неокортекса и социализации больного. Это расстройство шизотипического спектра. К непроецессуальному детскому аутизму относятся синдромы Каннера и Аспергера. Синдром Аспергера - это облегченный вариант синдрома Каннера [7].

2. Проецессуальный детский аутизм – это форма психической регрессии, адаптивного дефекта психики, клинически сходного с непроецессуальным аутизмом. При неблагоприятном течении заболевания регрессия психики может углубляться и приводить к ее дезинтеграции и распаду. К проецессуальному детскому аутизму относятся вторичный аутизм при детской шизофрении, синдромах Ретта и Геллера.

3. Другой формой ядерного недоразвития социальной психики является первичное непроецессуальное диссоциальное расстройство, сутью которого является морально-нравственный и эстетический дефицит развития. Причиной его является врожденный энергетический дефицит головного мозга, приводящий к блокаде социального развития. Это расстройство шизотипического спектра.

4. Проецессуальные, в том числе гебоидные, формы диссоциального расстройства являются следствием регресса и адаптивного дефекта социальной психики [10].

5. Шкала ядерного шизотипического недоразвития социальной психики может быть большой, что ведет к клиническому полиморфизму.

6. К парааутизму и парадиссоциальным феноменам относятся случаи социальной депривации и социально-педагогической запущенности. При генетических аномалиях, наследственных обменных нарушениях и тяжелой энцефалопатии наблюдаются органические аутистикоподобные и диссоциальноподобные расстройства [13]. Они имеют другую природу и, в отличие от ядерного недоразвития социальной психики, в большей степени подвержены динамике, так как имеют для этого более высокий энергетический потенциал.

Задержка нервно-психического развития не входит в континуум ядерных форм недоразвития социальной психики [14].

ЛИТЕРАТУРА

1. E. Bleuler. Руководство по психиатрии. Пер. с немецкого. – Берлин, изд. т-ва «Врач»; 1920; 542 с.

2. Мнухин С.С., Зеленицкая А.Е., Исаев Д.Н. О синдроме раннего детского аутизма, или синдроме Каннера // Ж. невропат. и психиатр. им. С.С.Корсакова; 1967.

3. Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей: Учебное пособие. – М.МГУ; 1985; 148 с.

4. Каган В.Е. Аутизм у детей – Л. Медицина; 1981; 206 с.

5. Ковалев В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей. - М. Медицина; 1985; 285 с.

6. Вроно М.Ш., Башина В.М. Синдром Каннера и ранняя детская шизофрения // Журнал невропат. и психиатр. им. С.С.Корсакова; 1975; № 5.

7. Тиганов А.С. Руководство по психиатрии. - М. Медицина, 1999; Т. 2; 782 с.

8. Выготский Л.С. Развитие высших психических функций. – М. Изд. АПН; 1960; 499 с.

9. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека. – М. 1969..

10. Sergey L Leonchuk. Emotional Volitional Defect – Quintessence of Schizophrenia // Acta psychopathologica; - Wilmington; USA; 2017; № 3.

11. Башина В.М. Аутизм в детстве.- М.Медицина; 1999; 236 с.
 12. Бехтерева Н.П. Принципы функциональной организации мозга человека // Вестник АМН СССР – М. 1972; № 9; с. 43-49..
 13. Сухарева Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста. - М., Медицина; 1974; 320 с.
 14. Каплан Г.И., Сэдок В.Дж. Клиническая психиатрия. Пер.с англ. - М.:ГОЭТАР; 1998; 505 с.
- REFERENCES
- 1.E. Bleuler. Rukovodstvo po psihiatrui. Per. s nemeckogo. – Berlin, izd. t-va «Vrach»; 1920; 542 s.
 - 2.Mnuhin S.S., Zelenickaja A.E., Isaev D.N. O sindrome rannego detskogo autizma, ili sindrome Kanner'a // Zh. nevropat. i psihiatr. im. S.S.Korsakova; 1967.
 - 3.Lebedinskij V.V. Narusheniya psihicheskogo razvitiya u detej: Uchebnoe posobie. – M.MGU; 1985; 148 s.
 - 4.Kagan V.E. Autizm u detej – L. Medicina; 1981; 206 s.
 - 5.Kovalev V.V. Semiotika i diagnostika psihicheskikh zabolevanij u detej. - M.Medicina; 1985; 285 s.
 - 6.Vrono M.Sh., Bashina V.M. Sindrom Kanner'a i rannijaya detskaya shizofreniya // Zhurnal nevropat. i psihiatr. im. S.S.Korsakova; 1975; № 5.
 - 7.Tiganov A.S. Rukovodstvo po psihiatrui. - M.Medicina, 1999; T. 2; 782 s.
 - 8.Vygotskij L.S. Razvitiye vysshih psihicheskikh funkciy. – M. Izd. APN; 1960; 499 s.
 - 9.Lurija A.R. Vysshie korkovyie funkciy cheloveka. – M. 1969..
 10. Sergey L Leonchuk. Emotional Volitional Defect – Quintessence of Schizophrenia // Acta psychopatologica; - Wilmington; USA; 2017; № 3.
 11. Bashina V.M. Autizm v detstve.- M.Medicina; 1999; 236 с.
 12. Behtereva N.P. Principy funkcional'noj organizacii mozga cheloveka // Vestnik AMN SSSR – М. 1972; № 9; с. 43-49..
 13. Suhareva G.E. Lekcii po psihiatrui detskogo vozrasta. - М., Медицина; 1974; 320 с.
 14. Kaplan G.I., Sjedok V.Dzh. Klinicheskaja psihiatrija. Per.s angl. - М.:GOJeTAR; 1998; 505 с.

S.L. Leonchuk

FORMS OF NUCLEAR UNDERDEVELOPMENT OF THE SOCIAL PSYCHE

The State-financed institution «Kurgan Regional Neuro-Psychiatric Hospital» (Kurgan).

Summary. With the syndromes of early childhood autism Canner and Asperger observed nuclear underdevelopment of the social psyche. Most authors consider the syndromes of early childhood autism with diseases of the schizotypic register. This is non-process autism. There are also procedural children's autism, autism in the structure of personality pathology, mental defect in schizophrenia and psycho-organic syndrome. Congenital dissocial disorder, like early childhood autism, is included in the continuum of the nuclear underdevelopment of the social psyche since with it there is a deficit of the social psyche in the form of a moral, moral and aesthetic defect. This is a non-processional dissocial disorder of the schizotypic register. You can also highlight the procedural dissocial disorder, dissocial disorder in the structure of the personality pathology, mental defect in schizophrenia and psycho-organic syndrome. Ignorance of the reasons for the nuclear underdevelopment of the social psyche makes it difficult to create a single algorithm for providing assistance to these patients.

Keywords: nuclear forms of underdevelopment of the social psyche, early childhood autism, nuclear dissocial disorder.

В.К. Рябцев, В.В. Ряшина**КУЛЬТУРНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ПРОЕКТЫ В КОНТЕКСТЕ
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ПЕДАГОГОВ¹
ФГБНУ «ИИДСВ РАО» (Москва).**

Резюме. В статье рассматривается опыт организации культурно-образовательных проектов как современной практики профилактической работы. Рассмотрен потенциал культурно-образовательного проекта «Школьные театральные сезоны» в контексте профессионального развития педагога. С позиции антропологии образования в качестве предмета профессиональной деятельности педагога может быть положена детско-взрослая со-бытийная общность. Таким образом, разработка и реализация культурно-образовательных проектов является наиболее адекватной педагогической технологией. В качестве инструмента рефлексивного управления профессиональной деятельностью педагога предложена схема критериев для определения номинаций спектаклей на основе педагогических позиций взрослого в детско-взрослой общности.

Ключевые слова: антропология образования, антропопрактика, профилактика в образовании, культурно-образовательный проект, школьный театр, профессиональное развитие, развитие человека, детско-взрослая со-бытийная общность, педагогические позиции, психологическое здоровье.

Сегодня и философски, и педагогически осмыслено, что наилучшим способом воспитательной работы и социализации детей, а также культурно- и возрастносообразными формами профилактики социальных девиаций современных подростков и молодежи является включение их в процессы улучшения и преобразования мира, в котором они живут. В этом контексте одним из эффективных направлений современных практик представляются культурно-образовательные проекты. Эти проекты прежде всего направлены на то, чтобы у детей появилась достаточно большая возможность реальных практических действий и преобразований. Мы понимаем, что если детская и подростковая активность не будет окультурена, то эта активность может стать деструктивной и нести разрушительный характер. В этой связи возникает особая значимая задача при решении задач воспитания – построение антропопрактик, в которых субъектом является детско-взрослая общность, а ребенок является полноценным участником преобразования мира. Об одном из них - межрегиональном культурно-образовательном проекте «Школьные театральные сезоны» - пойдет речь в данной статье.

Специфика этого межшкольного культурно-образовательного проекта заключается в том, что важнейшей стороной воспитания является возможность предоставить ребенку и детскому коллективу реализовать собственное культурное действие, обратиться к отечественному и мировому культурному наследию не только в контексте ознакомления, но и в контексте понимания современной ситуации и современного мира, в котором живет молодежь. Для современной практики воспитания чрезвычайно важной задачей является помочь молодежи понять, осмыслить и заявить собственную позицию по поводу вопроса о том, что в этом мире

¹ Статья выполнена в рамках НИР ФГБНУ «ИИДСВ РАО», проект: «Антропологические основы проектирования программ профессионального развития педагогов и условий их реализации в системе инновационного развивающего и развивающегося образования» 25.9400.2017/БЧ, ГРНТИ 15.81.21, 14.07.01.

является добром, а что - злом. В этом смысле практика школьных театральных сезонов – это способ организации собственного культурного действия в пространстве современной молодежной культуры с опорой на культурное наследие и со смысловой перспективой формирования позитивного будущего. В контексте воспитательной работы «Школьные театральные сезоны» – это мощнейшая форма, которая интегрирует усилия различных субъектов: родителей, педагогов, творческой интеллигенции, самих ребят. Она создает культурно-событийные пространства и понимание возможности своих собственных действий, направленных на то, чтобы этот мир стал красивее и лучше. Поэтому на основе проекта «Школьные театральные сезоны» реализуется коллективное детско-взрослое совместное действие, обладающее воспитательным эффектом.

«Школьные театральные сезоны» включают подготовку спектакля, организацию событийных встреч – показ, межшкольный обмен, благотворительные акции, событийный праздник-Встречу, церемонию награждения с выставочным пространством и театральными импровизациями. В контексте педагогики равных возможностей важно, что «Школьные театральные сезоны» предоставляют широкие возможности участия детям с ОВЗ, и такая творческая жизнь делает их полноценными участниками совместного культурного действия. Один из постоянных участников фестиваля – «Космический театр» для детей с проблемами зрения, руководитель Елена Кононенко. При этом для каждого ребенка находится свое место и форма раскрытия его таланта.

Этот фестиваль проводится на портале «Школьные-проекты.рф» сотрудниками лаборатории антропологических основ профессионального развития педагогов ФГБНУ «ИИДЦВ РАО» В.К. Рябцевым и В.В. Ряшиной с 2010 г. Участники – детские и разновозрастные театральные коллективы всех жанров из детских садов, школ, гимназий, лицеев, центров детского творчества, воскресных школ, детских домов и школ-интернатов. География конкурса – Москва, Санкт-Петербург, Ленинградская область, Московская область, Краснодарский край, Челябинская область, Италия, Болгария. На фестиваль ежегодно представляется 30 спектаклей в различных номинациях на русском, английском, немецком, испанском, итальянском, французском языках. Оргкомитет и партнеры проекта – педагоги, психологи, актеры и режиссеры, выпускники ВГИК, ЛГИТМИК, актеры Малого театра, Театра им. Маяковского, Театра ЛЕНКОМ, Teatro Sistina (Roma), члены Союза композиторов России, преподаватели Института русского театра, профессора Института филологии МПГУ, Высшей школы народных искусств, Института культуры и искусств МГПУ, Центра защиты прав и интересов детей.

Организационный план фестиваля включает публикацию полных видеозаписей спектаклей-участников на портале «Школьные-проекты.рф», гастрольные встречи коллективов и ежегодную церемонию подведения итогов. Пространство подведения итогов строится как со-бытийная встреча следующим образом: выставочное пространство «Театральный салон в фойе», театральные миниатюры и импровизации с участием зрителей, онлайн-трансляция на канале школьного телевидения WIF-TV совместно с ГБОУ Гимназия № 1409 и культурной ассоциацией «Проекты и мотивы» (Италия) (подробнее о замысле и структуре проекта см. [6]).

Культурно-образовательный проект предполагает три такта: создание условий для погружения ребенка в культуру, приобщение к культуре; осмысление, рефлексия на понятном для ребенка языке и переход к замысливанию и осуществлению собственного культурного действия, культуротворчества [7]. Данный проект не является конкурсом, и в нем не ставится задача дифференциации компетентности детей или оценки художественного уровня спектаклей. Более важным является поддержка каждого ребенка, создание условий для раскрытия детского творческого потенциала и для перспектив сотрудничества театральных студий.

Этот проект является достаточно многоплановым, в данной статье хотелось бы более внимательно рассмотреть его потенциал в контексте профессионального развития педагога.

С точки зрения антропологического подхода существуют три понимания того, что такое образование [2]. Первый – это образование как социальное производство человека с определенными заданными качествами. Второй – образование как трансляция наследия культуры от одного поколения к другому. Третий – образование как раскрытие сущностных сил и способностей человека. В этом контексте можно сказать, что каждый тип понимания образования предполагает тот или иной тип педагогического профессионализма. И если для образования, выстраиваемого как социальное производство человека по заданным качествам, достаточно общего устройства профессиональной деятельности педагога по типу «специалиста» («ориентировка – исполнение – контроль»), то для образования, понимаемого как трансляция культурного уклада, и тем более как раскрытие сущностных сил и способностей человека и его саморазвитие, такого типа профессионализма явно недостаточно. Здесь потребуется профессиональная деятельность педагога, которая должна строиться по типу «профессионала» («замысел – реализация – рефлексия»), схема описания которого включает в себя следующие компоненты [5]:

- а) позиция педагога как субъекта собственной профессиональной деятельности;
- б) предмет профессиональной деятельности педагога; в общем виде его можно сформулировать как развитие человека, более точно – это возрастнo-нормативные модели развития человека и соответствующие возрастнo-сообразные системы педагогической деятельности;

- в) средства и способы педагогической деятельности, где центральное место должны занять гуманитарные технологии раскрытия творческого потенциала ребенка, технологии освоения культуры и культуротворчества, технологии проектирования и стратегирования, технологии работы с детско-взрослой со-бытийной общностью;

- г) рефлексивное управление педагогом своим профессиональным развитием, что предполагает развитие рефлексивных форм сознания и полагание системы категорий педагогической антропологии как инструмента рефлексивного анализа и рефлексивного управления.

В контексте этой модели профессионального развития предметом профессиональной деятельности педагога, работающего с детьми в театральной студии, должна стать детско-взрослая со-бытийная общность как источник развития сущностных способностей и индивидуальных новообразований ребенка. Тот факт, что театр является синкретичным творческим коллективным действием, с одной стороны, в котором раскрываются разнообразные способности ребенка, прививается чувство ответственности, с другой, – является хорошо известным практикам и имеет традицию обсуждения в театральной педагогике, педагогике сотрудничества, психологии одаренности и др. (например, [4]), но недостаточно пока еще, на наш взгляд, отрефлексирован и осмыслен именно в контексте антропологии образования. Можно утверждать, что театр вообще, русский театр в его последние сто лет в целом, и детская театральная практика в частности – есть антропопрактика работы с детско-взрослой со-бытийной общностью. Со-бытийная общность понимается нами вслед за В.И. Слободчиковым [2] как неслиянное-нераздельное пространство совместного бытия человека с другими, в котором только в совместном бытии и делании с другими возможно раскрытие сущностных сил и способностей человека, но которое при этом несводимо ни к полюсу отдельного «я», ни к безликому довлеющему «мы». В со-бытийной общности есть два основания – ценностно-смысловое и целевое, деятельностное. Есть два плана – связей (непосредственное переживание совместности, общности, уподобления и подражания, общего делания) и рефлексивных отноше-

ний (обособления, раз-отождествления и индивидуального осмысления, самостояния). Именно эти два процесса – уподобления и обособления делают со-бытийную общность источником и механизмом индивидуального развития человека. В общности вначале интерперсонально существуют те процессы, способности, которые затем будут интроецированы ее участником и станут его собственными. Со-бытийная общность не является натуральным понятием. Она каждый раз строится и задается системой связей и отношений ее участников. Очевидно, что в каждом возрасте и каждом случае речь будет идти о более конкретных ситуациях – задачах развития, которые педагогу необходимо определять и выстраивать, но здесь мы говорим о том, что именно определение и выстраивание этих ситуаций развития должны стать предметом профессиональной деятельности театрального педагога. На наш взгляд, сейчас этот контекст оказывается наиболее востребованным, когда установка на индивидуальную успешность «любой ценой» не позволяет педагогу профессионально проанализировать, каковы последствия данной успешности для психологического здоровья ребенка и каковы подлинные механизмы становления его способностей и одаренности, в результате чего пространств для самореализации в совместности и общего творческого действия у детей оказывается не так уж и много. Собственно говоря, нарушения психического, психологического здоровья детей и подростков, а также социально-педагогические негативные последствия и имеют одной из своих причин дефицит связей и отношений в детско-взрослой со-бытийной развивающей общности.

В этом плане процесс создания спектакля представляет собой, возможно, один из наиболее ярких и полных феноменов практики работы с общностью. Работа же детей и взрослых над общим спектаклем дает понять, что результат зависит от каждого: сыграть убедительно и красиво не получится, если не будешь стараться максимально ты сам, но и результат этот является общим – яркое проявление индивидуальности недостаточно без сотрудничества с другими и без ответственности каждого за общее дело.

Очевидно, что разработка культурно-образовательного проекта представляется педагогической технологией, наиболее адекватной такому предмету профессиональной педагогической деятельности, как детско-взрослая со-бытийная общность.

В этой связи хотелось бы предложить одну из схем антропологии образования как схему рефлексивного анализа педагогами предмета профессиональной деятельности применительно к практике школьных театров. Ключевым понятием детско-взрослой со-бытийной общности являются педагогические позиции, которые занимает взрослый, выстраивая определенный тип педагогических отношений. Эти позиции были введены в работах В.И. Слободчикова, Г.А. Цукерман [2] и подробно раскрыты в работах В.И. Слободчикова и А.В. Шувалова [2, 8] в связи с обсуждением проблемы психологического здоровья ребенка.

Как мы уже отметили, детско-взрослая со-бытийная общность является источником и механизмом развития ребенка. Взрослый выстраивает определенный тип отношений, который затем интериоризируется и трансформируется в собственные способности ребенка, его новообразования. Этот тип отношений определяется двумя аспектами:

а) установкой взрослого на создание, хранение и передачу норм и эталонов культуры новому поколению («культурная» позиция), либо на непосредственное переживание радости, красоты и самоценности жизни («бытийная» позиция);

б) приоритет той или иной движущей силы развития – процессов отождествления или обособления: взрослые в своем отношении к детям стремятся либо к передаче им собственной жизненной позиции, либо к утверждению самобытности ребенка.

Таким образом, полнота педагогических позиций в детско-взрослой со-бытийной общности задается следующим рядом:

Позиция «родителя» - «бытийная» по установке и строящаяся на процессе отождествления (самовоспроизводстве жизненной позиции взрослого): целевой ориентир – жизнелюбие; базовый образовательный процесс - выращивание жизнеспособного человека; дефицит данной позиции – беспризорность.

Позиция «умельца» - «культурная» по установке и строящаяся на процессе отождествления (самовоспроизводстве жизненной позиции взрослого): целевой ориентир – трудолюбие; базовый образовательный процесс – формирование специальных способностей; дефицит данной позиции – неумелость.

Позиция «учителя» - «культурная» по установке и строящаяся на процессе обособления (утверждении самобытности ребенка): целевой ориентир – любознательность; базовый образовательный процесс – обучение всеобщим способам деятельности; дефицит данной позиции – выученная беспомощность.

Позиция «мудреца» - «бытийная» по установке и строящаяся на процессе обособления (утверждении самобытности ребенка): целевой ориентир – человеколюбие; базовый образовательный процесс – воспитание всечеловеческого в человеке; дефицит данной позиции – ценностная дезориентация.

Данная разметка педагогических позиций была положена нами в основу разработки критериев номинаций для спектаклей-участников культурно-образовательного проекта «Школьные театральные сезоны-2017». Эта работа представляет собой вариант качественной интерпретации продуктов такого синкретичного жанра детского творчества, как спектакль. Ежегодно каждому спектаклю присваивается определенная номинация (как правило, имеется несколько групп номинаций), на основании чего театральная студия получает диплом. Для педагогического сообщества проекта – режиссеров, педагогов, родителей - номинации представляют собой качественный анализ представленного творчества, сделанный с определенных позиций.

Необходимо отметить, что за 10 лет проекта этот анализ прошел определенную эволюцию. Так, первые несколько лет преобладало «предметно-учебное» основание для определения номинаций. Поскольку многие спектакли ставились режиссерами школьных театров – как профессионалами, так и учителями-предметниками, - по произведениям, включенным в школьную программу по литературе, с целью пробудить у детей интерес к чтению и осмыслению прочитанного, приобщить их к культурному наследию отечественной и зарубежной классики, произведениям современных авторов для детей и юношества, то и номинации носили соответствующий характер: «Русская классика в школьном театре (2011 г. – спектакль «Ваш Антоша Чехонте», театральная студия «Глобус» ГБОУ Школы № 651 г. Москвы, режиссер О.Г. Ковалевская)», «Классика на иностранном языке» (2012 г. – спектакль на английском языке «Буря», театральная студия «Люди лорда-камергера» ГБОУ Школы № 1315 г. Москвы, режиссер Я.А. Захваткина), «Современная пьеса» (2012 г. – спектакль «Обыкновенное чудо», театральная студия «Гран Грин Парк» ГБОУ Центра образования № 1409, режиссер Н.Н. Прокофьев), «Что за прелесть эти сказки» (2011 г. – спектакль «Гуси-лебеди», театральный коллектив ГБОУ Школы № 1251 г. Москвы, режиссер А.В. Жданова), «Театральные пробы и поиски» (2012 г. – совместный спектакль-концерт «Эволюция», посвященный творчеству «Битлз», итальянской музыкальной группы «Massaband» школы «Пачинотти» г. Таранто (Италия) и ГБОУ школы-интерната № 42 г. Москвы, режиссер В. Макканьяни).

Спустя несколько лет появилось большее количество участников, которые представляли пьесы, созданные по собственным сценариям, а также по произведениям современных авторов на острые мировоззренческие вопросы; многие коллективы, особенно дошкольные, представляли театрализованные детско-взрослые игры-праздники, поэтому была предпринята попытка сформулировать номинации

на основе возрастнo-нормативных моделей развития. Так, для дошкольников появилась номинация «Театр детства», в которой были представлены детско-взрослые игры-драматизации (2014 г. – музыкальный спектакль «Аленький цветочек», ГБОУ Прогимназия №1672 г. Москвы, режиссеры Е.В. Ермоленко, И.Я. Рустамова); для младших подростков – «Театр игры», где были представлены пьесы и этюды, центральной темой в которых было не столько раскрытие определенной сюжетной линии, сколько ролевая игра, экспериментирование в социальных взаимодействиях, значимое для подростков (2014 г. – «Про Федота-стрельца», театральная студия «Пигмалион» ДЮОЦ «Войковский» г. Москвы, режиссер Е.А. Ларионова); для юношества – «Театр взросления» и «Театр на языке символа», где были представлены пьесы как отечественные, так и зарубежные, в которых ставятся мировоззренческие вопросы, ведутся поиски смысла жизни, ищется форма, способная выразить многозначность и неопределенность внутреннего мира юноши; при этом время написания пьесы – классика или современность – не имеет значения, так как для взрослеющего человека смысложизненные вопросы в каждую эпоху примерно одни и те же (2014 г., в номинации «Театр взросления» – спектакль «Большая меховая папа», театральная студия «Слово» ГБОУ Школы № 648 г. Москвы, режиссер Е.К. Кольчугина; в номинации «Театр на языке символа» – «Монрок, или Там, за стеной дождя», театральная студия «Т-843» ГБОУ Школы № 843 г.Москвы, режиссер О.А. Гаврилова).

Подчеркнем, что для организаторов проекта важно сформулировать свою позицию как антропологическую, а именно: определить, что именно опыт работы в спектакле дает для развития детско-взрослой общности как источника развития человека в целом. Применительно к номинациям спектаклей, это означает – определить, какую именно педагогическую позицию раскрывает тот или иной спектакль: какую образовательную ценность утверждают его создатели, какой базовый образовательный процесс стремятся построить. Исходя из этого, в 2017 г. были введены следующие номинации:

Педагогическая позиция «родитель» (целевой ориентир – жизнелюбие; базовый образовательный процесс – выращивание жизнеспособного человека) – номинация «Радость бытия»: спектакли, центральная тема которых – принятие человека таким, какой он есть, со-переживание, со-радование, жизнерадостность, дилемма отвержения-принятия, выбор между истинными и ложными друзьями. (спектакли «Два клена», театральный коллектив 6 классов ГБОУ Школы № 1251 г. Москвы, режиссер А.В. Жданова; «Рыжий, честный, влюбленный», «Все лето в один день», театральная студия «Этюд» ГБОУ Школы № 1251 г. Москвы, режиссер Ю.И. Казакова; «Снегурочка», музыкальный театр «Лель» ГБОУ Школы № 152 г.Москвы, режиссер Е.Н. Подосенова; «Приключения Буратино», музыкальный театр «Экспромт-Фантазия» ГБОУ Школы № 1583 г. Москвы, режиссер Б.А. Полонская; «Крошка Ангел», «Каникулы Бонифация», кукольный театр «Превращение» ГБОУ Школы №1249 г. Москвы, режиссер Л.Н. Сидорова; «Новый год»@.ru», театральный коллектив 2 курса Института культуры и искусств ГБОУ ВО «МГПУ», режиссер Е.В. Земляникина.)

Педагогическая позиция «умелец» (целевой ориентир – трудолюбие; базовый образовательный процесс – формирование специальных способностей); – номинация «Красота и фантазия»: спектакли, в которых главное – освоение разнообразных умелостей, приобщение к эстетическим эталонам, стремление научиться, делать вместе и сделать лучше, преодоление собственной неумелости и эгоцентризма через сотрудничество и взаимопомощь (спектакли «Краски и мелодии поэзии К. Бальмонта», театральная студия «Чудо» дошкольного отделения ГБОУ Школы № 1384 г. Москвы, режиссер И.Я. Рустамова; «Вингардиум Левиоса», театр танца «Лик» ГБОУ Школы № 1409 г. Москвы, режиссеры И.В. Смирнова, Е.В. Фомиря-

кова; спектакли на французском языке «Ленивый щенок», «Про Машеньку и горошинку», кукольный театр «Жили-были» ГБОУ Школы № 1248 г. Москвы, режиссер М.Ф. Ривес; спектакль на немецком языке «В гости к Лафонтену», театральная студия «От афиши до премьеры», ЧУ ОО «Петровская школа» г. Москвы, режиссер О.В. Казанская; спектакль на башкирском языке «Поход за талою водой», фольклорная студия «Сулпылар» МБОУ СОШ с. Кара-Якупово Чишминского района Республики Башкортостан, режиссер Н.Н. Мусина; «Сказка картонного города», театральная студия «Капитошка» МАОУ д/с № 477 г. Челябинска, режиссер Н.В. Лушкина; «Осенины! Осенины! Нашей Мухи именины!», кукольный театр «Лукоморье» МБДОУ д/с № 3 г.о. Балашиха, режиссер А.А. Пушкова; «Семеро козлят на новый лад», музыкальный театр «Экспромт-Фантазия» ГБОУ Школы № 1583 г. Москвы, режиссер Б.А. Полонская.)

Педагогическая позиция «учитель» (целевой ориентир – любознательность; базовый образовательный процесс – обучение всеобщим способам деятельности) – номинация «Размышления и поиски»: спектакли, в которых в большей степени ставятся вопросы, чем ищутся ответы; в которых на языке действия и образа строится размышление и анализ того, как человек действует в разных ситуациях, задаются вопросы о том, чему и как мы учимся, что есть базовые способности человека (спектакли «Представьте себе», «Оркестр детства», театральная студия «Персонаж» г. Зеленограда, режиссер Н.А. Сакмарова; «Эмигрантские сны», театральная студия «Русский театр» ГБОУ Школы № 1239 г. Москвы, режиссер И.В. Кочергина; «Маленький Принц», театральная студия «Пигмалион» ГБОУ Школы № 201 г. Москвы, режиссер Е.А. Ларионова; «Алиса в Стране Чудес», театральная студия «Семидолька» дошкольного отделения ГБОУ Школы № 1159 г. Москвы, режиссер Л.И. Косатенко; «День Ангела», театральная студия «Театр учащейся молодежи (ТУМ)» МБОУ СОШ № 6 г. Красноуральска Свердловской области, режиссер В.А. Корж.)

Педагогическая позиция «мудрец» (целевой ориентир – человеколюбие; базовый образовательный процесс – воспитание всечеловеческого в человеке) – номинация «Мудрое слово»: спектакли о смысле жизни и о том, что может быть больше, чем жизнь; различение истинных и ложных ценностей; спектакли-«ответы», в которых утверждается (исповедуется) определенная жизненная позиция (спектакли «Русалочка», музыкальный театр «Экспромт-Фантазия» ГБОУ Школы № 1583 г. Москвы, режиссер Б.А. Полонская; «Мюзикл с человеческим лицом «Русалочка», театральный коллектив ГБОУ Лицея № 1580 при МГТУ им. Н.Э. Баумана г. Москвы, режиссер А.А. Борискина; «Снежная королева», театральная студия «Чародеи» дошкольного отделения ГБОУ Школы № 1794 г. Москвы, режиссер Н.И. Мелкумян; «Новогодние приключения Незнайки», театральная студия «Созвездие» МБОУ СКОШ № 36 г. Озерска Челябинской области, режиссер Т.А. Алекина; «Морозко», театральная студия «Доброе слово» Семейной воскресной школы «Возрождение» г. Москвы, режиссер Е.В. Земляникина; «Белый ангел Москвы (о жизни и подвиге Е.Ф. Романовой)», музыкальный театр «Лель» ГБОУ Школы № 152 г. Москвы, режиссер Е.Н. Подосенова.)

Необходимо отметить, что в каждую номинацию были собраны, во-первых, спектакли, разноплановые по жанру: так, в каждой номинации были представлены музыкальные спектакли, драматические, пластические этюды, литературно-музыкальные композиции. Для организаторов более принципиально было выделить смысловые линии, объединяющие те или иные работы, чем показать специфику жанра. Нельзя сказать, что этический критерий здесь полностью отменил эстетический. Очевидно, что даже очень хорошее содержание, плохо сказанное и невнятно поставленное, не достигнет своей цели и не затронет зрителя эмоционально, не заставит задуматься. Суть в другом: образовательное - в широком

смысле, как антропологическое, как знание о человеке – содержание представляется более важным для обсуждения, чем различение отдельных характеристик исполнительского мастерства.

Во-вторых, интересно, что в каждой номинации оказались спектакли, представленные как маленькими детьми, так и подростковыми или разновозрастными коллективами. В этом смысле нельзя сказать, что тема умелости важна лишь для первоклассников, а смысложизненные вопросы – для юношества. Очевидно, что сказка «Русалочка» или «Снежная королева» может быть прочитана в любом возрасте с той лишь разницей, что будет понята и осмыслена по-своему. Тем более что помимо понимания содержания пьесы (для каждого возраста здесь необходимо искать собственный язык) в ходе работы над спектаклем строятся процессы совместного переживания, совместного делания, само-стояния, и таким образом спектакли, создаваемые разновозрастными коллективами, обладают большим антропологическим потенциалом.

Данная разметка номинаций – попытка определить, что на сегодняшний день оказалось наиболее актуальным для создателей спектакля, какую образовательную проблему они попробовали решить, дефицит какой педагогической позиции они решили восполнить, обратившись к тому или иному культурному содержанию. В этом плане представление спектаклей в обозначенных выше номинациях на церемонии подведения итогов имело просветительскую функцию для участников проекта, с одной стороны, и функцию рефлексивного анализа режиссерами школьных театров своей деятельности как педагогической, - с другой.

Очевидно, что в современном социокультурном и образовательном пространстве организация театральной деятельности с детьми и подростками решает важнейшие задачи профилактики социальных девиаций, позитивной социализации детей и подростков, создания условий для развития их психологического здоровья. В этом контексте представляется важной задача осмысления педагогами своей работы с детьми как антропопрактики - построения условий развития сущностных сил и способностей человека, центральным источником и механизмом которого является детско-взрослая со-бытийная общность.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зарецкий В.В. Подходы к экспертизе социальных проектов, включая социальную рекламу, направленную на пропаганду здорового образа жизни и профилактику к экспертизе аддиктивного поведения // Профилактика зависимостей. – 2017. - № 2 (10). – С. 158-164.

2. Исаев Е.И., Слободчиков В.И. Основы психологической антропологии. Том 1. «Психология человека. Введение в психологию субъективности». Том 2. «Психология развития человека. Развитие субъективной реальности в онтогенезе». Том 3. «Психология образования человека. Становление субъектности в образовательных процессах». – М., Изд. ПСТГУ, 2013.

3. Кудрявцев В.Т., Слободчиков В.И., Школяр Л.В. Культуросообразное образование: концептуальные основания // Известия Российской академии образования. - 2001. - № 4. – С. 23-34.

4. Педагогика искусства: I Всероссийская конференция школьной театральной педагогики памяти Л.А. Сулержицкого: Москва, 26-30 ноября 2012 г.: Сборник материалов. – М.: МАКС Пресс, 2013. – 480 с.

5. Рябцев В.К., Ряшина В.В. Проектирование программ профессионального развития педагогов. // Психология обучения - №№ 8-9, 2010.

6. Рябцев В.К., Ряшина В.В. Концепция культурно-образовательного проекта «Школьные театральные сезоны» // Профилактика зависимостей: электронный научно-методический журнал. – 2015. - № 1. – С. 15.

7. Рябцев В.К., Ряшина В.В. Разработка культурно-образовательного проекта

как технология развития детско-взрослой событийной образовательной общности (методические рекомендации) // Профилактика зависимостей: электронный научно-методический журнал. – 2015. – № 2. – С.1.

8. Шувалов А.В. Очерки психологии здоровья: мировоззренческий, научный и практический аспекты. – М.: Чистые пруды, 2009. (Библиотечка «Первого сентября», серия «Школьный психолог», Вып. 26.) – 30 с.

REFERENCES

1. Zareckij V.V. Podhody k jekspertize social'nyh proektov, vkluchaja social'nuju reklamu, napravlennuju na propagandu zdorovogo obraza zhizni i profilaktiku k jekspertize adiktivnogo povedenija // Profilaktika zavisimostej. – 2017. – № 2 (10). – С. 158-164.

2. Isaev E.I., Slobodchikov V.I. Osnovy psihologicheskoy antropologii. Tom 1. «Psihologija cheloveka. Vvedenie v psihologiju sub#ektivnosti». Tom 2. «Psihologija razvitija cheloveka. Razvitie sub#ektivnoj real'nosti v ontogeneze». Tom 3. «Psihologija obrazovaniya cheloveka. Stanovlenie sub#ektivnosti v obrazovatel'nyh processah». – М., Izd. PSTGU, 2013.

3. Kudrjavcev V.T., Slobodchikov V.I., Shkoljar L.V. Kul'turosoobraznoe obrazovanie: konceptual'nye osnovaniya // Izvestiya Rossijskoj akademii obrazovaniya. – 2001. – № 4. – С. 23-34.

4. Pedagogika iskusstva: I Vserossijskaja konferencija shkol'noj teatral'noj pedagogiki pamjati L.A. Sulerzhickogo: Moskva, 26-30 nojabrja 2012 g.: Sbornik materialov. – М.: MAKS Press, 2013. – 480 s.

5. Rjabcev V.K., Rjashina V.V. Proektirovanie programm professional'nogo razvitija pedagogov. // Psihologija obuchenija - №№ 8-9, 2010.

6. Rjabcev V.K., Rjashina V.V. Konceptcija kul'turno-obrazovatel'nogo proekta «Shkol'nye teatral'nye sezony» // Profilaktika zavisimostej: jelektronnyj nauchno-metodicheskij zhurnal. – 2015. – № 1. – С. 15.

7. Rjabcev V.K., Rjashina V.V. Razrabotka kul'turno-obrazovatel'nogo proekta kak tehnologija razvitija detsko-vzrosloj sobytijnoj obrazovatel'noj obshhnosti (metodicheskie rekomendacii) // Profilaktika zavisimostej: jelektronnyj nauchno-metodicheskij zhurnal. – 2015. – № 2. – С.1.

8. Shuvalov A.V. Oчерки психологии здоровья: мировоззренческий, научный и практический аспекты. – М.: Чистые пруды, 2009. (Библиотечка «Первого сентября», серия «Школьный психолог», Вып. 26.) – 30 с.

V.K. Ryabtsev, V.V. Ryashina

CULTURAL-EDUCATIONAL PROJECTS IN THE CONTEXT OF PROFESSIONAL DEVELOPMENT OF TEACHERS

Institute for the Study of Childhood, Family and Education, Russian Academy of Education (Moscow).

Summary. The article describes the experience of organizing cultural-educational projects as a modern practice of preventive work in education. The article presents the potential of the cultural-educational project "School Theatrical Seasons" in the context of professional development of teachers. From the position of anthropology of education, the child-adult co-existential community can be put as a subject of professional activity of the teacher, thus, the development and implementation of cultural-educational projects is the most appropriate pedagogical technology. The scheme of criteria for definition of nominations of performances, worked out on the basis of pedagogical positions of the adult in child-adult co-existential community is offered as a tool for reflexive management of professional activity of the teacher.

Keywords: anthropology of education, anthropopractice, prevention in education, cultural-educational project, school theatre, professional development, human development, child-adult co-existential community, pedagogical positions, psychological health.

С.А. Игумнов, А.С. Лобачева, Ю.А. Николкина, С.М. Шахова, С.С. Сулейманова
ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТНЫХ И СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ
ХАРАКТЕРИСТИК У ПОДРОСТКОВ И ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА,
ПРЕДРАСПОЛОЖЕННЫХ К АДДИКТИВНОМУ ПОВЕДЕНИЮ
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» (Москва).

Резюме. В данной работе приведены результаты исследования таких особенностей личностных и социально-демографических характеристик молодых людей, предрасположенных к аддиктивному поведению, как уровень алекситимии, индивидуально-характерологические личностные особенности, индивидуальные стили совладания со стрессом. Исследование проводилось в двух группах: основной (лица, склонные к аддиктивному поведению) и контрольной группе без признаков зависимого поведения. Были выявлены такие особенности лиц, предрасположенных к аддиктивному поведению, как дизадаптивные личностные особенности и дисфункциональные паттерны совладающего поведения.

Ключевые слова: аддиктивное поведение, алекситимия, дисфункциональные копинг-стратегии, личностные особенности, новые ПАВ.

Введение. В последние годы общество сталкивается с увеличением числа подростков и молодых людей, злоупотребляющих «новыми психоактивными веществами», а также страдающих нехимическими формами аддикций, в том числе интернет-зависимостью. В связи с этим, особое значение приобретает изучение предикторов формирования как химических, так и других форм зависимостей. Наименее изученным как в отечественной, так и мировой литературе является феномен алекситимии и его роль в развитии аддикций. Первые исследования обнаруживали алекситимические характеристики у пациентов с соматическими заболеваниями [1, 5]. Имеется ряд отечественных и зарубежных публикаций, указывающий на наличие радикала алекситимии у пациентов с зависимостями от химических веществ [6, 7, 11].

Наличие связи между свойствами личности и алекситимическими характеристиками у интернет-аддиктов молодого возраста впервые описано K.Yong [15]. Но к настоящему времени нет единой концепции в понимании патологического паттерна в «профиле личности» интернет-аддиктов. Вместе с тем авторы указывают на снижение показателей эмоционального интеллекта, идентификации собственных эмоций, регуляции аффективных реакций и высокий уровень тревоги. Изучение особенностей личности студентов в университетах подтверждает взаимосвязь высоких показателей алекситимии, депрессии, тревоги, у молодых людей, в том числе, склонных к интернет-зависимости [10-13]. В отдельных исследованиях приводятся данные о прямом влиянии алекситимии на высокий риск развития аддикций [10, 13, 15]. Таким образом, недостаточная разработанность вопроса алекситимии в связи с возникновением риска развития различных форм аддиктивного поведения на современном этапе требует более детального и глубокого изучения этого феномена.

Целью настоящего исследования является разработка системы мер социокультурной профилактики аддиктивного поведения молодежи и его последствий.

Задачи исследования:

- 1) выявить негативные социальные последствия реализации различных форм аддиктивного поведения (зависимость от «новых психоактивных веществ», Интернет-зависимость), развившихся на фоне алекситимических особенностей личности;
- 2) осуществить сбор эмпирических данных (факторов развития алекситимии в молодежной среде, ее гендерных особенностей) в соотношении с особенностями различных форм аддиктивного поведения;
- 3) разработать практические рекомендации по профилактике аддиктивного поведения современной молодежи и его последствий посредством социокультур-

ных ресурсов.

Материал и методы. Исследование клинических и социально-психологических особенностей подростков и молодых людей, характеризующихся систематическим чрезмерным употреблением новых психоактивных веществ (НПВ) (преимущественно синтетических каннабиноидов), факторов их личностного становления, проведено на базе отделений клиники Национального научного центра наркологии – филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского», а также в общеобразовательных учреждениях (ООУ) Подмоскovie и Республики Беларусь. Выборку составили 100 подростков и молодых людей обоего пола, в возрасте от 15 до 24 лет, средний возраст которых составил $18,9 \pm 1,6$ лет, из них 39 женского пола и 61 мужского. Критерием формирования групп выступило наличие/отсутствие аддиктивного поведения. Представители основной группы характеризовались систематическим чрезмерным употреблением НПВ. Контрольную группу составили представители молодежи, характеризующиеся нормативным поведением, не имеющие аддикций и девиантного поведения. Распределение испытуемых по выборкам и полу представлено в табл. 1.

Таблица 1.

Распределение испытуемых по выборкам и полу

	Обе группы		Основная группа		Контрольная группа	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Юноши	61	61	29	58	32	64
Девушки	39	39	21	42	18	36

Проведено сравнительное исследование клинических и психологических характеристик лиц из группы риска формирования зависимости от НПВ (50 чел.), и 50 чел., не имеющих признаков зависимости посредством психодиагностических методик:

1. Пятифакторный опросник личности Р. МакКрае и П. Коста (SPFQ) [8];
2. Опросник «Способы совладающего поведения» А. Лазаруса [3];
3. Шкала депрессии А. Бека (BDI) [9];
4. Опросник для определения степени выраженности Интернет-зависимости [4];
5. Торонтская Алекситимическая Шкала (TAS-26-R) [14].

В процессе исследования проведены социально-демографические, биографические, экспериментально-психологические, клинко-психопатологические исследования и изучены предикторные факторы формирования аддиктивного поведения. Осуществлена разработка дизайна проекта (мультицентровое аналитическое кросс-секционное исследование с применением методов наблюдения и «случай-контроль»).

Уточнены критерии включения и исключения (лица с тяжелым органическим поражением ЦНС; с тяжелыми соматическими заболеваниями в стадии обострения; с наличием алкогольной зависимости; участвующие в других клинических исследованиях; отказавшиеся предоставить информированное согласие на проведение исследования).

Осуществлено социально-психологическое анкетирование (во всех указанных группах на основе принципа информированного согласия) и проведено экспериментально-психологическое исследование (в обеих группах испытуемых).

Полученные и проанализированные материалы исследования явились базой для разработки комплексной программы профилактики зависимости от «новых ПАВ» среди подростков и молодежи.

Результаты исследования. Результаты экспериментально-психологического исследования лиц основной (ОГ) и контрольной (КГ) групп приведены в таблицах 2–6.

Таблица 2.

Результаты исследования психологических характеристик испытуемых посредством методики «Пятифакторный опросник личности»

Фактор	Обе группы		Основная группа (ОГ)		Контрольная группа (КГ)	
	М*	SD	М	SD	М	SD
1	2	3	4	5	6	7
экстраверсия-интроверсия	50,7	10,9	48,2	8,9	52,8	11,2
привязанность-отделенность	54,9	10,4	54,6	11,0	55,3	8,5
контролирование-естественность	55,9	8,9	54,5	10,0	56,6	7,2
эмоциональность-сдержанность	53,9	10,7	53,9	11,6	52,6	9,4
игривость-практичность	50,3	9,3	45,7	9,0	53,1	9,2
активность-пассивность	50,5	9,7	47,3	5,9	50,6	11,4
доминирование-подчиненность	52,7	11,4	48,4	12,3	55,1	9,4
общительность-замкнутость	51,5	11,1	50,8	11,1	53,3	10,7
поиск впечатлений-избегание	48,8	9,3	48,7	7,9	49,4	9,7
привлечение внимания-избегание	48,8	10,5	49,1	11,0	50,6	8,1
теплота-равнодушие	53,6	11,5	53,0	11,1	53,6	11,6
сотрудничество-соперничество	53,9	9,8	53,6	8,9	55,1	8,4
доверчивость-подозрительность	55,2	12,7	55,6	13,4	55,2	12,2
понимание-непонимание	53,0	8,3	51,8	9,0	54,4	6,6
уважение других-самоуважение	51,5	9,5	51,6	10,2	50,9	8,6
аккуратность-неаккуратность	49,4	10,9	48,6	11,8	49,9	11,2
настойчивость-слабоволие	55,8	10,7	52,8	14,4	56,8	6,6
ответственность-безответственность	58,6	10,5	58,4	10,6	58,7	8,5
самоконтроль-импульсивность	52,5	8,8	51,8	9,0	52,8	8,1
предусмотрительность-беспечность	55,7	8,1	55,0	8,5	56,8	7,2
тревожность-беззаботность	51,3	9,2	51,5	10,4	50,4	8,0
напряженность-расслабленность	53,8	9,3	54,3	9,5	51,8	8,7
депрессивность-эмоциональная комфортность	53,2	11,2	54,1	11,7	50,6	10,6
самокритика-самодостаточность	52,7	10,9	52,1	10,9	52,8	9,4
эмоциональная лабильность-эмоциональная стабильность	50,9	10,0	50,3	10,2	50,8	9,1
любопытство-консерватизм	50,3	9,0	48,6	8,4	51,6	10,4
мечтательность-реалистичность	50,1	9,9	44,5	9,8	52,5	8,4
артистичность-неартистичность	50,7	8,8	50,0	9,3	50,7	8,5
сенситивность-нечувствительность	51,2	6,8	51,0	6,7	51,9	7,0
пластичность-ригидность	50,0	9,5	44,4	8,9	53,6	8,2

*М – среднее значение, SD – стандартное отклонение.

Как показано в табл. 2, в категории «игривость–практичность» группы сравнения ОГ и КГ достоверно различны между собой (вероятность случайного сходства $p=0,000079$, однофакторный дисперсионный анализ, критерий Тьюки, ошибка между $MS=76,181$, $df=98,00$) при среднем значении показателя в ОГ 40,3, что означает предпочтение участниками ОГ игровой деятельности по отношению к практической, которое может выражаться в стремлении к праздности, развлечениям и в избегании деятельности, не несущей непосредственного удовольствия. Соответственно, это может быть объяснено в т. ч. и гедонистическим типом мотивации употребле-

ния ПАВ. При этом средние показатели по этой шкале в КГ составляют 53,1, что говорит о высоком уровне практичности респондентов, что может выражаться в готовности к практической деятельности, продуктивности труда и ответственности.

В категории «мечтательность–реалистичность» группы сравнения ОГ и КГ достоверно различны между собой (вероятность случайного сходства $p=0,0000586$, однофакторный дисперсионный анализ, критерий Тьюки, ошибка между $MS=84,061$, $df=98,00$), что свидетельствует о тенденции участников ОГ к мечтательности, которая может выражаться в склонности относиться к своим мыслям и желаемым образным представлениям как к значащим большего и заслуживающим большего внимания, чем окружающая действительность, а также к легкомысленности и пр.

Далее, в категории «пластичность–ригидность» ОГ и КГ достоверно различны между собой (вероятность случайного сходства $p=0,000022$, однофакторный дисперсионный анализ, критерий Тьюки, ошибка между $MS=75,315$, $df=98,00$), средний показатель в ОГ составил 44,4, что свидетельствует о средней выраженности как ригидности, так и пластичности, в то время как в КГ данный показатель равен 53,6, что свидетельствует о большей ригидности в сравнении с ОГ.

Таблица 3.

Результаты исследования способов совладающего поведения посредством опросника «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса

Фактор	Основная группа (ОГ)		Контрольная группа (КГ)	
	М	SD	М	SD
Конфронтационный копинг	51,9	14,8	51,1	14,0
Дистанцирование	50,9	15,4	49,2	14,8
Самоконтроль	58,2	15,7	56,1	12,9
Поиск социальной поддержки	64,3	18,7	56,1	15,5
Принятие ответственности	65,3	19,2	61,8	18,1
Бегство-избегание	47,4	14,4	44,0	14,0
Планирование решения проблемы	67,7	17,0	67,0	15,1
Положительная переоценка	56,9	14,9	55,4	14,4

Согласно полученным результатам, приведенным в табл. 3, в категории «Поиск социальной поддержки» группы сравнения достоверно различны (вероятность случайного сходства $p=0,036934$, однофакторный дисперсионный анализ, критерий Тьюки, ошибка между $MS=279,13$, $df=98,00$), что свидетельствует о значимости поддержки социальным окружением в как случае возникновения зависимости от ПАВ, так и в процессе осуществления лечебно-профилактических и реабилитационных программ. Таким образом, респонденты ОГ имеют более ярко выраженную потребность в нахождении в группе и в получении обратной связи, в то время как участники КГ имеют тенденцию к автономности и готовности к принятию индивидуальных решений.

Как отмечено в табл. 4, показатели депрессии в обеих группах примерно равны, но существует определенная специфика группы аддиктов – в данной группе отсутствуют лица с выявленной умеренной, тяжелой и очень тяжелой депрессией, что можно интерпретировать как общую оскудненность эмоциональной жизни респондентов, так и спецификой выборки (отсутствие в основной группе лиц с явно депрессивной симптоматикой). Тем не менее для уточнения наличия статистически значимой разницы между группами был также применен критерий Стьюдента для несвязанных выборок, согласно которому $t=2,6$ при верхнем пороге значимости в 2,63, что означает нахождение t в зоне неопределенности, но в непосредственной близости к зоне значимости, что позволяет сделать вывод о существовании определенной тенденции к возникновению депрессивной симптоматики в группе аддиктов.

Таблица 4.

Результаты исследования уровня депрессии посредством методики «Шкала депрессии» А. Бека (BDI)

Фактор	Основная группа (ОГ)		Контрольная группа (КГ)	
Отсутствует депрессия	41	82%	41	82%
Легкая депрессия	9	18%	6	12%
Умеренная депрессия			2	4%
Тяжелая депрессия			1	2%
Очень тяжелая				
Балл	M	SD	M	SD
Балл (M±SD)*	6,2	4,0	5,8	5,0

Таблица 5.

Результаты изучения алекситимии посредством Торонтской Алекситимической Шкалы (TAS-26-R)

Критерий оценки	Основная группа (ОГ)		Контрольная группа (КГ)	
	N	%	N	%
Нет алекситимии	17	34,0	34	68,0
Возможна алекситимия	17	34,0	14	28,0
Выраженная алекситимия	16	32,0	2	4,0
Нет данных	17	34,0	34	68,0
Балл (M±SD)*	67,66	8,01	58,922	8,36

Согласно полученным результатам, общее количество баллов ОГ (среднее значение $67,66 \pm 8,01$) и КГ (среднее значение $58,92 \pm 8,36$) достоверно различны между собой, а показатели выраженной алекситимии заметно преобладают в ОГ, что может выражаться в значительных затруднениях в области распознавания и выражения собственных чувств и эмоций, рефлексии, затруднении эмпатии, а также в нарушениях построения эмоционально стабильных отношений с окружающими, что также может быть причиной употребления ПАВ.

Таблица 6.

Результаты исследования интернет-зависимости посредством Опросника для определения степени выраженности Интернет-зависимости [4]

Фактор	Основная группа (ОГ)		Контрольная группа (КГ)	
	N	%	N	%
Отсутствует Интернет-зависимость	43	86,0	50	100,0
Возможна Интернет-зависимость	7	14,0	-	-
Клинически выраженная Интернет-зависимость	-	-	-	-
Балл (M±SD)*	37,3	10,1	34,0	7,4

Тяжесть Интернет-зависимости ОГ и КГ достоверно различны между собой (вероятность случайного сходства $p=0,038401$, однофакторный дисперсионный анализ, критерий Ньюмена-Кейлса, ошибка между $MS=0,08190$, $df=98,00$), что

свидетельствует о существовании риска формирования и иных, нехимических (в данном случае, Интернет-зависимости) зависимостей у лиц с уже диагностированной химической зависимостью, что может выражаться в постоянно высокой потребности находиться в сети, тревоге, дезориентации в условиях отсутствия доступа к сетевым ресурсам и пр.

На основании проведенных исследований разработана комплексная программа профилактики зависимости от «новых психоактивных веществ» у подростков [2].

Заключение. По данным исследования факторов личностного становления молодых людей с риском формирования аддиктивного поведения было отмечено:

1. Подростки и молодые люди с формирующейся зависимостью от «новых» ПАВ характеризуются в большей степени неадаптивными поведенческими, когнитивными и эмоциональными копинг-стратегиями.

2. У респондентов ОГ может быть выявлен дизадаптивный личностный профиль, характеризующийся повышенной склонностью к инфантильности, мечтательности и эмоциональной ригидности, а также более ярко выраженными показателями алекситимии по сравнению с КГ.

3. ОГ характеризуется заметным преобладанием показателей выраженной алекситимии; это может выражаться в значительных затруднениях в области распознавания и выражения собственных чувств и эмоций, рефлексии, затруднении эмпатии, а также в нарушениях построения эмоционально стабильных отношений с окружающими.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ересько Д. Б. Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах. – СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005. – 25 с.

2. Игумнов С.А., Зуйкова Н.Л., Бурцев А.А., Лапанов П.С. Комплексная программа профилактики зависимости от «новых психоактивных веществ» у подростков // Амбулаторная и больничная психотерапевтическая и психологическая помощь сегодня (междисциплинарное взаимодействие): мат-лы 13-й и 14-й Всероссийской общественной профессиональной медицинской психотерапевтической конференции. Москва, 22 декабря 2016 г. / Под ред. Н.Л.Зуйковой, А.И. Аппенянско, Ю.П.Бойко, Ю.С. Шевченко. – М.: РУДН, 2016. – С. 105-108.

3. Крюкова Т.Л., Куфтяк Е.В. Опросник способов совладания (адаптация методики WCQ) / Журнал практического психолога. - М.: 2007.– № 3. – С. 93-112.

4. Кулаков С.А. Практикум по клинической психологии и психотерапии подростков. – СПб: Речь, 2004. – 464 с.

5. Михайлов А.Н., Ротенберг В.С. Особенности психологической защиты в норме и при соматических заболеваниях // Вопросы психологии. 1990.– № 5.– С. 106-111.

6. Тархан А.У.,Ерошин С.П. Роль алекситимии в развитии эмоциональных и невротоподобных расстройств при алкогольной зависимости // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева.– 2013.– № 4. – С.51-57.

7. Тархан А.У. Нейропсихологические механизмы алекситимии и ее связь с алкогольной анозогнозией // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2013. – № 1. – С. 71–79.

8. Хромов А.Б. Пятифакторный опросник личности: Учебно-методическое пособие. - Курган: Изд-во Курганского гос. университета, 2000. – 23 с.

REFERENCES

1. Eres'ko D. B. Aleksitimija i metody ee opredelenija pri pograničnyh psihosomaticheskikh rasstrojstvah. – SPb.: NIPNI im. V.M. Behtereva, 2005. – 25 s.

2. Igumnov S.A., Zujkova N.L., Burcev A.A., Lapanov P.S. Kompleksnaja programma profilaktiki zavisimosti ot «novyh psihoaktivnyh veshhestv» u podrostkov // Ambulatornaja i bol'nichnaja psihoterapevtičeskaja i psihologičeskaja pomoshh' segodnja (mezhdisciplinarnoe vzaimodejstvie): mat-ly 13-j i 14-j Vserossijskoj obshhest-

vennoj professional'noj medicinskoj psihoterapevticheskoj konferencii. Moskva, 22 dekabrya 2016 g. / Pod red. N.L.Zujkovej, A.I. Appenjanskogo, Ju.P.Bojko, Ju.S. Shevchenko. – M.: RUDN, 2016. – S. 105-108.

3. Krjukova T.L., Kuftjak E.V. Oprosnik sposobov sovladanija (adaptacija metodi-ki WCQ) / Zhurnal prakticheskogo psihologa. – M.: 2007.– № 3. – S. 93-112.

4. Kulakov S.A. Praktikum po klinicheskoi psihologii i psihoterapii podrostkov. – SPb: Rech', 2004. – 464 s.

5. Mihajlov A.N., Rotenberg V.S. Osobennosti psihologicheskoi zashhity v norme i pri somaticheskikh zabolevaniyakh // Voprosy psihologii. 1990.– № 5.– S. 106-111.

6. Tarhan A.U., Eroshin S.P. Rol' aleksitimii v razvitii jemocionalnykh i nevrozopodobnykh rasstrojstv pri alkohol'noj zavisimosti // Obo-zrenie psihiatrii i medicinskoj psihologii im. V.M. Behtereva.– 2013.– № 4. – S.51-57.

7. Tarhan A.U. Nejropsihologicheskie mehanizmy aleksitimii i ee svjaz' s alko-gol'noj anozognoziej // Obozrenie psihiatrii i medicinskoj psihologii im. V.M. Behtereva.– 2013. – № 1. – S. 71–79.

8. Hromov A.B. Pjatifaktornyj oprosnik lichnosti: Uchebno-metodicheskoe poso-bie. – Kurgan: Izd-vo Kurganskogo gos. universiteta, 2000. – 23 s.

9. Beck A. T., Ward C.H., Mendelson M., Mock J., Erbaugh J. An Inventory for Measuring Depression // Archives of General Psychiatry.–1964. –Vol.4. – P.19–36.

10. Dalbudak, E. Evren C., Aldemir S., Coskun R.S. et al. Relationship of inter-net addiction severity with depression, anxiety, and alexithymia, temperament and character in university students// Cyberpsychol.Behav.Soc.Netw.– 2013.– Vol.16 (4).–P. 272-278. doi: 10.1089/cyber.2012.0390.

11. Farges F.,Corcos M.,Speranza M.,Loas G. et al.Alexithymia, depression and drug addiction // Encephale, 2004.– Vol.30, No 3. – P. 201-211.

12. Jerald J.,Block M.D. Issues for DSM-V: Internet Addiction // American Journal of Psychiatry. – 2008. – Vol. 165, No 3. – P. 306–307.

13. Kim K.,Ryu E., Chon M.-Y. et al. Internet addiction in Korean adolescents and its relation to depression and suicidal ideation: a questionnaire survey // International Journal of Nursing Studies. – 2006. – Vol. 43. – P. 185–192.

14. Taylor, G.J. Toward the development of a new self-report alexithymia scale/ G.J.Taylor, D.P.Ryan, R.M. Bagby // Psychotherapy and Psychosomatics. 1985.– V.44. – P.191-199.

15. Yong K.S. Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder /K.S.Yong // Cyber Psychology and Behavior.– 1998.–Vol. 1.– P.237 – 244.

S.A. Igumnov, A.S. Lobacheva, Y.A. Nikolkina, S.M. Shakhova, S.S. Suleymanova

THE PERSONAL AND SOCIO-DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF YOUNG PEOPLE PREDISPOSED TO ADDICTIVE BEHAVIOR

The National Medical Research Center for Psychiatry and Addiction Problems named after V.P. Serbsky (Moscow).

Summary. The results of a study of such characteristics of the personal and socio-demographic characteristics of young people predisposed to addictive behavior, such as the level of alexithymia, individual characterological personality traits, individual styles of coping with stress are presented. The study was conducted in two groups: the main one - persons prone to addictive behavior and a control group with no signs of dependent behavior. Such features of persons predisposed to addictive behavior, as dis-adaptive personality traits and dysfunctional patterns of coping behavior were revealed.

Keywords: addictive behavior, alexithymia, dysfunctional coping strategies, personality traits, new psychoactive substances.

А.Ю. Егоров

**ДИЗАЙНЕРСКИЕ НАРКОТИКИ:
НОВАЯ ПРОБЛЕМА ПОДРОСТКОВОЙ НАРКОЛОГИИ²**

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

Резюме. В обзоре рассматриваются потребление новых дизайнерских наркотиков в подростково-молодежной среде, которое в РФ к 2014 г. приобрело характер, близкий к эпидемическому. Приводятся современные данные по эпидемиологии, картине опьянения, клинике зависимости, осложнениях, связанных с потреблением «спайсов» - синтетических каннабиноидов (СК) и «солей для ванн» - синтетических психостимуляторов (СП) – катинонов. Отдельно рассматривается вопрос о связи злоупотребления СК с развитием шизофрении. Подчеркивается необходимость разработки доказательных терапевтических тактик при зависимости от СК и СП.

Ключевые слова: дизайнерские наркотики, спайсы, синтетические каннабиноиды, соли для ванн, синтетические психостимуляторы, катиноны, подростковая наркология

Расширение спектра потребляемых психоактивных веществ (ПАВ) является одной из характерных особенностей наркоситуации в подростково-молодежной среде в 21 веке [8]. Во второй половине 2000-х появились т.н. «дизайнерские наркотики». К дизайнерским наркотикам относят большую группу синтетических ПАВ, которые имеют различные механизмы действия: синтетические каннабиноиды (СК), фенилэтиламины (стимуляторы и галлюциногены), триптамины (преимущественно галлюциногены), синтетические опиаты и пиперазины. В последние 10 лет дизайнерские наркотики достаточно широко потребляются в молодежной среде. Распространяются они чаще всего с использованием Интернета. Среди дизайнерских наркотиков чаще всего используются СК («спайсы» - курительные смеси) и синтетические психостимуляторы («соли для ванн»). Резко возросло количество психозов, связанных с употреблением СК и СП. Так, по данным красноярских наркологов, если в 2012 г. психотические расстройства в структуре госпитализаций потребителей ПАВ занимали 3,33%, то уже в 2013 г. эта цифра возросла до 36,95%, а в 2014 г. составила 44,88%, что во многом связано с ростом потребления СК и СП [7].

Синтетические каннабиноиды. «Спайсы» (в США – К-2) стали доступны для покупки через Интернет в США с 2006 г., в Европе с 2008 г., в России в 2009 г. К 2014 г. через Интернет можно было приобрести более 200 видов «спайсов» [39]. Согласно Аналитическому докладу, представленному ФСКН РФ, злоупотребление СК в России уже с 2011 до 2014 гг. приобрело характер, близкий к эпидемическому [9]. Широкому распространению СК в РФ способствовал ряд факторов: формирование в среде потребителей ложных стереотипов о легальности, а также о безвредности и безопасности их употребления, возможность изменения

²Работа частично выполнена в рамках государственного задания ФАНО России (тема № АААА-А18-118012290373-7)..

формул существующих СК с целью синтеза новых, до недавнего времени не внесенных в перечень наркотических средств, подлежащих контролю в РФ, доступная стоимость, легкость приобретения, отсутствие экспресс-тестов. Актуальность исследования данной проблемы обусловлена еще и тем, что при употреблении наркотиков 97,8% современных подростков отдают предпочтение каннабиноидам, к которым относятся производные дикорастущей конопли и синтетические курительные смеси [5].

Каннабиноиды проявляют свои свойства, воздействуя на эндоканнабиноидную систему, которая состоит из каннабиноидных рецепторов и их лигандов, а также ферментов, которые синтезируют и расщепляют лиганды [34]. Существуют два основных типа каннабиноидных рецепторов: каннабиноидные рецепторы типа-1 (CB1) и каннабиноидные рецепторы типа-2 (CB2). Первый тип рецепторов располагается по всему мозгу, достигая наибольшей концентрации в неокортексе, базальных ганглиях и гиппокампе [26]. Рецепторы первого типа в основном располагаются на пресинаптических терминалах ГАМК- и глутамат-эргических нейронов и поддерживают гомеостаз, противодействуя их гипер- и гипоактивности путем пресинаптической регуляции высвобождения нейромедиаторов [32]. Именно CB1 обеспечивают психотропный эффект каннабиноидов. Рецепторы же второго типа, которые, как ранее считалось, находятся только в клетках иммунной системы и периферических тканях [36], были также недавно обнаружены в мозжечке и стволе мозга [35]. Сродство к каннабиноидным CB1 рецепторам у большинства СК в 4-5 раз выше, чем у классических каннабиноидов [21], что существенно повышает их наркогенность.

При передозировке отмечаются тахикардия, ажитация, тревожность, спутанность сознания, мидриаз, галлюцинации, парестезии, обмороки, головокружения, клонические и хореоатетозные подергивания, гипер- или гипотензия, диспноэ, кома, судорожные припадки.

Возраст первой пробы СК обычно составляет 14-15 лет; формирование зависимости происходит в течение 1-5 месяцев; обращение за наркологической помощью чаще следует через 1-1,5 года после первой пробы [11]. Из преморбидных особенностей чаще отмечаются (выше 10% выборки) возбудимые (истеро-возбудимые), неустойчивые, тревожно-мнительные паранойальные личностные черты [6]. У подростков часто присутствует резидуально-органическая церебральная недостаточность, невротические расстройства, умственная отсталость и расстройства поведения. Неустойчивые, истеро-эпилептоидные, эпилептоидные и гипертимные особенности характера [11]. Типична отягощенная наследственность по зависимым от ПАВ формам поведения, воспитание в деформированных (неполных), приемных, конфликтных семьях, низкий уровень успеваемости в школе, отсутствие профессии и трудовой специальности, а также асоциальное поведение. [16]. Ведущими подтипами в структуре употребления СК людьми молодого возраста являются личностные мотивы (преимущественно гедонистические и атактические) [15].

Систематическое потребление СК часто сопровождается возникновением психозов, которые характеризуются остротой и полиморфностью психопатологической симптоматики. Психозы развиваются как на донологическом этапе их употребления, так и на всех этапах клинической динамики синдрома зависимости от СК, в состоянии интоксикации СК, в структуре синдрома отмены СК и с отсроченным дебютом. Психоз характеризуется скоротечной последовательной динамикой формирования психопатологических расстройств, среди которых наблюдаются иллюзорно-делириозный, делириозно-аментивный и делириозно-

онейроидный клинико-динамические варианты психоза [10]. У 2/3 потребителей психозы протекают по типу онейроида с кататонической симптоматикой (ступор). Длительность от 4 час. до 5-7 суток. Амнезии по выходе нет [6]. Описываются также нарушения в виде бессонницы, психомоторного возбуждения или заторможенности, слуховых или зрительных галлюцинаций, параноидного бреда [27]. Отмечается преобладание зрительных, слуховых и, реже, тактильных галлюцинаций. Преобладает наркотическая тематика: пациент «видит» рассыпанный порошок, «реагент» или «курительные смеси». При психозе по типу острого параноида относительная ориентировка в месте и времени сохранена. Чаще всего это бред преследования, который соответствует характеру обманов восприятия. Содержание его - преследование, уничтожение, страх физического наказания. Часта тема угрозы расправы из-за похищенных больным «закладок» [13].

О.Н. Патрикеева с коллегами полагают, что потребление СК может приводить к развитию психозов - как собственно интоксикационных, так, по-видимому, и абстинентных, а также служить провоцирующим фактором развития шизофрении [13]. В целом в отношении способности каннабиноидов вызывать шизофрению имеются противоречивые сведения. В прошлом веке большинство специалистов было убеждено, что потребление конопли является одним из факторов, способствующих развитию шизофрении. Тем не менее, ряд публикаций в 21 веке подвергает критике это мнение [35]. Так, R. Tandon с коллегами [40] приводят данные, что потребление каннабиноидов или психостимуляторов повышает риск шизофрении всего в 1,5-3 раза. Тем не менее, в британском исследовании приводятся данные о том, что люди, начинающие употреблять коноплю в 18 лет и позже, показали лишь небольшое недостоверное увеличение вероятности возникновения шизофреноподобного психоза к 26 г., однако у тех, кто начал употреблять коноплю в 15 лет и ранее, риск вырос в четыре раза [20]. О более высоком риске возникновения психоза у подростков, потребляющих каннабис, свидетельствует и последнее эпидемиологическое исследование [28]. Проанализировав большое количество литературы, S. Gages с коллегами [24] пришли к заключению, что результаты эпидемиологических исследований являются достаточно достоверными для вывода, что употребление конопли может повысить риск развития психотического расстройства.

Важно, что постпсихотическое состояние пациентов сопровождается нарушениями в аффективной сфере, которые являются облигатными и характеризуются повышенным уровнем тревожности, диссоциативными нарушениями и повышенным алекситимическим радикалом на фоне умеренной выраженности депрессивных проявлений [14].

При формировании зависимости от СК у подростков формирование абстинентного синдрома происходит через 5–6 мес. от начала употребления (из них приблизительно 2 мес. приходилось на эпизодическое употребление) [3]. Длительность абстинентного синдрома составляет от 7-9 дней [6] до 2-4 недель [18, 45]. Начало синдрома постепенное, через 3 дня появляются нарушения сна, раздражительность, подавленное настроение, снижение аппетита, потливость, перемежающееся чувство жара и холода, головная боль, тошнота, рвота, тахикардия, повышение систолического давления от 140 мм рт. ст. до 180 мм рт. ст., боли в мышцах, а также психопатологическая симптоматика – тревога до паники, эмоциональная лабильность, ночные кошмары, суицидальные мысли, неодолимая тяга к СК [3, 4, 6, 18, 41, 45].

Исследование, проведенное среди 80 000 наркопотребителей, выявило, что люди, употребляющие СК, имеют в 30 раз более высокий риск оказаться в реанимации, чем потребители обыкновенной конопли [44].

Нейровизуализационные исследования показали большие изменения в мозге у тех, кто начинает интенсивно употреблять каннабиноиды в подростковом возрасте, по сравнению со взрослыми потребителями. У подростков отмечали более выраженное снижение объема некоторых корковых и подкорковых отделов головного мозга, в том числе патологию белого вещества, а также аномальную активность мозга при выполнении когнитивных заданий [42].

Синтетические психостимуляторы (катиноны). В 2009-2010 гг. злоупотребления синтетическими катинонами («Солями для ванн – Bathsalt») увеличиваются сначала в Великобритании, Европе, а затем в США и Канаде. В отличие от СК, большинство форм «Солей для ванн» - СП - содержит комбинацию синтетических катинонов: метилон, мефедрон и метилendioксипировалерона (МДПВ). Психофармакологическое действие метилон сходно с действием экстази (МДМА), в то время как мефедрон обладает действием, сходным с действием метамфетамина, а МДВП – кокаина. В настоящее время на нелегальном рынке Европы насчитывается более 40 наименований синтетических аналогов катинона, обладающих ярко выраженным психоактивным действием [30].

Немногочисленные зарубежные исследования показывают, что потребителями СП является порядка 1% взрослого населения Европы [31]. Онлайн-опрос посетителей клубов в Великобритании о потреблении СП показал, что 41% использовали метродрон, а 10% - метилон. Из них каждый третий использовал метродрон в текущем месяце, а 14% - еженедельно [44]. В Северной Ирландии распространенность использования СП оценивалась в 2% в течение жизни и в 1% в течение последнего года. Уровни распространенности были выше среди 15-24-летней возрастной группы (до 6% популяции) [23]. В США пик потребления СП (катинонов) пришелся на 2011 г., когда центрами отравлений было зарегистрировано 6137 случаев, и снизилось к 2015 г. – 615 случаев [19].

СП чаще употребляются перорально и интраназально, также могут употребляться путем курения, внутривенными и внутримышечными инъекциями. Психотропный эффект СП связан с дисрегуляцией в центральной и периферической моноаминовой системе [1]. При интраназальном употреблении действие наркотика на организм начинается через 5, максимум через 20 мин. Спустя 15–30 мин. действие наркотического вещества достигает своего пика, после чего переходит в фазу плато, а максимальная длительность составляет около 2 час. После минования фазы плато действие наркотического вещества ослабевает, данный период длится от 30 до 60 мин. Суммарная длительность всех эффектов после употребления находится в пределах от 2 до 3,5 час., реже – до 7 часов [12, 25]. Состояние опьянения характеризуется эйфорией, повышенной энергией и эмпатией, открытостью, «тягой двигаться» и повышенным либидо [37; 44]. Те же потребители СП сообщают о возможных негативных эффектах: сжатие челюсти, снижение аппетита, повышенную температуру тела и потоотделение, сердцебиение и проблемы с памятью [44]. К наиболее распространенным соматическим нарушениям периода острой интоксикации СП можно отнести также гипертермию, артериальную гипертензию, тахикардию, гипонатриемию, тошноту, рвоту, боли в грудной клетке [25].

СП вызывают широкую гамму симптоматики: шизофреноподобные проявления, такие как параноидные реакции с недоверчиво-тревожным настроением либо гипоманиакальными состояниями, бредовые идеи отношения, ущерба и преследования, специфические нарушения мыслительной деятельности в виде явлений со скальзывания, непоследовательности и пустых рассуждений. Характерны и соматоневрологические нарушения в виде резкого стремительного развития общесистемного физического истощения и полиорганной недостаточности, нейро-

трофических нарушений. Н.М. Дралюк и А.А. Сумароков [7] выделяют три возможных клинических варианта протекания острого психотического расстройства при потреблении СП: острый параноидный синдром (50%), наркотический делирий (30%) и кататоническое возбуждение (18 %). Многие пациенты госпитализируются в остром психотическом состоянии спустя несколько дней после последнего употребления СП, а психотические нарушения сохраняются в течении нескольких дней даже на фоне проводимой антипсихотической терапии. Комбинации анксиолитических и антипсихотических препаратов (лоразепам + галоперидол; диазепам + галоперидол; рисперидон) могут быть использованы в схеме лечения катинон-индуцированных психозов [29, 38].

У лиц, злоупотребляющих СП, рано обнаруживаются признаки психоорганического синдрома, такие как снижение психической активности с упрощением побуждений и снижением функций контроля, обеднение эмоциональной гаммы с явлениями неадекватности аффекта, повышенная истощаемость психических процессов, ослабление функций памяти и внимания, снижение критики с грубой переоценкой своей личности.

Зависимость формируется в течение 1-3 мес. при регулярном употреблении. Абстинентный период у потребителей СП можно условно разделить на две фазы: первая фаза (острая), в которой стержневыми являются расстройства аффективного спектра, чаще всего тревожная депрессия, стойкие инсомнические нарушения, флэшбэки, снижение аппетита, неусидчивость, транзиторные эпизоды простейших слуховых галлюцинаций. Отмечаются усталость, бессонница, заложенность носа и нарушение концентрации внимания. Во второй фазе абстиненции (подострой) имеют место аффективные нарушения с адинамическим компонентом, снижение аппетита, моторная заторможенность, поверхностный сон с частыми пробуждениями. Общая длительность абстинентного периода составляет от 15 до 25 дней в зависимости от вида наркотического вещества, стажа потребления, возраста пациента, сопутствующих соматических нарушений [1, 44]. Существует точка зрения, что синдром отмены при длительном употреблении СП скорее напоминает аналогичное состояние, развивающееся при употреблении других стимуляторов (включая кокаин), когда физические симптомы («ломка») отсутствуют, но возникает сильнейшая тяга к продолжению употребления [2, 12].

А.А. Сумароков и Н.М. Дралюк [17] описывают следующие осложнения, возникающие при зависимости от СП: тахикардия, тремор, судороги, головокружение, тошнота, рвота, анорексия, потливость, сухость во рту, боль в горле, потеря веса. При в/в введении – некрозы и абсцессы в месте введения. При биохимическом анализе крови обнаруживается гипонатриемия, гиперкалиемия, гиперурикемия, повышение уровня сывороточных креатинина и креатининкиназы, метаболический ацидоз.

Следует отметить, что на сегодня специфической патогенетической фармакотерапии зависимости, вызванной приемом дизайнерских наркотиков не разработано. Врачи в плане психотерапевтических подходов используют традиционные наработки, имеющиеся в наркологической практике, такие как когнитивно-поведенческая психотерапия и мотивационное интервью, но пока они не принесли существенного успеха [35]. На сегодня имеется единственное доказательное исследование, которое показало, что клозапин уменьшает тягу к каннабису у амбулаторных больных с шизофренией [22]. В отношении дизайнерских наркотиков доказательные исследования эффективности фармакопрепаратов пока отсутствуют. Очевидно, что необходима срочная разработка схем терапии зависимости от дизайнерских наркотиков как фармакологических, так и нефармакологических.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анцыборов А.В., Мрыхин В.В. Синтетические катионы «Соли для ванн»: механизм действия, токсикологические аспекты, клиника, формирование зависимости // Интерактивная наука. - 2017. - № 5(15). - С. 29-39.
2. Асадуллин А.Р., Юлдашев В.Л., Ахметова Э.А., Халиков С.А. Особенности парентерального употребления метилendioксипировалерона пациентом с синдромом зависимости от синтетических стимуляторов // Медицинский вестник Башкортостана. - 2016. - №4. - С. 87-91.
3. Бохан Н. А., Кривулина О. Е., Кривулин Е. Н. Клинико-динамические особенности зависимости от синтетических каннабиноидов у подростков // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. - 2014.- №1. - С. 36-39.
4. Бохан Н.А., Селиванов Г.Ю. Клиническая типология психопатологических расстройств у потребителей синтетических каннабиноидов (спайсов) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. - 2015. - Т. 4. - № 89. - С. 18-23.
5. Ведяшкин В.Н., Шереметьева И. И. Особенности патоморфоза аддикций у подростков // Уральский медицинский журнал. - 2014.- № 1 (115).- С. 122-126.
6. Винникова М.А., Шахова С.М. Клинические проявления и общие подходы к терапии синдрома зависимости от синтетических каннабиноидов («Спайс») // Наркология. - 2016. - № 4.- С. 34-43.
7. Дралюк Н.М., Сумароков А.А. Особенности злоупотребления психоактивными веществами амфетаминового ряда // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. - 2016. - № 3 (92). - С. 43-46.
8. Егоров А.Ю., Софронов А.Г. Современные особенности наркоманий у подростков // Вопросы психического здоровья детей и подростков. - 2009 (9). - № 1. - С. 22-34.
9. Зобнин Ю.В., Стадлер Е.М. Острые отравления синтетическими каннабиноидами («Спайсами») // Сибирский медицинский журнал (Иркутск) -2014. - № 8. -С. 132.
10. Клименко Т.В., Шахова С.М., Козлов А.А. Психотические расстройства вследствие употребления синтетических каннабиноидов (спайсов) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. - 2017. - № 2(95). - С. 25-29.
11. Кривулина О.Е. Особенности формирования, клиника и динамика зависимости от синтетических каннабиноидов у подростков // Неврологический вестник. - 2013. - Т. 45. - № 4. - С. 87- 89.
12. Мрыхин В.В., Анцыборов А.В. Дизайнерские наркотики: краткая история, попытка систематизации на примере «спайсов» и «солей» // Неврологический вестник. - 2017. - Т. 49. - № 1. - С. 91-100.
13. Патрикеева О.Н., Овчинников А.А., Кормилина О.М. Интоксикационные психозы у потребителей синтетических каннабиноидов // Наркология. - 2015.- № 1. - С. 41-45.
14. Патрикеева О.Н., Овчинников А.А., Соловьева И.Г. Аффективные расстройства у лиц с зависимостью от синтетических каннабиноидов, перенесших психозы // Неврологический вестник. - 2016. - Т. 48. - №. 1. - С. 53-56.
15. Патрикеева О.Н. Овчинников А.А., Соловьева И.Г. Мотивационный профиль потребителей синтетических каннабиноидов // Неврологический вестник. - 2015. - Т. 47. - №. 2. - С. 47-52.
16. Синевич А.А., Копытов А.В. Анализ социально-демографических факторов и клинических последствий потребления синтетических каннабиноидов // Медицинский журнал. - 2016. - № 2. - С. 109-110.
17. Сумароков А.А., Дралюк Н.М. Катиноны (происхождение, особенности

злоупотребления и клинические аспекты) // Наркология. - 2016. - № 8. - С. 74-79.

18. Тетенюва Е.Ю., Надеждин А.В., Савчук С.А. Синдром отмены синтетических каннабиноидов // Наркология. - 2014. - № 8. - С. 66-68.

REFERENCES

1. Ancyborov A.V., Mryhin V.V. Sinteticheskie kationy «Soli dlja vann»: mehanizm dejstvija, toksikologicheskie aspekty, klinika, formirovanie zavisimosti // Interaktivnaja nauka. - 2017. - № 5(15). - S. 29-39.

2. Asadullin A.R., Juldasev V.L., Ahmetova Je.A., Halikov S.A. Osobennosti parenteral'nogo upotreblenija metilendioksipirovalerona pacientom s sindromom zavisimosti ot sinteticheskikh stimuljatorov // Medicinskij vestnik Bashkortostana. - 2016. - №4. - S. 87-91.

3. Bohan N. A., Krivulina O. E., Krivulin E. N. Kliniko-dinamicheskie osobennosti zavisimosti ot sinteticheskikh kannabinoidov u podrostkov // Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii. - 2014.- №1. - S. 36-39.

4. Bohan N.A., Selivanov G.Ju. Klinicheskaja tipologija psihopatologicheskikh rasstrojstv u potrebitelej sinteticheskikh kannabinoidov (spajsov) // Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii. - 2015. - T. 4. - № 89. - S. 18-23.

5. Vedjashkin V.N., Sheremet'eva I. I.Osobennosti patomorfoza addikcij u podrostkov // Ural'skij medicinskij zhurnal. - 2014.- № 1 (115).- S. 122-126.

6. Vinnikova M.A., Shahova S.M. Klinicheskie pojavlenija i obshhie podhody k terapii sindroma zavisimosti ot sinteticheskikh kannabinoidov («Spajs») // Narkologija. - 2016. - № 4.- S. 34-43.

7. Draljuk N.M., Sumarokov A.A. Osobennosti zloupotreblenija psihoaktivnymi veshhestvami amfetaminovogo rjada // Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii. - 2016. - № 3 (92). - S. 43-46.

8. Egorov A.Ju., Sofronov A.G.Sovremennye osobennosti narkomanij u podrostkov // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. - 2009 (9). - № 1. - S. 22-34.

9. Zobnin Ju.V., Stadler E.M. Ostrye otravlenija sinteticheskimi kannabinoidami («Spajсами») // Sibirskij medicinskij zhurnal (Irkutsk) -2014. - № 8. -S. 132.

10. Klimenko T.V., Shahova S.M., Kozlov A.A. Psihoticheskie rasstrojstva vsledstvie upotreblenija sinteticheskikh kannabinoidov (spajsov) // Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii. - 2017. - № 2(95). - S. 25-29.

11. Krivulina O.E. Osobennosti formirovanija, klinika i dinamika zavisimosti ot sinteticheskikh kannabinoidov u podrostkov // Nevrologicheskij vestnik. - 2013. - T. 45. - № 4. - S. 87- 89.

12. Mryhin V.V., Ancyborov A.V. Dizajnerskie narkotiki: kratkaja istorija, ponytkaja sistematizacii na primere «spajsov» i «solej» // Nevrologicheskij vestnik. - 2017. - T. 49. - № 1. - S. 91-100.

13. Patrikeeva O.N., Ovchinnikov A.A., Kormilina O.M. Intoksikacionnye psihozy u potrebitelej sinteticheskikh kannabinoidov // Narkologija. - 2015.- № 1. - S. 41-45.

14. Patrikeeva O.N., Ovchinnikov A.A., Solov'eva I.G. Affektivnye rasstrojstva u lic s zavisimost'ju ot sinteticheskikh kannabinoidov, perenessih psihozy // Nevrologicheskij vestnik. - 2016. - T. 48. - №. 1. - S. 53-56.

15. Patrikeeva O.N. Ovchinnikov A.A., Solov'eva I.G. Motivacionnyj profil' potrebitelej sinteticheskikh kannabinoidov // Nevrologicheskij vestnik. - 2015. - T. 47. - №. 2. - S. 47-52.

16. Sinevich A.A., Kopytov A.V. Analiz social'no-demograficheskikh faktorov i klinicheskikh posledstvij potreblenija sinteticheskikh kannabinoidov // Medicinskij zhurnal. - 2016. - № 2. - S. 109-110.

17. Sumarokov A.A., Draljuk N.M. Katinony (proishozhdenie, osobennosti zloupotreb-

treblenija i klinicheskie aspekty) // Narkologija. - 2016. - № 8. - S. 74-79.

18. Tetenova E.Ju., Nadezhdin A.V., Savchuk S.A. Sindrom otmeny sinteticheskikh kannabinoidov // Narkologija. - 2014. - № 8. - S. 66-68.

19. American Association of Poison Control Centers Bath Salts Data. - 2016. -Mar 31, [Accessed May 15, 2017]. Available from: https://aapcc.s3.amazonaws.com/files/library/Bath_Salts_Web_Data_through_3.2016.pdf.

20. Arseneault L., Cannon M., Poulton R., Murray R., Caspi A., Moffitt T.E. Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: longitudinal prospective study // BMJ. - 2002. – V. 325. - P. 1212-1213.

21. Auwarter V., Dresen S., Weinmann W., Muller M., Putz M., Ferreiros N. «Spice» and other herbal blends: harmless incense or cannabinoid designer drugs // J. Mass spectrum. - 2009. - Vol. 44. – P. 832-837.

22. Brunette M.F., Dawson R., O'Keefe C.D., Narasimhan M., Noordsy D.L., Wojcik J., Green A.I. A randomized trial of clozapine vs. other antipsychotics for cannabis use disorder in patients with schizophrenia // J Dual Diagn. - 2011. – V. 7. – P. 50-63.

23. E.M.C.D.D.A. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction European Drug Report 2014; Trends and developments; Publications Office of the European Union, Luxembourg. - 2014. - P. 1–80.

24. Gage S.H., Hickman M., Zammit S. Association between cannabis and psychosis: epidemiologic evidence // Biol Psychiatry. – 2016. V. 79. – P. 549-556.

25. German C.L., Fleckenstein A.E., Hanson G.R. Bath salts and synthetic cathinones: An emerging designer drug phenomenon // Life Sci. – 2014. - V. 97. – N 1. P. 2–8.

26. Howlett A.C., Bidaut Russell M., Devane W.A., Melvin L.S., Johnson M.R., Herkenham M. The cannabinoid receptor: biochemical, anatomical and behavioral characterization // Trends Neurosci. – 1990. – V. 13. – P. 420-423.

27. Hurst D., Loeffler G., McLay R. Psychosis associated with synthetic cannabinoid agonists: a case series // Am. J. Psychiatry. - 2011. - V. 168. - 1119.

28. Jones H.J., Gage S.H., Heron J., Hickman M., Lewis G., Munafò M.R., Zammit S. Association of Combined Patterns of Tobacco and Cannabis Use in Adolescence With Psychotic Experiences // JAMA Psychiatry. – 2018. - Jan 17. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2017.4271. [Epub ahead of print]

29. Kasick D.P., McKnight C.A., Klisovic E. «Bath salt» ingestion leading to severe intoxication delirium: two cases and a brief review of the emergence of mephedrone use // The American journal of drug and alcohol abuse. - 2012. – № 38. – P. 176–180.

30. Karch S.B., Drummer O. Karch's Pathology of Drug Abuse. Fifth Edition. Taylor & Francis Group, 2016. - P. 273-364.

31. Karila L., Megarbane B., Cottencin O., Lejoyeux M. Synthetic Cathinones: A New Public Health Problem//CurrNeuropharmacol. – 2015. –V. 13. - N 1. - P. 12–20.

32. Katona I., Freund T.F. Multiple functions of endocannabinoid signaling in the brain // Annu Rev Neurosci. – 2012. – V. 35. – P. 529-558.

33. Mas-Morey P, Visser MH, Winkelmolen L, Touw DJ. Clinical Toxicology and Management of Intoxications with Synthetic Cathinones («Bath Salts»)// J Pharm Pract. – 2013. - V. 26. - N 4. - P. 353-357.

34. Mechoulam R., Parker L.A. The endocannabinoid system and the brain // Annu Rev Psychol. – 2013. - V. 64. – P. 21-47.

35. Murray R.M., Quigley H., Quattrone D., Englund A., Di Forti M. Traditional marijuana, high-potency cannabis and synthetic cannabinoids: increasing risk for psychosis // World Psychiatry. – 2016. – V. 15. – P. 195-200.

36. Piomelli D. The molecular logic of endocannabinoid signaling // Nat Rev Neurosci. – 2003. – V. 4. – P. 873-884.

37. Prosser J.M., Nelson L.S. The Toxicology of Bath Salts: A Review of Synthetic Cathinones // *Journal of Medical Toxicology*. – 2012. – V. 8. – N 1. – P. 33–42.
38. Stoica M.V., Felthous A.R. Acute Psychosis Induced by Bath Salts: A Case Report with Clinical and Forensic Implications // *J Forensic Sci*. – 2013. – V. 58. – N 2. – P. 530-533.
39. Schifano F., Orsolini L., Duccio Papanti G., Corkery J.M. Novel psychoactive substances of interest for psychiatry // *World Psychiatry*. – 2015. – V. 14. – P. 15-26.
40. Tandon R., Keshavan M.S., Nasrallah H.A. Schizophrenia, «just the facts» what we know in 2008. 2. Epidemiology and etiology // *Schizophr Res*. – 2008. – V. 102. – N 1-3. – P. 1-18.
41. Vandrey R., Johnson M.W., Johnson P.S., Khalil M.A. Novel Drugs of Abuse: A Snapshot of an Evolving Marketplace // *Adolesc Psychiatry (Hilversum)*. – 2013. – V. 3. – N 2. – P. 123-134.
42. Volkow N.D., Swanson J.M., Evins A.E., DeLisi L.E., Meier M.H., Gonzalez R., Bloomfield M.A., Curran H.V., Baler R. Effects of cannabis use on human behavior, including cognition, motivation, and psychosis: a review // *JAMA Psychiatry*. – 2016. – V. 73. – P. 292-297.
43. Winstock A, Lynskey M, Borschmann R, et al. Risk of emergency medical treatment following consumption of cannabis or synthetic cannabinoids in a large global sample // *J Psychopharmacol*. – 2015. – V. 29. – P. 698-703.
44. Winstock A.R., Mitcheson L.R., Deluca P., Davey Z., Corazza O., Schifano F. Mephedrone, new kid for the chop? // *Addiction*. – 2011. – V. 106. – N 1. – P. 154–161.
45. Zimmermann U.S., Winkelmann P.R., Pilhatsch M., Nees J.A., Spanagel R., Schulz K. Withdrawal phenomena and dependence syndrome after the consumption of «spice gold» // *Dtsch. Arztebl. Int.* – 2009. – V. 106. – N 27. – P. 464-467.

A.Yu. Egorov

DESIGN DRUGS:

A NEW PROBLEM OF ADOLESCENT ADDICTOLOGY

I.M. Sechenov Institute of Evolutionary Physiology and Biochemistry, Russian Academy of Sciences, St. Petersburg State University, I.I. Mechnikov Nord-west State Medical University (St. Petersburg).

Summary. The review considers the consumption of new designer drugs in adolescent youth, which in the Russian Federation by 2014 acquired a character close to the epidemic. Modern data on epidemiology, the picture of intoxication, the dependence clinic, the complications associated with the consumption of "spice" - synthetic cannabinoids (SC) and "bath salts" - synthetic psychostimulants (SP) - cathinones are given. Separately, the issue of the association of SC abuse and the schizophrenia development is considered. The need to develop evidence-based therapeutic tactics in SC and SP dependence is emphasized.

Keywords: designer drugs, spices, synthetic cannabinoids, bath salts, synthetic psychostimulants, cathinones, adolescent addictology

ОСОБЕННОСТИ «МАТЕРИНСКИХ ЭФФЕКТОВ» ФЕНОТИПИЧНОЙ ПЕРЕДАЧИ В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)³

**СПбГБУЗ «Городская поликлиника № 38», Женская консультация № 35
Центрального района (Санкт-Петербург).**

Резюме. Обзор литературы посвящен изучению факторов, влияющих на развитие человека в перинатальном периоде, различным аспектам материнского влияния, играющим главенствующую роль в формировании диады «мать-дитя». Рассмотрены существующие тенденции изучения влияния особенностей личности матери и состояния ее здоровья на формирование гестационной доминанты, а также проблемы пренатальной травматизации и вопросы пренатального обучения. Особое внимание уделено описанию «материнских эффектов» фенотипичной передачи. Анализируются исследования, являющиеся теоретической базой для разработки системы мониторинга благополучного развития в перинатальном периоде.

Ключевые слова: материнские отношения, перинатальный период, психологический компонент гестационной доминанты, материнские эффекты, здоровье новорожденного.

Мать традиционно считается ключевой фигурой той первичной среды, которая определяет сохранение, развитие и здоровье ребенка в перинатальном периоде. К настоящему времени накоплено много фактов, свидетельствующих о том, что эмоциональные реакции беременной на стресс-факторы, которыми насыщена повседневная жизнь, ее поведение влияют на формирование в послеродовом периоде у ребенка высокого уровня сепарационной тревоги, невротических расстройств, задержек психического развития, аллергии и других нарушений [14, 82]. По силе влияния на формирования личности ни одна система воспитания не может быть сопоставима с воздействиями тех отношений, которые складываются в диаде «мать-дитя» в перинатальном периоде развития. Именно в это время формируются все психофизиологические функциональные процессы, обуславливающие развитие личности ребенка. Материнский организм, будучи первичным «жизненным пространством» [25], воздействует на развитие психофизиологических функций и на их основе впоследствии на формирование личностных черт ребенка. Степень и качество данного воздействия зависят от здоровья матери, от ее отношений с окружающими, обеспеченности социальной и эмоциональной поддержкой со стороны значимых других, от отношения к беременности и ребенку и пр. Влияние стрессов и стрессоустойчивости также сказывается на адаптации ребенка к условиям жизненной среды, на его здоровье [31]. Показано, что снижение показателей материнской, детской, перинатальной заболеваемости и смертности в значительной мере определяется своевременным и правильным выбором метода родоразрешения [54]. Установлено, что у женщин, имеющих совокупность трех и более хронических заболеваний (эндокринной, сердечно-сосудистой, мочевыделительной систем, желудочно-кишечного тракта), чаще наблюдаются осложнения беременности гестозом, на фоне которых формируется хроническая плацентарная недостаточность, чаще происходит задержка внутриутробного развития пренейотов [15]. Наличие хронической соматической патологии матери неизбежно сопровождается формированием у нее «вторичной невротической симптоматики» в качестве реакции личности на основное заболевание [27], что также неблагоприятно ска-

³Начало. Окончание см. «Вопросы психического здоровья детей и подростков», 2018 (18), № 3.

зывается на развитии ребенка.

В настоящее время назрела стратегическая необходимость улучшения системы здравоохранения и социальной политики [35], в том числе и в системе родовспоможения. Одной из важнейших задач является формирование перинатального комплаенса. В данный период, как показывает практика, жалобы беременных невротического характера игнорируются специалистами женских консультаций и родовспомогательных учреждений в лучшем случае проводится симптоматическая медикаментозная терапия, психологической поддержки, психотерапевтической помощи женщины не получают [21]. Несмотря на высокую распространенность депрессивных расстройств во время беременности и в послеродовом периоде, в большом количестве случаев они не диагностируются [29].

Проблема влияния «материнского отношения» на развитие ребенка особенно актуальна, так как во многом может определять формирование фенотипа. Биопсихосоциальный подход к исследованию влияния матери на здоровье ребенка находит отражение в работах, посвященных влиянию на ребенка «материнских эффектов» негенетического типа. Актуальность такого подхода обусловлена высокими показателями перинатальной смертности и невынашивания беременности. В России ежегодно регистрировалось более 10 тысяч мертворождений и порядка 7 тысяч неонатальных смертей. В 2012 г. из 1 857 256 принятых родов, родилось 18 279 детей с очень низкой массой тела (менее 1500 грамм) [47]. По утверждению исследователей, большая часть репродуктивных потерь происходит в перинатальном и неонатальном периодах, но в 45%-50% случаев не удается выявить истинную причину прерывания беременности. Пациентки с неустановленной причиной прерывания беременности, составляют группу женщин с «необъяснимым» невынашиванием беременности [53]. Существует мнение, что интранатальные факторы (осложнения в родах) оказывают более сильное влияние на уровень перинатальной смертности и заболеваемости по сравнению с антенатальными факторами риска [28]. Наряду с другими факторами, влияющими на формирование внутриутробной среды, необходимо учитывать особенности психологических ресурсов матери [38].

Иммунологами было проведено изучение влияния материнской эмбриональной пищи на размер потомков млекопитающих. Эволюционные материнские эффекты (МЭ) возникают всякий раз, когда фенотипические черты матери непосредственно влияют на фенотип ее потомства независимо от генотипа. Речь идет о фенотипических изменениях в результате влияния, например, при передаче матерью пищевых продуктов во время поступления эмбриональной пищи. Одни материнские эффекты имеют генетическую основу, другие, установленные через материнское поведение, связаны с экологической обстановкой и также могут повлиять на адаптацию потомков. Например, размер и качество подстилки, созданной матерью-млекопитающим, являясь фенотипической чертой с сильной генетической основой, может повлиять на темпы роста ее потомства.

Ученые утверждают, что многие из МЭ оказывают влияние не только на физическую форму потомков (рост, вес, подвижность), но также по своему содержанию и качеству могут быть отнесены к экологическому, демографическому и эволюционному воздействию, и, с точки зрения нейрофилософии, на «моральную географию» [61]. Примером могут служить защита территории, физическая форма потомков, подражательное поведение, взаимодействие между родственниками непосредственно друг с другом или через мать, материнская семейная забота. МЭ менделевской фенотипичной передачи так же универсальны, как материнство. На сегодняшний день описано множество МЭ: «материнское наследование» (например, рост родителей, влияющий на рост потомков); «материнский выбор», как

результат поведения, который независим от фенотипа потомков (терморегулирующее поведение, ареал распространения, возраст матери, материнское защитное поведение). Более широкий класс МЭ, оказывающих влияние на фенотип, ученые определяют как «родительские эффекты» или, более широко, «эффекты семьи», «семейный образ жизни» [76]. Установлено, что фенотипичный эффект родителей не ограничен непосредственным родительским влиянием, родительские элементы также могут проявляться в фенотипах потомков [73]. Некоторые авторы отмечают, что МЭ в раннем онтогенезе могут привести к задержкам в эволюционном ответе, связанным с материнским выбором. МЭ также могут вызвать эволюцию в направлении одобренного матерью выбора, т. е. быть источником изменений, приводящим к изменению вида.

Подводя итог вышесказанному, можно сделать вывод, что эволюционная динамика черт, подвергающихся МЭ, существенно отличается от случаев, когда МЭ отсутствуют, характеризуя разные репродуктивные стратегии [40, 79]. Данные результаты определяют необходимость дальнейших междисциплинарных исследований по изучению влияния «материнского» на порождение и развитие жизни, обращают внимание на эволюционные процессы, которые ранее игнорировались [57, 74, 75].

МЭ – это влияние «материнского» как пренатально обусловленных возможностей, которые оказывают воздействие на приспособительные, адаптивные, экстренно складывающиеся динамические системы для осуществления конкретного поведенческого акта [6]. В.Н. Мясичев полагал, что новорожденный характеризуется генотипически и пренатально обусловленными возможностями. В процессе жизни онтогенетический опыт формирует фенотип организма, неразрывно связанный с фенотипом личности [31]. По утверждению П.К. Анохина, на каждый живой организм воздействуют свои внешние факторы в эмбриональном периоде, однако, несмотря на своеобразие условий, они ведут развитие нервной деятельности по определенной линии. После рождения человек имеет координированную и относительно одинаковую индивидуализированную деятельность в онтогенезе. Вместе с тем случайные факторы могут способствовать выявлению специфической линии развития. В процессе эмбрионального развития нервной деятельности человек имеет органическое единство случайных и необходимых факторов развития [5]. В зависимости от наличия или отсутствия неблагоприятных воздействий в критическом периоде эмбрионального развития организм может либо развиваться полностью, либо остаться недоразвитым, а то и деформированным.

В научной литературе встречаются работы о медицинских и психологических аспектах «физиологической беременности», мать рассматривается как биологический организм для вынашивания беременности. Многие исследования посвящены изучению механизмов регуляции патогенеза беременности, нарушениям формирования гестационной доминанты, изучением клинических форм осложнений беременности, в которых материнское тело является нестабильным и небезопасным местом для ребенка [65, 42, 9]. При этом изучаются метаболические особенности адаптации в норме и при угрозе прерывания беременности [53], изменения состояния головного мозга при адаптации организма женщины к беременности [43]. В то же время некоторыми учеными предлагается рассматривать «физиологическую беременность» как «болезнь адаптации» в современной экологической среде [19]. Так, в некоторых исследованиях по изучению репродуктивного здоровья, адаптации женщины к беременности, состояния пренейта, особенностей темпов роста и развития плода учитывается влияние этнического, климато-географического фактора [2], а также факторов риска проживания беременных женщин в условиях крупных промышленных агломераций, постоянного действия

малых доз радиации [44]. Установлена, в частности, связь задержки внутриутробного развития плода (ЗВРП) и невынашивания беременности в связи с климато-географическим фактором [10, 47]. Вместе с тем биомедицинская модель репродуктивной функции связана с эстетикой биомедицинского реализма (без учета ряда факторов, таких как проблемы «восприятия болезни», эффекта «посебо», стигматизации) [75, 79, 80, 83]. Встречаются работы, устанавливающие связь течения беременности с личностными особенностями матери. Так Т.В. Касатонova утверждает, что беременная женщина с астеническим типом темперамента нуждается в психопрофилактической подготовке, коррекции эмоциональности в период беременности и при подготовке к родам [28]. Таким образом, МЭ могут быть рассмотрены как многофакторный компонент, оказывающий влияние на состояние новорожденного, поскольку случайные факторы в некоторых случаях способствуют выявлению специфической линии развития ребенка, в том числе и в связи с этнической принадлежностью, климато-географической территорией проживания, психофизиологическим состоянием, личностными особенностями матери.

Некоторые исследователи связывают выживаемость детей в первый месяц после рождения не только с биологическими факторами, но и с целым рядом таких проксимальных детерминант, как образ жизни матери в период беременности, способ родоразрешения и уход за матерью [37, 38, 49, 68]. Многие исследователи рассматривают психоэмоциональный стресс как фактор риска течения беременности и родов, оказывающий непосредственное влияние на здоровье и психику ребенка не только в перинатальном периоде, но и имеющий долгосрочные последствия. В целом при проведении популяционного скрининга было установлено, что 45,95% всех беременных крупного промышленного центра вынашивают беременность в условиях психоэмоционального стресса [31]. При этом у новорожденных обнаружены качественно однотипные реакции. Они выражаются усилением дыхания, значительным повышением тонуса мышц, двигательной активностью, тремором, изменением сосудистых реакций. Подобные реакции объединены общим названием «родового стресса». Наличие отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза, наличие хронических соматических заболеваний являются стрессогенным фактором, создающим экстремальные условия антенатального развития [1]. Установлено, что в последние дни беременности в экстремальных условиях (например, асфиксии) у плода увеличиваются высокочастотные низкоамплитудные компоненты ЭЭГ и возникает медленный ритм – «ритм напряжения» в лимбической коре, ядрах таламуса и в стволе мозга. При отсутствии активирующих влияний или их недостаточной интенсивности возбудимость нейронов продолговатого и спинного мозга не наблюдается. При этом наблюдается тяжелая форма асфиксии или родового шока: родившийся ребенок практически не дышит, движения у него отсутствуют или минимальны, кровяное давление низкое. Отмечено, что все изменения ЭЭГ, наблюдаемые при асфиксии плода или новорожденного, имеют длительные последствия, часто значительно более выраженные, чем сама реакция [17]. Так, например, выявлена связь наличия в анамнезе новорожденных перинатальной гипоксии и асфиксии с нейропсихологическими резидуальными изменениями у детей старшего дошкольного возраста. Они проявляются выраженными нарушениями кинетической организации движений, зрительно-пространственного, акустического восприятия, зрительной памяти, внимания, мыслительных операций [18]. В литературе встречается термин «пренатальная травматизация», отражающий неблагоприятное влияние психосоциального хронического стресса матери во время беременности на иммунную систему развивающегося ребенка. Так, А.Д. Худовердян и его коллеги называют стрессовые ре-

акции неспецифической причиной многочисленных патологических состояний, в которых нарушения иммунных механизмов защиты имеют первостепенное значение. В результате психосоциального стресса матери во время беременности происходит подавление клеточной и гуморальной иммунной системы плода вследствие нарушения трансплацентарного переноса антител от организма матери к плоду. В результате иммунная система развивающегося организма может быть запрограммирована на пожизненные изменения, что приводит к последующему развитию atopических заболеваний (наследственной предрасположенности к возникновению аллергических заболеваний), а также, укорачиванию теломеров (концевых частей хромосомы ДНК, способной к репликации.), которое может индуцировать процессы клеточного старения, что является прогностическим фактором развития возрастных заболеваний [61]. Нарушение иммунных механизмов защиты в результате перинатального стресса, по данным клинических исследований, увеличивает, например, частоту случаев детской астмы в городской среде. При этом МЭ чаще наблюдались у детей, рожденных от матерей, проживающих в условиях, сочетающих особые ситуации, обстоятельства, среду обитания (низкий достаток семьи, неблагоприятные жизненные условия, социальное насилие, специфическое социальное окружение), имеющих высокий уровень кумулятивного стресса, зрелый возраст, склонность к астме. У новорожденных от этих матерей отмечалось снижение веса, диагностировались такие atopические заболевания, как аллергическая астма, экзема, сенная лихорадка, крапивница, пищевые аллергии [66]. При исследовании патогенеза и перинатальных осложнений при психоэмоциональном стрессе в период беременности выявлена прямая корреляционная связь между развитием вторичной слабости родовой деятельности и сроком беременности при стрессе, что свидетельствует о нарушениях формирования родовой доминанты при стрессе в конце беременности [32]. Установлено, что эмоциональный стресс матери (дистресс) и химические токсины вызывают биохимический дисбаланс плода, который ведет (в связи с уменьшением уровня серотонина) к защите от гиперактивности и к «принудительной беспомощности», приводит к низкому весу плода, увеличению процента смертности, нарушению когнитивного развития ребенка [14]. По мнению И.А. Аршавского усиленные гипоксические и гипероксические экспозиции, связанные, например, с избыточным питанием матери, приводят к подавлению или прекращению двигательной активности плода, снижают или даже прекращают избыточный анаболизм и тем самым процесс роста, затормаживают или прекращают полностью дальнейшее декодирование программы индивидуального развития [8].

По утверждению П.К. Анохина, одно из свойств живой материи – это способность к осуществлению фиксации нервной системой пережитого опыта. Фиксация пережитого опыта на высшем этапе называется памятью или наследованием признаков [4]. Ученые считают, что неблагоприятное воздействие жизненной среды пренатального периода записывается в долговременную память, оказывая воздействие на всю последующую жизнь ребенка [14]. Вместе с тем выявлено, что повышенная реактивность эмбриона в критические периоды развития при воздействии внешних факторов может как остановить развитие всей системы, так и привести к редукции, повышая вероятность возникновения ненаследственных модификаций, которые, согласно взглядам современных исследователей, играют роль в возникновении эволюционных превращений [43]. В то же время некоторые исследователи полагают, что существует рефракторный период по отношению к действию экстремальных факторов у новорожденных и связывают его с незрелостью различных отделов нервной системы. Ученые предполагают, что способность ор-

ганизма обеспечивать стрессовые реакции зависит от степени зрелости всех отделов гипоталамо-гипофизарно-адреналовой системы, которые формируются, по некоторым данным, в последнюю треть антенатального периода. Установлено, что на изменения внутриутробного развития в связи со стрессом плоды у разных матерей реагируют по-разному: часть из них адаптируются, другие же имеют задержки развития [51]. Вместе с тем установлено, что высокая тревожность матери во время беременности, ее эмоциональное напряжение оказывает определенное влияние на течение беременности и родов, в частности положение тела пренейта в утробе матери тесно связано с психологическим состоянием беременной и ее эмоциональной реакцией на стресс. В тех случаях, когда причина материнского стресса устранена, аномальное предлежание пренейта может измениться [16, 22]. Таким образом, пренатальную травматизацию как результат психосоциального хронического стресса беременной женщины целесообразно квалифицировать как МЭ «адаптации к беременности», оказывающий влияние на пренатальное развитие ребенка.

Следует отметить, что современное родоразрешение часто проводится с активным вмешательством в роды (операции кесарева сечения (КС), перинеотомия и эпизиотомия, вакуум-экстракция и пр.). В некоторых ситуациях это жизненно необходимо, однако в современных, хорошо оборудованных больницах развитых стран роды путем КС мало отличаются от вагинальных родов с точки зрения безопасности [75]. После 1980-х годов увеличилось количество родов, проводимых под эпидуральной анестезией, что послужило возникновению нового направления в медицине - «акушерской анестезиологии». При этом роженице нередко не предоставляют возможности выбора способа родоразрешения. В связи с этим в литературе появился термин «birthraped» (англ.: насилие в родах) [67]. Ряд ученых предлагает пересмотреть и переоценить некоторые сложившиеся в «индустриализированном родовспоможении» приоритеты, предлагая сохранить и развить принятое в традиционном акушерстве заботливое сопровождение женщины в родах [68]. Утверждается, что женщине в родах нужно чувствовать себя в безопасности. Следует без особых на то показаний избегать стимуляции родов с помощью медикаментов. Использование искусственно вводимого «гормона любви» окситоцина может привести к сокращению производства собственного окситоцина в организме женщины [39].

Выяснено, что имеются выраженные различия в адаптационных реакциях новорожденных в зависимости от способа родоразрешения. В результате эмпирических исследований установлено, что при одинаковой массе новорожденных, не достигающей 1000 г, показатели существенно лучше при самопроизвольных преждевременных родах по сравнению с индуцированными родами: достоверно чаще выживают дети при родах *per vias naturales* (естественным путем), происходящих без вмешательства (стимуляции окситоцином, перидуральной анестезии и пр.) [48]. Естественное течение родов создает условия для повышения возбудимости определенных структур ЦНС и создания в них состояния предпусковой интеграции всей функциональной системы рождения [5].

Вместе с тем возможное влияние фармакологических веществ, применяемых во время операции, обусловило возросший интерес к развитию ребенка, рожденного путем КС. Установлено, что девочки, родившиеся путем КС, составляют группу риска по нарушению репродуктивного здоровья. Выявлено, что течение беременности, родов, послеродового периода у женщин, родившихся путем КС по сравнению с женщинами, родившимися через естественные родовые пути, характеризуется более высокой частотой гестоза (39,7% и 25,4%), фето-плацентарной

недостаточности (32,6% и 15,3%), слабости родовой деятельности (33,7% и 15,3%), субинволюции матки (24,5% и 8,5%) и гипогалактии (24,5% и 11,9%). У данного контингента женщин чаще отмечается абдоминальное родоразрешение (31%). Следовательно, женщины, сами родившиеся путем КС, составляют группу риска по нарушению репродуктивного здоровья, во время беременности им рекомендуется проведение особой психофизиопрофилактической подготовки к родам в целях профилактики осложненного течения беременности, родов, послеродового периода, а также для сохранения и поддержания лактационной функции [59, 60].

Последствия абдоминального родоразрешения, влияющие на особенности психического онтогенеза ребенка, можно разделить на нейрофизиологические, физиологические и психологические. Отмечено, что психологические последствия проведения у матерей операции КС могут быть квалифицированы как МЭ способа родоразрешения. Они оказывают влияние на функциональное развитие мозговых структур ребенка, в результате чего нарушается правильное прохождение ребенка последовательных возрастных этапов. Прохождение ребенка через естественные родовые пути является необходимым этапом развития нервной системы. Появление ребенка в результате КС означает, что плод не участвовал в иницировании родов и не получил возможности запустить собственную систему гормонов стресса [39].

К психологическим последствиям КС в диаде «мать-дитя» относят изменения эмоционального состояния женщины, отношения ее к себе, отношения к ребенку, что оказывает влияние на детско-родительские отношения, на формирование первичной эмоциональной привязанности (бондинга). Установлено, что у матерей после КС чаще развивается депрессия, чем после вагинальных родов. Эмоциональное неприятие ребенка может сохраниться и после выхода из депрессии. При этом возникает чувство вины перед ребенком или склонность видеть в ребенке причину своего плохого самочувствия [49].

Опубликованные в последние годы результаты психологических исследований показывают, что поведение матери во время беременности обусловлено ее отношением к беременности и вынашиваемому ребенку, имеет решающее значение как для протекания самой беременности, так и для развития ребенка, формирования гармоничных диадных отношений мать-дитя [36]. Выживание и развитие младенца зависит от сформированных у матери последовательно протекающих доминантных состояний, направленных на зачатие, вынашивание, роды и лактацию, что обеспечивает направленность в нужное русло психических и физиологических процессов [8, 9, 12, 13, 14]. Учение о доминанте не исключает возможности возникновения нескольких борющихся доминант и нарушения при этом устойчивых систем, стереотипов и автоматизмов [34]. Известно, что сформированная стрессовая доминанта тормозит развитие гестационной доминанты (ГД) [9]. Установлено, что стрессогенные факторы нарушают естественный процесс психологической адаптации беременной женщины и негативно влияют на гестационный процесс вплоть до тяжелых случаев, когда дополнительная нагрузка на центральные регулирующие системы, обусловленные жизнедеятельностью системы «мать-плод», может оказаться чрезмерной. Возникающая угроза жизни матери (витальная угроза носителя системы) конкурирует с ГД и в результате может происходить удаление дестабилизирующего элемента, т. е. плода [46]. Вместе с тем характерные особенности доминанты выражаются как в способности суммировать и инерционно удерживать возбуждение в совокупности нервных центров, образующих доминантный очаг, так и в одновременном сопряженном торможении других нервных центров [53]. Сопряженное торможение, сопровождающее доминантный очаг возбуждения, возникающий во время беременности, позволяет понять ряд

явлений, не находящихся ранее объяснения, в частности повышение порога раздражения организма беременной женщины по отношению к ряду раздражителей, особенно патогенных. Еще в 1939 г. D. Sandweiss, H.A. Saltzstein, A. Farbman продемонстрировали следствия сопряженного торможения, создаваемого доминантным очагом беременности, на примере специально собранной статистики на 70310 женщинах. Они обнаружили отсутствие или прекращение начинавшейся язвы желудка и 12-перстной кишки во время беременности. В случае, когда обострение язвы 12-перстной кишки имело место во время беременности, последняя прерывалась рождением мертвого плода. Авторы объясняли отсутствие или прекращение язвы желудка и 12-перстной кишки во время беременности действием специального питуитриноподобного гормона (Antuitrin S.). Таким образом, отсутствие симптомов и рубцевание язв желудка и 12-перстной кишки во время беременности объясняется сопряженным торможением, развивающимся в соответствующих нервных центрах в связи с возникновением в других центрах доминантного очага беременности. Как утверждают ученые, в случаях, когда при конфликтном столкновении двух доминантных очагов один из них полноценно реализуется, а другой сопряженно тормозится, срывы высшей нервной деятельности не образуются [7]. Эти исследования показали целесообразность изучения психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД) как совокупности механизмов психической саморегуляции, включающейся у женщин в связи с беременностью, направленной на сохранение гестации и создание условий для развития будущего ребенка, формирующей отношение женщины к своей беременности, ее поведенческие стереотипы. Выделены и описаны оптимальный, эйфорический (для которого характерно не критическое отношение к возможным проблемам беременности и материнства), депрессивный, гипогестогнозический (игнорирующий) и тревожный варианты ПКГД. Воздействие стрессовых факторов, в том числе социально-психологических, может способствовать формированию отклоняющегося варианта ПКГД, сочетаний неблагоприятных вариантов ПКГД. Неблагоприятный тип ПКГД может быть выделен психотерапевтом в качестве психотерапевтической мишени, поскольку доказано, что эмоциональные нарушения у женщин в период беременности приводят к нарушениям протекания родов и расстройствам в поведении потомства [21, 22]. Так, эмоциональные проявления женщин при нежеланной беременности могут быть резко поляризованы. В одних случаях возникает устойчивый негативный депрессивный фон настроения, формируется депрессивный вариант ПКГД, в других – эмоциональная невключенность, безразличие – гипогестогнозический вариант ПКГД и в ряде случаев некоторая эйфория – эйфорический вариант ПКГД. Подтверждено, что, в зависимости от типа ПКГД находятся масса новорожденного, частота и срок преждевременного прерывания беременности. Модели поведения, связанные с формированием неблагоприятного варианта ПКГД, способствуют повышению риска угрозы прерывания беременности, преэклампсии, неблагоприятным родам, что, в свою очередь, отражается на родовом процессе, здоровье новорожденного [49]. Установлено, что дети, преждевременно рожденные от матерей с тревожно-депрессивным типом ГД, имеют достоверно более низкую массу тела, склонность к гипоксии, чаще нежизнеспособны. Ранняя детская смертность в этой группе в 2-3 раза превышает таковую среди новорожденных от матерей с физиологическими типами гестационной доминанты [48]. Отмечено, что случайные и нежеланные беременности (особенно у женщин с недостаточно развитым инстинктом материнства) чаще протекают с угрозой выкидыша, заканчиваются преждевременными (внезапными) родами [25]. Исследования А.И. Захарова подтверждают, что нежеланные дети физически слабы, чрез-

мерно обидчивы, капризны, часто болеют неврозами, у них развиваются патологические черты характера [24].

Установлено, что то, как произошло зачатие, влияет на будущую жизнь человека, поскольку предпосылки формирования ГД существуют у женщины еще до момента зачатия. Мотивы желания иметь ребенка могут быть как конструктивными, так и деструктивными [15]. Деструктивные репродуктивные мотивации у беременных женщин сказываются на становлении материнской ролевой идентичности [32]. Нежеланная беременность играет роль в появлении психологических проблем у родившихся детей (в т. ч. депрессий, суицидальных наклонностей) [90], в развитии психосоматических заболеваний [17]. У женщин, родившихся путем КС, достоверно чаще встречается эйфорический вариант ПКГД, что относит их к группе средней степени риска по нарушению формирования доминанты материнства (16,3%) [61].

Суммируя вышеизложенные факты, можно квалифицировать нежеланную беременность как МЭ «мотива зачатия», приводящий к проблемам психического здоровья родившихся детей.

G.N. Rakova

THE CHARACTERISTICS OF “MATERNAL EFFECTS” OF PHENOTYPE TRANSMISSION THROUGHOUT THE PERINATAL PERIOD(LITERATURE REVIEW)⁴

Municipal Polyclinic № 38, Female Health Department № 35 of the Central District (St. Petersburg).

Summary. The paper discusses the factors influencing the growth and development of a neonate during the perinatal period. Not the least of them are multifactorial aspects of maternal influence, which are the key factors in mother-and-child dyad. This article is also concerned with such practically important aspects as the current trends in the study of maternal health influence on gestational dominant formation, prenatal injury problems and prenatal teaching. Special attention is paid to the classification of maternal effects on the phenotype transmission. The paper analyzes the studies, which are the theoretical basis for the development of the system to monitor a neonate well-being in the perinatal period.

Keywords: mothering, perinatal period, psychological component of gestational dominance, maternal effects, neonate health.

⁴Beginning part. Final Part see «Voprosy psikhicheskogo zdorov'ya detey i podrostkov», 2018 (18), № 3.

Консилиум состоялся 5 апреля 2018 г. в Институте Гармоничного Развития и Адаптации («Игра»). Присутствовали 32 человека: психологи, психиатры, коррекционные педагоги – сотрудники Научного центра психического здоровья, Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского, Института Гармоничного Развития и Адаптации («ИГРА»), преподаватели Московского государственного психолого-педагогического университета, Московского городского педагогического университета и Российского национального медицинского университета им. Н.И. Пирогова, врачи и психологи Научно-практического центра психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой, детских поликлиник и центров.

Ведет консилиум **кандидат мед. наук А.А. Северный.**

История болезни представлена **кандидатом мед. наук Н.К. Кириллиной.**

Мальчик X, 9 лет.

Впервые обратился в «ИГРу» **25.01.2018 г.** по направлению психолога с **жалобами** на обмороки.

Анамнез (со слов отца, матери и данных мед. документации).

Наследственно-семейный фон

Линия отца

Отец, 37 лет, столяр, закончил институт по специальности «муниципальное управление», но по специальности не работал. Добрый, надежный, контролирующий («если позволить, контролировал бы все», контролирует количество времени проводимое сыном за планшетом, когда провожает в школу, доводит его до двери и т.д.). Не удовлетворен жизнью, «всегда находит, что не так», любит показать, кто в доме хозяин. Сына любит, в то же время говорит – «у него не может быть своего мнения», обижается, когда тот не слушается. Работает частным образом, занимается ремонтом. Много времени проводит дома с сыном. На второй психотерапевтической встрече потребовал договор и гарантий лечения, «чтобы потом вернуть деньги», если не будет эффекта. Недоволен ходом терапии, «столько уже ходим, а толку нет».

Бабушка, 62 года, работала буфетчицей, уборщицей, добрая, посвятила себя детям и внукам, всегда готова прийти на помощь. С сыном отношения не слишком теплые.

Дедушка страдал алкоголизмом, плохо обращался с семьей, ушел из семьи, когда сыну было 10 лет (с тех пор испытывает обиду к отцу). Умер в 2001 г. от рака гортани.

Линия матери

Мать, 37 лет, высшее образование (финансовый менеджмент), в последнее время успешна в карьере – начальник отдела в гос. департаменте. В детстве были аналогичные страхи (могла увидеть кого-то в отражении), но была более социализированной («я так боялась всего, людей, что решила, что надо всем нравиться»). Занималась музыкой и хореографией, душа компании, веселая, вечно что-то придумывала, курила с 11 лет, прогуливала уроки. Переученная левша. Считает, что сын похож на нее, «мне знакомы все его страхи», были обмороки в прошлом, боялась показаться смешной, сделать что-либо неправильно. С 14 до 26 лет было приблизительно 7 обмороков, раз в несколько лет, провоцировались духотой, нахождением в прокуренном помещении, 1 раз – от вида крови. После обмороков отмечала «прекрасное самочувствие». Сейчас характеризует себя как общительную, очень ответственную, очень привязана к сыну.

Бабушка, 61 год, работала медсестрой, веселая, добрая, не давила на дочь, но и не слишком помогала. Были проблемы с алкоголем, 5 браков. Всегда подавала себя «выше других». Дочь обижена на нее, что не помогала в уходе за внуком.

Дедушка работал журналистом-международником, был импульсивным, творческим, вспыльчивым. Был убит в возрасте 35 лет. Семья почти не контактирует с семьей бабушки, поэтому сведений о них мало.

Прабабушка, 87 лет, была профессором, преподавателем французского языка. Говорили, что она психически больна, возможно, шизофренией.

Внутрисемейные отношения

Отношения между отцом и матерью сложные. До 6 лет были частые конфликты из-за того, что периодически отец не приходил домой ночью, выпивал, возвращался под утро. В 4 года ребенка был бурный скандал между родителями. Со слов мальчика, помнит, как папа толкнул маму и она упала и что конфликт произошел из-за того, что мама покрасила волосы не в тот цвет. В 6 лет мальчика, после выписки его из больницы (подозрение на аппендицит) отец не встретил их из больницы. Была очень обижена таким отношением не столько к себе, сколько к сыну, и после этого произошел перелом в отношении к отлучкам мужа. Перестала устраивать скандалы, эмоционально отдалилась, демонстрирует «равнодушие», и даже ищет положительные моменты - «нам без него лучше, никто не бубнит». В последнее время недовольство вызывает и отсутствие постоянной работы мужа и невысокий заработок. В ноябре 2017 г. был избит, вернулся домой в крови, с подбитым глазом. Сын не переживал, так как у отца часто бывают травмы по работе. После этого у мужа упало зрение, и он стал реже отлучаться.

Анамнез

Родился от 1-й запланированной и желанной беременности, протекавшей с угрозой прерывания на 30-й неделе. Возраст матери на момент беременности 28 лет. Беременность протекала на фоне конфликтов с мужем и мамой. Роды в срок, затяжные, продолжительностью 19 часов, со стимуляцией – прокалывали плодный пузырь, ставили капельницу. Вес при рождении 3660, рост 52 см. Закричал сразу. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. К груди приложен сразу, взял грудь активно. Выписаны на 11 сутки в связи с осложнением у мамы.

Грудное вскармливание до 3 лет, с 2 лет сосал грудь только перед сном. Отмечались срыгивания. Продолжительное грудное вскармливание мама объясняет тем, что «мне было так удобнее», ребенок засыпал сразу, как брал грудь.

Раннее развитие: голову держит с 1-2 мес., сидит с 7-8 мес., ползает с 7-8 мес., ходит с 11 мес., первые зубы с 7 мес. Первые слова с 1 года, фраза с 1,5 лет. Быстро прибавлял в весе и росте с рождения, опережает возрастные нормы (мать и отец среднего роста). Горшок освоил до года, долго сам не ел, не одевался.

Не любил выходить из дома. Мать одетому давала грудь и потом спящего укладывала в коляску. Спал на прогулке только во время движения. Если просыпался на улице, сильно кричал и не успокаивался, пока не возвращались домой. Дома никогда не кричал так сильно, как на улице. Был очень привязан к матери, не отпускал ее. Был насторожен к чужим людям сначала, но демонстрировал интерес к ним через некоторое время.

Перенесенные заболевания и травмы: ротавирус в 9 мес., мононуклеоз, ветрянка, коклюш, частые синуситы, аденоиды, крипторхизм. В связи с последним перенес 2 оперативных вмешательства под наркозом в 4г. 10 мес. и в 7 лет 8 мес. Примерно с этого возраста боится попасть в больницу один. В 6 лет был стационарирован с подозрением на аппендицит, оперативное вмешательство не потребовалось. Жаловался периодически на боли в руках и ногах, обследовали у педиатров, объяснили это болями роста в связи с тем, что он опережает по росту сверстников.

Любимые игры: ЛЕГО, настольные и компьютерные игры, любит играть один, фантазируя с героями компьютерных игр. Назвал эту игру «хия-хия». Лего собирает один раз и играет потом собранными конструкциями. С другими детьми может играть в другие игры, но предпочитает предлагать свои правила, часто сюжетная игра: «принцесса, король, дракон».

С 1,5 лет нечастые истерики в ситуациях выбора – например, идти или не идти на улицу. В это же время появились «тики» (подергивал плечами). Говорил «Я плохой», запрещал называть себя по имени - «не называй меня Денисом, меня зовут никак». С 4 лет глазные «тики» – помаргивания. Усилились в начале 2-го класса, после поездки с классом на экскурсию.

В сад пошел в 2 г. 3 мес., долго адаптировался, не хотел ходить, стал часто болеть. После того, как уходила мама, сразу просился на горшок, начинался понос. Более регулярно стал ходил в сад с 5 лет, в общении был избирателен, мог прекрасно играть один. Воспитатели говорили «Какой самостоятельный ребенок!».

Начал читать с 2,5 лет. В школу пошел в 7 лет в класс с повышенной мотивацией, привык быстро, но часто болел. Учится в 3-м классе. Учиться нравится, отличник, испытывает «затруднения» с рисованием, физкультурой (моторно неловкий), технологиями. Если оценки начинают колебаться между 4 и 5, говорит «я плохой». Были трудности общения с некоторыми одноклассниками, которые били его, но постепенно конфликты прекратились. Есть друзья в классе, избирателен в дружбе. Некоторые дети подсмеиваются над ним, считают его странным из-за его игр, в которые он любит играть один. Не агрессивен, но может сказать «отстань от меня». Остается на продленку. С детьми общается только в школе. Сам рассказал одноклассникам о своих обмороках. Дополнительно занимается в кружках по школьным предметам – русскому языку, математике и информатике. Ходил на плавание, но из-за аллергии на хлорку перестал. По утрам зарядку делает не всегда и неохотно. Отказывается ходить в спортивные секции.

Много времени проводит с семьей. Слишком послушный, обо всем спрашивает, боится делать выбор – «я не хочу принимать решения». Например, в новых ситуациях звонит маме и спрашивает, что ему делать. На замечания расстраивается, злится на себя. Во всех происшествиях винит себя – «это я виноват», может постучать себе по голове. Очень привязан к маме, маленьким не отпускал ее. Спал с мамой до 5 лет. Сейчас засыпает с обязательным чтением с мамой. Мама вышла на работу, когда мальчику было 6 лет. По многу раз за день звонит ей по телефону. Ревнует к папе. Боится темноты – не заходит в темное помещение, но спит в абсолютной темноте, не любит, когда проникает свет в комнату.

Аппетит несколько повышен, избирателен. При составлении списка того, что ему нравится, большую часть посвятил еде. Укачивается в машине. Не садится рядом с другими людьми в транспорте.

Пессимист, мало радуется, часто говорит «мне скучно», со слов мамы. Сам свое настроение оценивает как веселое. Боится темноты, сделать что-нибудь неправильно, делать выбор, чужих людей, увидеть что-нибудь страшное, неприятное, резких громких звуков. Боится семейных конфликтов. Страх смерти родных «был всегда», со слов матери. Обсуждает с матерью тему реинкарнации, однажды спросил у нее про умершую прабабушку - «может быть, она – это я?»

Дома не раздвигает занавески в своей комнате, включает свет даже днем, закрывает двери, объясняя это тем, что боится отражений и бликов в стеклах – «как будто кто-то стоит». По дому передвигается только по определенному маршруту, не гуляет по квартире. В туалет ходит с телефоном или морской свинкой,

1-й обморок произошел в мае 2017 г., через час после урока физкультуры, на котором мальчик должен был вести занятие, на фоне полного здоровья, в магази-

не. Сказал «мне нехорошо, у меня голова кружится», побледнел. Мама ответила «сейчас пойдем» и стала завершать покупки, когда мальчик стал оседать, подхватила его на руки, крикнула «Скорою!», мальчик еще слышал это. Сознание отсутствовало 2-3 секунды, когда очнулся, увидел над собой сначала лицо охранника. Позже сказал матери, что испугался, что он «в скорой». Скорая помощь проверила АД, уровень сахара в крови, сделала ЭКГ, все показатели были в норме. После обморока самочувствие ребенка было хорошим.

2-й обморок в августе 2017 г. Находясь у бабушки, увидел по телевизору фрагмент детективного фильма со сценой удушения. Почувствовал себя «нехорошо», головокружение, побежал на балкон и упал. Продолжительность потери сознания приблизительно секунд 5. После этого приступа физически чувствовал себя хорошо, даже с несколько приподнятым настроением.

Были проведены следующие обследования:

ЭЭГ от 12.05.2017 г.: нерезкие изменения БЭА головного мозга с признаками дисфункции срединных структур в виде небольшой дезорганизации основного ритма, увеличения диффузной медленной активности фоновой амплитуды. Межполушарной асимметрии не выявлено. Типичных эпилептических знаков и локальной патологической активности не выявлено.

Цветовое дуплексное сканирование внечерепных отделов брахиоцефальных артерий от 14.05.2017 г.: признаков вертебробазиллярной недостаточности не выявлено.

3-й обморок в ноябре 2017 г. Во время ужина по телевизору шла передача о Тоньке-пулеметнице (девушке, которая во время ВОВ принимала участие в расстрелах мирных жителей). Потеря сознания около 10 сек., глубокий обморок с мочеиспусканием, с открытыми глазами.

После этого появился страх – боится упасть в обморок, появились предобморочные состояния при любом упоминании о насилии, смерти, семейных конфликтах, носит с собой карандаш с мазью «Звездочка», бьет себя по щекам. Перестал читать продолжение книг про Гарри Поттера. С этого времени ограничили просмотр телевизора, смотрели только детские программы.

4-й обморок 21.01.2018 г.: во время просмотра детской программы по телевизору неожиданно включилась реклама с драматическим упоминанием блокадного Ленинграда. Сказал «Все шумит, я не вижу» и упал в обморок. Родители использовали нашатырный спирт, били по щекам, укладывали на пол – ничто не помогло. Предобморочное состояние развивается за секунды, приступ длился до 10 сек.

Консультация кардиолога ЦДКБ 24.01.2018 г.: синкопы неясной этиологии.

Консультация невролога-нейрофизиолога ЦДКБ 25.01.2018 г.: по результатам оценки данных анамнеза, клинической семиологии эпизодов отключения сознания, факторов провокации (психоэмоциональные переживания), данным инструментальных обследований нервной системы (ЭЭГ-паттерны в норме; дуплексное исследование магистральных сосудов шеи в норме; спондилография шейного отдела в норме; ЭКГ лежа и стоя – норма) у мальчика имеют место нейромедиаторные вазовагальные синкопальные состояния с рефлекторной эмоциональной провокацией на фоне субпорогового тревожного расстройства. Убедительных данных в пользу эпилепсии нет.

В неврологическом статусе общемозговых, оболочечных, очаговых знаков нет. Тревожен, склонен к переживаниям. Тенденция к повышению массы тела. Отмечается диффузная мышечная гипотония с гипермобильностью в крупных суставах при достаточной силе мышц. Рекомендовано:

1. Холтеровский мониторинг ритма сердца.

2. Избегать факторов провокации обмороков: длительное вертикальное поло-

жение, нахождение в душном и жарком помещении, гипогликемия (голод), медицинские манипуляции проводить лежа (взятие крови и т. п.).

3. Обязательно делать зарядку, желательны спортивные занятия (плавание).

4. Фенибут по ½ таб. 3 раза в день 2 мес., затем тенотен детский по 1 таб. 3 раза в день 1 мес.

5. Нейромультивит по 1 таб. 2 раза в день 2 мес.

Психический статус при первичном осмотре (25.01.2018 г.): крупный, высокий, упитанный. Лицо слегка пастозное. Зашел в кабинет сначала охотно, но когда речь зашла о причинах обмороков, сразу забеспокоился и выскочил из кабинета в сопровождении отца. После беседы с матерью вернулся в игровую без сопротивления, хотя был несколько насторожен, отказался рисовать. Заинтересован беседой, старается понравиться, внимателен к терапевту. Игрушками почти не интересуется, кроме одной мягкой игрушки из компьютерной игры Соник, комнату не исследует. Рассказал, что учиться ему легко, по поводу оценок не переживает. Согласился оценить себя по варианту шкалы Дембо-Рубинштейн. Низкие оценки по шкале «сильные-слабые» («я не умею драться»), «храбрые-трусливые» («боюсь темноты, резких громких звуков»), «здоровые-больные» (поставил две отметки низкую - «падаю в обморок», повыше - «сопли»), «красивые-некрасивые» (немного снизил оценку из-за зубов), «умные-глупые» (снизил оценку из-за «особых знаний»). Максимально оценил себя по шкале «веселые-грустные». На вопрос о том, есть ли у него страхи, рассказал, что боится смерти, темноты. На первый же уточняющий вопрос по теме смерти отказывается отвечать, напрягается, меняется в лице, слегка отворачивается, тщательно избегает и других неприятных тем и говорит «на этот вопрос я отвечать не хочу». Обманы восприятия отрицает. Фон настроения в целом ровный. Мимика живая, временами защитная маскообразная улыбка. Сначала несколько напряжен, потом успокаивается, движения уверенные, свободные. Тиков не наблюдалось. Голос громкий, словарный запас достаточный, запас знаний несколько выше возрастной нормы.

На последующие встречи приходил оживленный, с повышенным настроением. Многоговорчивый. Выбрал настольную игру, похожую на ту, которая у него есть дома, и рассказывал об отличиях и правилах игры. На предложение поиграть с шиншилой Соней согласился, заинтересовался, но боялся ее трогать и брать на руки, постепенно привык, гладил, с оживлением и улыбкой реагировал, но не стремился поймать ее и держать на руках, наблюдал за ней со стороны.

На 2-й сессии было предложено нарисовать «Безопасное место», место, где ему хорошо и комфортно и он ничего не боится. Растерялся и не знал, что рисовать. Тогда было предложено придумать такое место. Задумался и начал рисовать: «Это «Черный квадрат» Малевича, комната без окон, там есть свет, с черными стенами, где нет фотографий. Я там один с планшетом». Через некоторое время пририсовал дверь и сказал «туда может войти мама». На вопрос о фотографиях ответил, что боится, когда на него смотрит кто-то со стен - «даже я двухлетней давности. Это странно, когда кто-то обрезанный по пояс смотрит на тебя». Рассказал, что одноклассники смеются над ним, считают, что он ненормальный из-за того, что он играет сам с собой. Назвал эту игру «хия-хия», придумывает истории с героями компьютерных игр. Эта игра ему нравится больше, чем игра с одноклассниками. При обсуждении темы злости - «меня бомбит, когда я проигрываю в игры. Мама сердится редко, но сильно, папа чаще, но быстро отходит». Была разъяснена и предложена техника якорения, охотно дома делал ее. Но когда в школе возникла стрессовая для него ситуация, не стал ее применять и маме объяснил, что то, что он должен делать, напоминает ему о его проблеме и ему становится от этого хуже. В школе избегает не только разговоров с одноклассниками на неприят-

ные темы, но и возможности услышать их. Например, позвонил маме, что когда одноклассники начали разговор о просмотренном фильме с возрастным ограничением 21+, сразу отошел от них. В начале марта, во время посещения Макдональдса, остался за столиком один, пока родители пошли заказывать. По их возвращении был встревожен, сказал, что ему было страшно, – «вокруг столько людей, все о чем-то говорят».

Был проконсультирован детским психиатром. С трудом перенес расспросы, позднее рассказал, что был расстроен не тем, что доктор пытался найти какие-нибудь проблемы, а как будто бы тот хотел, чтобы они были. Усиление страхов после консультации.

На 3-й сессии была сделана попытка пофантазировать на тему жизни без сегодняшних проблем (упражнение с чудесной феей). Напрягся, слегка помрачнел, затруднялся представить свой обычный день, утверждал, что его жизнь не изменится.

А.А. Северный: Есть ли вопросы по анамнезу?

И.Н. Галасюк, психолог: Я не совсем поняла, вы сказали создана достаточно безопасная обстановка и звучит все время мама, бабушка, а что у него с отцом?

Н.К. Кириллина: Отец со сложным характером, отношения тесно-конфликтные между отцом и матерью.

И.Н. Галасюк: А вот между мальчиком и отцом?

Н.К. Кириллина: Между мальчиком и отцом тоже тесно-конфликтные. С одной стороны, отец любит ребенка, и он тоже любит отца. Но в то же время, поскольку отец давящий и контролирующий, есть конфликт, например, по такой теме, как таймер. Отец заставляет играть сына на планшете по таймеру, а мальчик сопротивляется.

Е.О. Смирнова, доктор психол. наук: А вообще к компьютеру, планшету привязан? Вот когда он убегает, то куда?

Н.К. Кириллина: Он может убегать и в свои собственные игры. Не сказать, чтобы он совершенно все время проводил в планшете.

А.А. Северный: У него еще Лего есть.

И.Н. Галасюк: Я хотела спросить про самые ресурсные места, удовольствия. Самое любимое у него что? Что-то, что он очень любит?

Н.К. Кириллина: Когда он своей комнате с планшетом.

А.А. Северный: Когда он играет сам с собой - самое приятное состояние.

Н.К. Кириллина: Я еще забыла рассказать. Когда я ему рассказывала про консилиум, он сказал «вообще я не люблю быть в центре внимания».

Е.О. Смирнова: Для него это фрустрирующая ситуация.

Н.К. Кириллина: В то же время он любит быть в центре внимания в безопасной обстановке. Вот, например, на прошлой неделе он заболел, а в пятницу у них в школе был бал. Он не ходил в школу, но на бал пошел и там танцевал. И очень довольный вернулся.

А.А. Северный: Потому что это было в распорядке, в расписании - это надо выполнять.

Е.В. Корень, кандидат мед. наук: А юмор он понимает?

Н.К. Кириллина: Он развитый мальчик.

Е.В. Корень: А какие-нибудь препараты он принимает?

Н.К. Кириллина: Нет. Он недавно закончил принимать фенибут. Психиатр ему ничего не назначил.

Результат ЭЭГ-исследования (В.В. Грачев, кандидат мед. наук). Дата - 16.03.2018.

ЭЭГ дезорганизована. Представленность медленных волн несколько увели-

чена во всех отведениях. По данным количественного и визуального анализа ЭЭГ, индекс низкочастотной β -активности повышен в проекции передних зон коры головного мозга.

В затылочных отведениях доминирует слабоорганизованный островершинный зрительный α -ритм с подчеркнутостью по правому полушарию, в спектре которого наиболее представлены колебания частотой 9,5-10,0 Гц. Фрагменты α -ритма перемежаются многочисленными медленными волнами, нередко превышающими их по амплитуде.

В теменных отведениях регистрируются повторяющиеся периоды α -активности частотой 9,5 Гц, с отчетливым преобладанием по правому полушарию. В структуре этой активности отмечаются повторяющиеся бифазные острые волны и волновые сочетания близкие по форме к редуцированным комплексам «острая-медленная волна».

В течение записи наблюдаются повторяющиеся генерализованные вспышки нерегулярных θ -волн с амплитудным максимумом чаще в теменных отведениях (с подчеркнутостью по правому полушарию), реже лобно-центральных отведениях, а в проекции передних зон коры частые вспышки α -подобных колебаний.

При регистрации с открытыми глазами наблюдается отчетливая десинхронизация ЭЭГ с устойчивой депрессией зрительного α -ритма и ритмической α -активности в теменных отведениях; повышенный индекс медленных волн и отдельные θ -вспышки сохраняются. После закрывания глаз зрительный α -ритм восстанавливается не сразу.

Прерывистая Ф.С. вызывает реакцию усвоения ритма световых мельканий на частотах стимуляции от 3 до 12 Гц и усиление пароксизмальных проявлений. HV-проба приводит к заметному повышению индекса медленных волн, а со 2-й минуты пробы в записи начинают доминировать генерализованные разряды α -подобных и θ -колебаний с амплитудным максимумом в проекции передних зон коры длительно сохраняющиеся после окончания гипервентиляции.

Заключение: в ЭЭГ на фоне негрубых изменений по органическому типу выявляются регуляторные нарушения, отражающие умеренную ирритацию подкорковых, в первую очередь, диэнцефальных структур и некоторую слабость тормозных систем ЦНС. Обнаруживаются также признаки локальной ирритации в проекции теменных отведений правого полушария, где выявляются повторяющиеся волновые сочетания близкие к редуцированным комплексам «острая-медленная волна».

Отчетливых очаговых проявлений и эпилептической активности не зарегистрировано, однако наличие признаков локальной ирритации требует наблюдения в динамике, желательно проведение ночного ЭЭГ-мониторинга.

Заключение по результатам нейропсихологического обследования К.К. Данилиной

На приеме с мамой. Продуктивный контакт удается установить сразу. Предложенные задания мальчик воспринимает с интересом. Фон настроения несколько повышен. Демонстрирует некоторые признаки тревожности при столкновении с трудностями. Границы социального общения с взрослым выстраивает, соблюдает.

Объективно выявляется:

Темп деятельности равномерный, достаточно быстрый. Имеют место редкие импульсивные ошибки. Наблюдаются выраженные нарушения графической деятельности, а также пространственные ошибки на письме. Ошибки на письме не замечает, не исправляет. Ведущая рука – правая.

Речь развернутая, без нарушения грамматических, лексических и смысловых связей, эмоционально окрашена. Речь сопровождается невербальной экспрессией.

Словарный запас достаточный. При назывании предметных изображений ошибок не допускал. Узнавание фрагментированных («незавершенных») изображений затруднено. Объем слухоречевого внимания не снижен.

Уровень обобщения сформирован. Объем слухоречевой и зрительной памяти в пределах возрастной нормы.

Ведущая деятельность – учебная.

Тактильная (пальцевая) и кинестетическая чувствительность без особенностей: ребенок хорошо справляется с заданиями на запоминание и воспроизведение позы, без ошибок справляется с пробой на пальцевой гнозис, опознает пальцы рук при одиночном и двойном прикосновении. Глазодвигательная координация не затруднена. Ребенок удерживает взор в боковых положениях, не теряет фиксацию при следящих движениях глаз.

Отношения с родителями

Отношения с матерью по типу «слияния», с отцом амбивалентные. Со слов матери, отец ревнует сына к ней.

Заключение. Уровень интеллекта находится в пределах возрастной нормы. Таким образом, на фоне сохранных мнестических и мыслительных процессов отмечаются трудности консолидации зрительного образа. На письме отмечаются единичные ошибки по типу импульсивности, без дальнейшей самокоррекции. Также наблюдается задержка формирования графомоторных навыков (примитивный рисунок с выраженной диспропорцией схемы тела человека). Вышеперечисленные особенности могут указывать на признаки дефицитарности правого полушария.

Рекомендации:

- 1.Патопсихологическое обследование
- 2.Индивидуальные занятия с психотерапевтом
- 3.Семейная психотерапия
- 4.Курс нейропсихологической коррекции
- 5.Наблюдение в динамике

А.А. Северный: Курс нейропсихологической коррекции на что должен быть направлен?

К.К. Данилина: Из-за того, что основные проблемы - это интенсивные ошибки на письме. Например, путал буквы «б» и «д», путал цифры, дату. Когда я ему сказала «кажется, есть ошибка в дате», он посмотрел и сказал «да, сегодня 15-е», но не исправил. Это такие импульсивные, там и лобные есть проблемы.

А.А. Северный: В основном это высшая кора?

К.К. Данилина: Да, это кора, правое теменное полушарие.

В.В. Чубаровский, доктор мед. наук: Можно уточнить - задержка психомоторики что это такое?

К.К. Данилина: Графомоторные навыки, то есть рисунок, нет объема на рисунке. Рисунок по типу - это голова, две точки, палочка, без шеи, овальное тело, овальные руки, огромные круглые пальцы. На самом деле из простых форм слеплен рисунок.

А.А. Северный: Такой формализованный достаточно. С одной стороны, такой высокий интеллект, а с другой, такой рисунок.

К.К. Данилина: Это даже не дошкольный рисунок. Проблема восприятия законченных образов. Его пугает обрубленное тело на фотографиях. Фотографии он не достраивает в целое.

А.А. Северный: То есть фиксируем его диссоциацию - уровень развития рисунка не соответствует его уровню развития в целом. Кто у нас еще смотрел?

Заключение по данным психологического исследования Н.В. Зверевой, кандидата психол. наук, М.В.Зверевой, кандидата психол. наук . Дата иссле-

дования 25.02.18 г.

Использованные методики:

1. Когнитивная сфера (10 слов, парные ассоциации, фигуры Липера (фрагментарные изображения), идентификация формы, память+счет. Таблицы Шульте, Направленные вербальные ассоциации, малая предметная классификация, конструирование объектов и др).

2. Эмоционально-личностная сфера и общение (Рисунок себя, Самоописание, методика возрастной идентификации Белопольской, Распознавание жестов, Самооценка по Дембо-Рубинштейн, самооценка в конкретной деятельности, тест руки, РАТ, фото-тест и др.).

3. Беседа с матерью

Мальчик обследован в присутствии матери, во второй половине дня, общее время контакта с психологом – 1 час 50 мин. Ребенок в целом выглядит в соответствии с паспортным возрастом, достаточно крупный. В контакт вступает, на вопросы отвечает подробно и конкретно, рассказывает о школе, увлечениях, прочитанных книгах, домашнем животном (морской свинке); самостоятельно о своих страхах говорит немного, но акцентирует на них внимание. Проявляет готовность к лечению – помощи, рассказывает о прошедших занятиях с психотерапевтом. Фон настроения в целом ровный, нейтральный, выраженной реакции на успех-неуспех не проявлял. Речь развернутой фразой, без особенностей. Чтение автоматизированное. В течение длительного времени сидел на месте и выполнял задания, попеременно контактировал с каждым из проводящих обследование психологов. Видимых признаков утомления не отмечалось. Некоторые задания вызвали познавательный интерес, спрашивал об оценке. Понимание инструкции трудностей не вызывало. Темп деятельности и продуктивность достаточные.

Объективно. Исследование слухоречевой памяти показывает высокий объем непосредственного запоминания, успешное заучивание, высокую эффективность запоминания (90%). Кривая заучивания – 7 8 9 10 10, отсроченное удержание максимально высокое – 10 единиц. Введение сильных смысловых связей улучшает объем (до 10 единиц при норме 8,8), для отдаленных смысловых связей – снижение объема (мальчик сразу заметил более сложный уровень задания и снизил объем до 3 единиц, при этом замечает, что «я смотрю в одну точку и не вижу, т. е. не запоминаю»). В методике, где требовалось распределение внимания между подсчетом букв и их запоминанием, мальчик демонстрирует хорошие показатели произвольного внимания и памяти. Введение мотивирующей инструкции приводит к улучшению показателей памяти и внимания (больше слов запомнил, быстрее посчитал буквы), при этом точность подсчета снизилась. Большинство показателей методики «память+счет» не выходит за границы возрастной нормы.

Исследование восприятия фрагментарных изображений показывает хорошее (на уровне возраста) умение синтезировать их в целостный образ, высказываемые гипотезы стандартные. Методику на идентификацию формы выполняет безошибочно.

В пробах на внимание результаты мальчика существенно лучше возрастных. Темп работы высокий, к концу (на 4-й таблице) результаты чуть ниже (но в пределах нормы), введение мотивирующей инструкции также улучшает уровень выполнения задания (лучше возрастных показателей), т. е. обращение к ресурсам (мотивирующая инструкция) дает положительные результаты.

Исследование мыслительной деятельности выявляет сложную картину сочетания относительно высокого уровня обобщения, с наличием небольшого количества нестандартных ответов, при том продуктивность в методиках, требующих предметно-содержательного анализа, не снижена. Мальчик показывает умение

творчески подойти к решению задач, выйти за пределы заданного. В направленных вербальных ассоциациях дает разнообразные ответы, нет повторов, скорость ассоциирования достаточно высокая.

Распознавание эмоционально-выразительных движений (поз и жестов) доступно, много адекватных и правильных интерпретаций, при этом изредка отмечаются ошибки оценки пола. Знание символических жестов по возрасту, в ответах есть указания на агрессию, страх. Можно думать о негрубой дефицитарности в социализации ребенка. Проективный рисунок (рисунок себя) - портрет по плечи - занимает практически весь лист, расположение центральное, размер большой, тип изображения – смешанный, отсутствуют некоторые детали (уши), одежда представлена, очевиден пол нарисованного персонажа. Диспропорциональность фигуры – большая голова, разные по размеру глаза (с неравномерным зачернением зрачков), фон настроения персонажа как будто ближе к повышенному (улыбка во весь рот). Качество рисунка на нижней границе нормативного для возраста. Самоописание предельно скупое – ФИО и еще «умный, скромный», говорит, что ему трудно себя оценивать. Самооценка в конкретной деятельности по-детски высокая, без элементов критичности, мальчик считает, что все легко и хорошо получилось. В методике половозрастной идентификации правильно выстраивает возрастную последовательность, в качестве положительного привлекательного образа выбирает свой возраст в обеих выборках, а негативное отношение, также в обеих выборках – младенец. Прямая самооценка по Дембо-Рубинштейн и непрямая оценка тех же показателей по цветовому тесту отношений показала небольшие противоречия. При положительной оценке себя по основным параметрам при прямой самооценке: здоровье, ум, характер и счастье, при непрямой оценке противоположные значения по шкале «характер». По данным проективной методики «Тест руки» показатели агрессивности выше возрастной нормы и имеют гетеродеструктивную направленность. Проективная методика РАТ (в модифицированной версии) показывает наличие страхов у ребенка, прежде всего смерти и убийства, на аналогичные переживания опасности внешнего мира указывают и результаты фото-теста (оценка опасности ситуаций).

Резюме. На первый план при психологическом обследовании выступают следующие особенности психической деятельности мальчика:

Соответствующее высокой норме развитие перцептивной и мнестической деятельности, параметров произвольного внимания и умственной работоспособности.

В мыслительной деятельности отмечается достаточное по возрасту владение основными логическими операциями, есть ресурс в творческом подходе к выполнению заданий, выявляется негрубое снижение показателей стандартности.

Основные особенности касаются эмоционально-личностной сферы: по-детски завышенная самооценка, достаточная осведомленность о социуме, при одновременной негрубой социальной дефицитарности, готовности к агрессии вовне, наличию страха перед опасностью окружающего мира.

Рекомендуется психотерапевтическая поддержка, консультации специалистов (психолога и психиатра) в динамике.

М.В. Зверева: Мальчик достаточно легко выполнял задания. Поначалу пытался обращаться к маме, которая сидела рядом. На что мы сказали «Нет, мама не должна тебе помогать, мы все-таки с тобой разговариваем, мама может уйти», но он запротестовал, и мама осталась рядом с ним сидеть, но она ему дальше не подсказывала. Иногда ее вовлекали в качестве стимулирующего помогающего члена компании.

Он рассказал, что посмотрел мультфильм Тайна Коко, посвященный теме смерти,

путешествию по ту сторону жизни. Его эта тема очень интересовала. Я его спросила, что ему больше всего понравилось. Он ответил - песни, то есть до конца он не раскрылся. Очень сильно его напрягли ответы по Рисуночному перцептивному тесту, потому что он впрямую говорил, что «один убил другого», «гонится один за другим с неизвестными намерениями», «на скамейке зовет на помощь, а другой, опасный, выходит сильно обидевшийся», «другой хочет отомстить», у него очень много опасностей вплоть до убийства. Когда его просили разделить карточки с различными проявлениями опасных ситуаций на три группы - безопасные, средние и опасные, опасных вышло на самом деле не так много. Люди - все безопасные, опасные только люди с оружием. Еще он рассказывал в связи с карточкой о пожаре, что у них в доме был пожар на 12-м этаже. Они живут на 16-м этаже. Я у него спросила «а тебе это было страшно?», он сказал «нет, меня родители усадили в комнате, и мне не было страшно».

А.А. Северный: Каких-то признаков опоры на латентные признаки не было?

М.В. Зверева: Нет, все было в пределах возрастной нормы.

А.А. Северный: Очень хорошо. Все у нас с обследованиями? Тогда начнем с ребенка, а потом пригласим маму.

Мальчик: Здравствуйте!

Северный А.А.: Здравствуй! Мы с тобой уже знакомы. Ну как, ты больше не будешь на меня сердиться?

Мальчик: Нет

Северный А.А.: А за что сердился?

Мальчик: Просто мне после первого разговора с вами стало жутко. Вы вопросы задавали.

А.А. Северный: Какие вопросы тебя смутили?

Мальчик: Слышал ли я чьи-то голоса, видел ли я какие-то силуэты.

А.А. Северный: А как ты думаешь, почему я тебя об этом спрашивал?

Мальчик: Чтобы узнать, все ли в порядке с моей психикой.

А.А. Северный: Так я должен был это узнать или нет?

Мальчик: Да.

А.А. Северный: Как тебе показалось, какой вывод я сделал?

Мальчик: Что у меня все в порядке.

А.А. Северный: Ну вот видишь, значит нет оснований переживать?

Мальчик: Да.

А.А. Северный: И все-таки смотри, мы собрались здесь, все специалисты - психологи, врачи - с единственной целью, чтобы понять, нужна ли тебе помощь. Как ты думаешь?

Мальчик: Я не знаю.

А.А. Северный: Ты бы хотел, чтобы кто-то из специалистов тебе помог?

Мальчик: Да.

А.А. Северный: То есть ты думаешь, что тебе какая-то помощь нужна?

Мальчик: Да, я думаю, но я точно не знаю, какая.

А.А. Северный: Какая - это решают специалисты. Мы с тобой должны понять, что бы ты хотел получить с нашей помощью?

Мальчик: Не бояться.

А.А. Северный: Чтобы не было страхов. Ну, так расскажи, что за страхи-то?

Мальчик: Я не хочу об этом рассказывать.

А.А. Северный: Ты можешь объяснить, почему ты не хочешь рассказывать?

Мальчик: Я боюсь об этом вспоминать, потому что всякий раз, когда я об этом вспоминаю, мне становится не по себе.

А.А. Северный: То есть это неприятно?

Мальчик: Да.

А.А. Северный: То есть они имеют для тебя значение. Тогда у нас возник вопрос, а как же ты с ними все-таки борешься?

Мальчик: Я стараюсь отвлекать себя от этой мысли, я уйду куда-нибудь в другое место. Чаще всего я могу книжку почитать или планшет включить, чтобы поиграть, чтобы отвлечь себя.

А.А. Северный: То есть что-то такое, что тебя увлечет?

Мальчик: Да.

А.А. Северный: И это тебе помогает?

Мальчик: Да.

А.А. Северный: Ну вот видишь, все очень разумно. Но, несмотря на это, все-таки они появляются?

Мальчик: Да.

А.А. Северный: А ты можешь сказать, чаще всего в каких ситуациях они появляются?

Мальчик: Когда я вижу что-то страшное по телевизору. Причиной всех обмороков, кроме первого, был телевизор.

А.А. Северный: Но ведь можно не смотреть по телевизору то, что пугает?

Мальчик: Да, вот мы сейчас вообще не смотрим телевизор, Точнее, за едой не смотрим.

А.А. Северный: Тогда вот какой вопрос. Вы сейчас не смотрите по телевизору то, что может испугать?

Мальчик: Да.

А.А. Северный: И вот за все это время у тебя страхов не было?

Мальчик: Да.

А.А. Северный: Или все-таки бывали в других ситуациях?

Мальчик: Бывало в школе о чем-то таком говорят.

А.А. Северный: То есть, чтобы возник страх, нужно чтобы что-то снаружи действовало?

Мальчик: Да, чтобы что-то спровоцировало его.

А.А. Северный: «Спровоцировало» - какие ты слова знаешь! А вот сам по себе такой страх не возникнет?

Мальчик: Нет.

А.А. Северный: Прекрасно. Значит, с этим мы разобрались. В тот момент, когда возникает страх, что-то в голове меняется?

Мальчик: Да, я начинаю сильно волноваться. И если страх сильнее, то, естественно, это обморок.

А.А. Северный: Вот это волнение ты как ощущаешь? Ощущаешь только в чувствах или в теле?

Мальчик: В чувствах.

А.А. Северный: А в теле?

Мальчик: Нет.

А.А. Северный: То есть в этот момент в теле каких-то неприятных ощущений не появляется?

Мальчик: Нет.

А.А. Северный: Нет так нет, по-всякому это бывает. О том, что неприятно в твоей жизни, мы поговорили, а что приятно?

Мальчик: Почти все.

А.А. Северный: Что для тебя самое приятное, чем бы ты мог заниматься неограниченное время?

Мальчик: Читать я могу неограниченно.

А.А. Северный: А что ты любишь читать?

Мальчик: Фантастику.

А.А. Северный: Что ты читаешь в данный момент?

Мальчик: Таню Гроттер.

А.А. Северный: А Гарри Поттера а все-таки не стал читать?

Мальчик: Я дочитал до пятой части, ну там для меня стало как-то страшно, даже на одном моменте как-то плохо стало.

А.А. Северный: А у Тани Гроттер не страшно?

Мальчик: Да, я уже дочитал до шестой части.

А.А. Северный: Значит чтение, а вот общение насколько для тебя нужно и приятно? Или не обязательно?

Мальчик: Смотря о чем говорить, ну и с кем.

А.А. Северный: Тогда самое приятное общение для тебя с кем?

Мальчик: С родителями естественно.

А.А. Северный: А помимо семьи?

Мальчик: Есть некоторые друзья, но с ними скорее просто весело общаться, не приятно.

А.А. Северный: То есть такого чувства удовольствия нет от общения?

Мальчик: Нет.

А.А. Северный: Я правильно тебя понял, что чувство удовольствия от общения только с родителями?

Мальчик: С Натальей Капитоновной (психотерапевтом).

А.А. Северный: А почему же тебе с Натальей Капитоновной приятно общаться?

Мальчик: Ну я не знаю, просто она хорошая.

А.А. Северный: «Просто она хорошая» - вот это самое главное. Скажи, пожалуйста, ты себя помнишь с какого возраста?

Мальчик: Я помню себя где-то за пару дней до дня рождения четыре года.

А.А. Северный: Когда ты был маленький, ты часто жаловался, что у тебя болят руки и ноги. Ты помнишь?

Мальчик: Не особо, руки нет, а ноги помню. Мне мама говорила, что они растут.

А.А. Северный: Правильно, врачи так объясняли. А ты можешь вспомнить, что это было за ощущение?

Мальчик: Не знаю, руки и ноги затекали, в то же время была какая-то разница затекают они или болят. Это было нечто среднее между этим.

А.А. Северный: Это было какое-то неопределенное ощущение?

Мальчик: Да.

А.А. Северный: Тебе нравится учиться?

Мальчик: Да, конечно.

А.А. Северный: Почему конечно, не всем же нравится.

Мальчик: Ну, я не знаю, мне просто нравится учиться, я не знаю, как это объяснить.

А.А. Северный: Что ты думаешь о будущем, кем ты себя представляешь?

Мальчик: Я хочу стать ученым.

А.А. Северный: Ученым чего?

Мальчик: Физиком.

А.А. Северный: А что именно по физике ты хочешь изучать?

Мальчик: Я пока не знаю, потому что прогресс до того времени поменяется.

А.А. Северный: Это понятно, но уже сейчас ты можешь что-то нафантазировать?

Мальчик: Пока нет.

А.А. Северный: То есть фантазии твои на будущее не распространяются?

Мальчик: Нет.

А.А. Северный: То есть ты не думаешь, я изобрету что-то или найду то-то?

Мальчик: Я представляю, но не знаю как это сделать.

А.А. Северный: А все-таки что ты представляешь?

Мальчик: Телепорт.

А.А. Северный: А, телепортацию. А ты об этом где-то читал или слышал?

Или это твое собственное воображение?

Мальчик: Я не помню, я где-то услышал или прочитал.

А.А. Северный: И последний вопрос от меня. Что для тебя наиболее огорчительно, чего бы ты хотел избегать?

Мальчик: Так сказать, в моей жизни никто не умер пока что, Слава богу.

А.А. Северный: Чтобы все были живы.

Мальчик: Ну, да.

А.А. Северный: Сейчас наши ученые, может быть, тебе тоже какие-то вопросы зададут. Ответишь?

Мальчик: Да, конечно.

С.В. Гречаный, доктор мед. наук: Скажи, пожалуйста, вот человеческая жизнь, есть приятные состояния, есть неприятные состояния. Как переживать то, что тебе неприятно? Каким образом можно это преодолеть?

Мальчик: Отвлекаться. Я считаю, что тут очень важна помощь близких. Ну, это с большими неприятностями.

С.В. Гречаный: У меня неприятное чувство - каким способом преодолеть это самостоятельно? Не в связи с мамой и с папой?

Мальчик: Можно просто не обращать на это внимание.

С.В. Гречаный: А у кого сил больше - у тебя или у мамы? И почему?

Кто сильнее из вас по силе характера? Кто побеждает - мать или сын?

Мальчик: Сын.

С.В. Гречаный: Совершенно верно. Из этого возникает один вопрос - каким образом можно успокоить маму? Какие слова ей сказать?

Мальчик: Прости.

С.В. Гречаный: Даже если тебе страшно?

Мальчик: Все в порядке все хорошо. Извини.

С.В. Гречаный: Вот ты приходишь со школы, кто должен первым этот вопрос поднимать ты или мама? Ну, например, что сегодня было страшно, сцена про блокаду была где-то.

Мальчик: Естественно, я всегда рассказываю, что было в школе.

С.В. Гречаный: Как ты это рассказываешь?

Мальчик: Обо всем самом важном.

С.В. Гречаный: Извините, уважаемая аудитория, что я перехожу на психотерапию, но я считаю этот вопрос самым важным, самым ключевым. Каким образом убедить маму, что ты держишь под контролем свои страхи и ты принципиально знаешь, как эту проблему решить?

Мальчик: Говорить, что ничего страшного, что все хорошо. Ну, и привести себя в норму.

С.В. Гречаный: И, конечно, твоя субъективная уверенность, твое внутреннее состояние. Ребенок считывает эмоциональное состояние мамы.

И.В. Добряков, кандидат мед. наук: Я хочу открыть маленький секрет - нам показали твои рисунки, ты не против? Они нам очень понравились, но один рисунок был загадочный. Там нарисованы человечки, ты не можешь сказать кто это?

Мальчик: Первая клетка - это мама.

И.В. Добряков: А дальше?

Мальчик: А дальше то, чем я горжусь – мои оценки. А дальше я, как и все современные дети, играю в компьютерные игры. Это герои из двух игр. Первый - это скелет Санс из «Undertale» и а второй Shadow. Мне нравятся эти персонажи.

И.В. Добряков: Все понятно, спасибо!

А.А. Северный: А какие тебе нравятся компьютерные игры?

Мальчик: Соника, Undertale.

А.А. Северный: Что это за игры?

Мальчик: Многие сейчас увлекаются ГТА, я нет, я против этого. «Undertale» - эта игра в виде пикселей, но от лица сверху, и чтобы найти хорошую концовку, нельзя никого убивать. Это главное правило. Ну, а Соника мало кто не знает.

А.А. Северный: Еще вопросы к мальчику?

Г.В. Скобло, кандидат мед. наук: Скажи, пожалуйста, когда ты получаешь четверку, тебе это бывает очень неприятно?

Мальчик: Ну, да, когда четверка по чему-то важному, например, тест, я тревожусь. Троек у меня не бывает. О двойках даже говорить не приходится.

Г.В. Скобло: Ну, получил четверку и начал тревожиться?

Мальчик: Да, начинаю переживать, что у меня из-за этого будет четверка в четверти.

Г.В. Скобло: Как долго ты можешь переживать из-за этой четверки?

Мальчик: Где-то дня два.

Г.В. Скобло: Потом ты ее исправляешь?

Мальчик: Нам не дают такой возможности.

Г.В. Скобло: Успокаиваешься, а потом вдруг опять четверка, и опять ты начинаешь тревожиться?

Мальчик: Если по тому же предмету, то я начинаю тревожиться вдвое сильнее. Наверное, до конца четверти, потому что две важные четверки по одному предмету - это уже четыре в четверти.

Г.В. Скобло: Но, в общем, у тебя все в порядке? Потом все пятерки, правда же?

Мальчик: Да.

А.А. Северный: А почему так важны оценки?

Мальчик: Потому что я хочу на отлично закончить каждый класс. Второй класс я уже на отлично закончил. Я хочу этим гордиться, чтобы мама мной гордилась, папа.

А.А. Северный: Ты сам хочешь гордиться или для мамы?

Мальчик: Впервые очередь, естественно, сам.

В.В. Чубаровский: Ты интересуешься такими серьезными проблемами - реинкарнации, «Тайна Коко», вопросы смерти. Это сфера твоих интересов?

Мальчик: Я бы не сказал, что мне это прямо интересно. Да, я верю в реинкарнацию.

В.В. Чубаровский: Ты где-то это читал, кто-то тебе рассказывал?

Мальчик: Мне было лет шесть, мне мама читала книгу, где говорилось про реинкарнацию. И мама мне объяснила, что это такое.

В.В. Чубаровский: Страх смерти не бывало никогда?

Мальчик: Своей нет. Я недавно вычитал в книге такую цитату «Кому суждено погибнуть на виселице, тот не потонет и в огне не сгорит».

В.В. Чубаровский: Для того, чтобы тебе было хорошо, что нужно изменить в твоей жизни?

Мальчик: Это трудный вопрос, я не могу дать на него ответ.

М.В. Зверева: Скажи, пожалуйста, ты посмотрел какой-нибудь новый фильм

за это время?

Мальчик: «Фердинанд» недавно смотрел. Хороший мультик.

М.В. Зверева: Что тебе больше всего понравилось? Бывает, что что-то зацепило или просто понравилось, было хорошее настроение?

Мальчик: Второй вариант.

Е.В. Корень: А что-то необычное происходило с тобой жизни?

Мальчик: Что-то необычное?

Е.В. Корень: Да, например, мистика, странности в жизни, может, казалось, что кто-то следит за тобой, наблюдает или еще что-нибудь?

Мальчик: Нет, такого никогда не было. Но конечно всегда создается такая иллюзия с фотографиями и так далее. Фотографии есть и у меня в комнате, они меня иногда пугают.

Е.О. Смирнова: Как будто они на тебя смотрят?

Мальчик: Да.

Е.В. Корень: С зеркалом то же самое?

Мальчик: Да. Это опять школа. Я однажды видел, как мальчик смотрел по планшету, где показывали людей, у которых суперспособности. Там был один человек, который однажды чистил зубы и наклонился, чтобы сплюнуть, в то время как его отражение поднялось.

Е.В. Корень: Ты же спокойно об этом говоришь, ты же не испугался?

Мальчик: Нет.

Е.В. Корень: Скажи, пожалуйста, а почему ты до сих пор темноты боишься?

Мальчик: Ну, как-то не по себе, и все.

Корень Е.В.: Ты поборол это? Тебе что-то кажется в темноте или видится?

Мальчик: Ничего.

Е.О. Смирнова: Ты никогда не дрался?

Мальчик: Нет, я против этого.

А.А. Северный: Да, он у нас пацифист убежденный.

Е.О. Смирнова: Наоборот, какой-нибудь друг у тебя есть?

Мальчик: Конечно же в классе есть один друг. Что я могу про него рассказать? Про него больше ничего.

Е.О. Смирнова: Что он любит, что он читает?

Мальчик: Читает он ничего. Он очень заинтересован темой войны. И пусть меня эта тема не привлекает, наоборот куда подальше, но все равно мы с ним хорошие друзья. Я хожу на продленку. На продленке у меня тоже есть друзья. Тут маленький нюанс - почти каждый мой друг на продленке матерится!

Е.О. Смирнова: Тебе это противно?

Мальчик: Я сам нет. Я стараюсь об этом не говорить, но все равно они хорошие ребята.

А.А. Северный: Молодец! Ну, что, отпустим мальчика?

Все: Спасибо!

Мальчик: До свидания!

Мама: Здравствуйте!

А.А. Северный: Добрый день, присаживайтесь, пожалуйста! Вы занимаетесь с Натальей Капитоновной уже месяца два?

Мама: Да, примерно.

А.А. Северный: Как Вы считаете, что-то изменилось в состоянии ребенка или нет?

Мама: Я пока не берусь судить об этом. Я пока не вижу особых изменений.

А.А. Северный: А если говорить не о его состоянии, а ваших взаимоотношениях, внутрисемейной ситуации, взаимоотношениях ребенка с Вами, с отцом, ну,

короче, что-то в семье изменилось?

Мама: Нет, ничего не изменилось. У нас все хорошо, как и до этого.

А.А. Северный: Ну, не всегда хорошо, как мы знаем.

Мама: Во взаимоотношениях?

А.А. Северный: Да.

Мама: В моих с ним хорошо, но всякое бывает.

А.А. Северный: Я имею ввиду не только ваши с сыном, но и с супругом.

Мама: Мои с супругом или сына с супругом?

А.А. Северный: И то, и другое, все в комплексе, в целом?

Мама: За последние два месяца нет.

А.А. Северный: То есть в принципе, как была жизнь, так и есть?

Мама: Да.

А.А. Северный: И тогда Вы пришли за помощью? Какую помощь Вы хотели получить?

Мама: Я пришла с запросом, что у меня ребенок настолько впечатляется и падает в обморок. Я понимаю, что он не может так функционировать в среде нормально, потому что его невозможно обезопасить от телевидения, от Великой Отечественной войны.

А.А. Северный: То есть как-то смягчить его эту излишнюю впечатлительность? Я правильно понял?

Мама: Я бы сказала, чтобы он научился с этим справляться. Плюс чтобы в каких-то вопросах прибавил уверенности в себе.

А.А. Северный: Вы считаете, что ему не хватает уверенности в себе?

Мама: Я считаю, что она у него несколько специфическая. То ее не хватает, где-то ее переизбыток.

А.А. Северный: А где ее не хватает? В чем?

Мама: Где-то можно быть ему и понаглее, так скажем.

А.А. Северный: То есть иногда он не может себя отстоять в достаточной мере.

Мама: Порой.

А.А. Северный: То есть Вы бы хотели как-то улучшить его характер?

Мама: Нет. Я бы не хотела улучшить его характер, меня как раз его характер устраивает. Я бы хотела, чтобы он научился справляться со своими страхами, которые вводят его в такое состояние, что он даже в обморок падает.

А.А. Северный: Скажите, пожалуйста, в отношении родов - там было выдавливание?

Мама: Да, было.

А.А. Северный: Еще один вопрос - до какого-то возраста он жаловался на боли в руках и ногах?

Мама: Сейчас тоже жалуется иногда.

А.А. Северный: То есть это до сих пор бывает?

Мама: Да.

А.А. Северный: Как он описывает эти ощущения?

Мама: Он их описывает - болит и болит, тянет. Сейчас он просто говорит «наверное, это боли роста».

А.А. Северный: Ну, это врачи сказали, и он подхватил.

Мама: Да, он не описывает их. Сложно описать.

А.А. Северный: Он не может описать их или просто не хочет? Вы сказали сложно описать.

Мама: Я сказала сложно описать, основываясь на своих ощущениях. Когда у меня спрашивали, я не могла описать, какая это боль - тупая или острая. Болит.

А.А. Северный: Вы намерены продолжать занятия?

Мама: Да, я намерена продолжать занятия.

А.А. Северный: То есть Вы ждете эффекта? Готовы ли вы присоединить к психотерапии какие-то препараты, лекарства?

Мама: Я, как мать, боюсь психотропных препаратов сильных. Такие препараты, как глицин, фенибут, и так есть в нашей практике. И то я каждый раз спрашиваю у специалистов «а точно ли это надо»? С одной стороны, мне хочется положиться на специалистов, которые мне скажут «вы знаете, действительно станет лучше, и вы не бойтесь, это не вызывает привыкания», и так далее».

А.А. Северный: Если Вас убедят, то вы согласитесь?

Мама: Да, но доля сомнения, как у матери, есть всегда.

А.А. Северный: Конечно, мы вот когда аспирин глотаем, и то с сомнением. Пожалуйста, какие вопросы к маме?

И.В. Добряков: Скажите, пожалуйста, у Вас с мужем есть разногласия по поводу воспитания сына?

Мама: Да.

И.В. Добряков: Эти разногласия иногда к ссорам приводят?

Мама: Бывает.

И.В. Добряков: Характер мальчика формировался в Вашей семье. Как Вы думаете, если бы преобладал стиль воспитания Вашего мужа или Ваш стиль у Вашего мальчика было бы меньше страхов? Чей стиль воспитания привел бы к тому, что страхи прошли?

Мама: Надо подумать. Не знаю.

И.В. Добряков: А вы согласны были бы приходить вместе с сыном на сеанс?

Мама: Да.

С.В. Гречаный: Скажите, пожалуйста, может ли человек робкий, стеснительный, впечатлительный выжить в этом мире? Или не может?

Мама: Конечно может.

С.В. Гречаный: Скажите, пожалуйста, Ваш сын выживет, если мы ему вообще не будем помогать?

Мама: Выживет.

Т.А. Куприянова, кандидат мед. наук: С тех пор как вы здесь занимаетесь, были у него обмороки?

Мама: Нет, не было, но пока рано давать прогнозы.

Т.А. Куприянова: Прогнозы нет, но пока можно отметить наметившуюся положительную динамику.

Мама: Пока нельзя. Знаете почему? У него были обмороки раз в три месяца.

А.А. Северный: Пока нельзя, потому что он был на фенибуте. Кроме того, была построена целая охранительная система.

Н. К. Кириллина: Вы говорили, что в последнее время он стал заходить в комнату, когда работает телевизор. Раньше не заходил.

Мама: Да, после последнего обморока он перестал заходить в комнату при включенном телевизоре, чтобы случайно не напороться. В последнюю неделю-две он может зайти в комнату ненадолго. Я должна ему сказать, что там ничего страшного.

Т.А. Куприянова: Но ведь в школе вы его не оградите от общения с одноклассниками?

Мама: Он пытается дистанцироваться в эти моменты. Поэтому я и пришла, потому что понимаю, что это невозможно.

Н. К. Кириллина: И все-таки он получил информацию о пожаре в Кемерово и перенес это?

Мама: Да, он перенес. Он просто сказал бабушке, что не хочет больше гово-

рять об этом.

А.А. Северный: То есть обостренной реакции не было?

Мама: Меня не было рядом в тот момент, но обморока не было.

Е.О. Смирнова: Один он не боится оставаться дома?

Мама: Нет, он остается один дома, но страхи есть. Он находится у себя в комнате. У него зажжены все осветительные приборы. Для того, чтобы ему выйти в туалет, он обязательно это делает с телефонной трубкой, разговаривая с бабушкой либо с морской свинкой. И тут же возвращается в комнату, то есть он не гуляет по квартире. Обедает, предварительно позвонив мне и комментируя каждый свой шаг, хотя он все знает. Включает телевизор, канал, по которому идет мультик точно в это время, он знает. Пообедал, посуду поставил, все, больше он в кухню не заходит.

И.В. Добряков: Он пытается бороться со своими страхами?

Мама: Мне кажется, он не пытается.

Н.К. Кириллина: Вы говорили, что он стал спорить с отцом в последнее время из-за ограничений игры в планшеты?

Мама: Да, было.

А.Н. Тимофеева, психолог: Когда он пугается, что Вы замечаете в сыне?

Мама: Он очень сильно бледнеет, прямо до синевы.

Г.В. Скобло: У Вас возникает состояние паники?

Мама: Четвертый обморок меня уже напугал.

Г.В. Скобло: Вы сами склонны к тревоге?

Мама: Да. В музыкальной школе на уроках сольфеджио у меня дрожал голос, даже если я хорошо знала урок. У меня тоже были обмороки. Они были связаны со страхами, переживаниями.

И.Н. Галасюк: Ваш сын знает, что у Вас были обмороки?

Мама: Да. После первого обморока я ему сказала, что ничего страшного, что это бывает, что я падала в обмороки.

И.Н. Галасюк: Вы обращались тогда к врачам? Вас обследовали?

Мама: Да. У меня выявили синдром Арнольда-Киари.⁵ Но мне сказали, что навряд ли я из-за этого падаю.

Т.А. Мурсалиев, психолог: Что значит класс повышенной мотивации?

Мама: Туда отбирались дети, показывающие лучшие результаты, и программа чуть сложнее, более интересная для них.

А.А. Северный: Спасибо большое, мы вас отпустим. Пригласим папу. Добрый день, пожалуйста, проходите, садитесь.

Папа: Здравствуйте!

А.А. Северный: Как Вы считаете, имеет смысл сыну продолжать заниматься здесь?

Папа: Я думаю, что, возможно, да.

А.А. Северный: Тогда второй вопрос. А какой помощи Вы бы хотели для ребенка от этих занятий?

Папа: Получить итог – чтобы мой ребенок не падал в обморок соответственно.

А.А. Северный: Вы с чем-то можете связать эти обмороки?

Папа: Думаю, что это эмоциональное.

А.А. Северный: И последний вопрос. Если мы на консилиуме решим, что психотерапии будет недостаточно, имеет смысл добавить какие-то психотропные препараты?

Папа: Будем думать. Если Вы скажете, что это не принесет ему вред.

⁵ Смещение части мозжечка.

И.В. Добряков: Я задавал этот вопрос Вашей жене и хочу повторить его Вам – есть ли у вас разногласия в семье по поводу воспитания?

Папа: Разногласия есть, но они небольшие.

С.В. Гречаний: Вы считаете ребенка больным?

Папа: Нет.

И.В. Добряков: Эта повышенная впечатлительность Вашего ребенка как получилась в Вашей семье?

Папа: Это очень сложно понять, потому что раньше он даже не боялся зомби, ужасиков.

И.В. Добряков: Он не боялся выступать в большой аудитории.

Папа: В этом он похож на меня. Я тоже рос среди людей на 10 лет старше меня и не интересовался сверстниками.

А.А. Северный: Спасибо большое, тогда мы отпустим Вас. Мы все обсудим, и Наталья Капитоновна Вам все расскажет, и Вы решите, как быть дальше. Всего доброго!

Н.К. Кириллина: В возникновения этого заболевания сыграла роль масса факторов. Первое – у ребенка присутствует наследственная предрасположенность в виде особых личностных черт характера. Они достаточно яркие. С одной стороны, демонстративный радикал, который по большей части перешел от мамы, проявляющийся повышенной сенситивностью, стремлением быть в центре внимания, хоть и в безопасной обстановке. У него очень хорошо развита фантазия, богатое воображение, механизмы защиты, присущие ребенку с демонстративными чертами личности. В то же время в нем отчетливо выражается обсессивный радикал, передавшийся ему от отца в виде ригидности, страха новизны, стремления к повторяющемуся стереотипным действиям, чрезмерного послушания. Все делает правильно, отличник. Не позволяет себе никакой агрессии, потому что так «правильно». У него достаточно стереотипная игра, только Лего, которое собирается один раз и никогда не разбирается. Не любит ничего нового. Сохраняет упорство в способах защиты. Следующий фактор – это относительно неблагоприятная беременность в связи с конфликтами мамы с мужем и матерью. Далее – роды с гипоксией, вероятностью травмы, что, возможно, объясняет его правополушарные проблемы. Это ребенок с врожденной невропатией. Семейный фон характеризуется симбиотическими отношениями с мамой, в первую очередь. С самого начала формировалась привязанность по тревожному типу. В безопасности он чувствует себя только рядом с мамой. Личностные особенности в виде повышенной тревожности не только вне дома, но и дома, и когда нет мамы. Симбиотические отношения с мамой являются следствием того, что мама не удовлетворена отношениями с мужем. Эмоциональный дефицит восполняется тесными отношениями с сыном. Невротический фон можно проследить с самого раннего детства, Он выдавал бурные реакции в виде плача на выход на улицу, появление тиков с полутора лет и волнообразное существование их в течение всей его жизни. Кроме того были психотравмирующие факторы – ссора между родителями в четыре года, которую он запомнил, и появление страха, что семья распадется; оперативные вмешательства с наркозом. Первый синкопальный приступ я связываю со сложной для него ситуацией в школе, когда пришлось быть в центре внимания по предмету, в котором он не уверен, осложненный астеническим состоянием после перенесенного мононуклеоза. Яркие психосоматические реакции сопровождают его всю жизнь: после посещения бассейна сразу появляется аллергия на хлор; посещение детского сада – с расстройством стула; частые простудные заболевания. Ребенок переживает экзистенциальный кризис с переработкой темы смерти. Его психический статус характеризуется массивными страхами, повышенной тревожностью, психосоматиче-

скими реакциями в виде синкопальных состояний, личностными особенностями с сочетанием демонстративных и обсессивных черт. Я считаю, что это фобическое невротическое расстройство истерического характера с синкопальными состояниями с обсессивным компонентом. Стратегии его защиты способствует тому, что это состояние удерживается.

А.А. Северный: Что делать?

Н. К. Кириллина: Я считаю, что психотерапию надо продолжать, Но мне хотелось бы добавить медикаментозную терапию.

А.А. Северный: А на что она должна быть направлена?

Н. К. Кириллина: Она должна быть направлена на снижение уровня тревоги.

А.А. Северный: Он принимает фенибут, анксиолитик несильный, но достаточно отчетливый. Два месяца он его принимает без каких-либо изменений в состоянии.

Е.В. Корень: Как вы расцениваете физические симптомы в его состоянии?

Н. К. Кириллина: Как психосоматическое расстройство.

С.А. Игумнов, доктор мед. наук: У него во время приступа было нарушение навыков опрятности, хотя они сформированы уже с года.

Н. К. Кириллина: При глубоких обмороках возможны мочеиспускание и судорожные подергивания.

Н.Ю. Матушкина, психолог: Привлекали ли вы родителей в терапию?

Н.К. Кириллина: Во-первых, на семейную терапию у них запроса не было. Во-вторых, поскольку достаточно быстро встал вопрос о консилиуме, мы с ними достаточно часто встречались по вопросам сбора анамнеза. И в-третьих, в процессе терапии я обязательно работаю с родителями. Как с парой я не работаю с ними, так как не было запроса.

А.А. Северный: Отца вообще с трудом удалось вовлечь.

Е.О. Смирнова: В процессе терапии был ли он расслабленный, веселый, бесшабашный когда-нибудь?

Н. К. Кириллина: Нет, пока еще мы до этого не дошли. Пока это игра по правилам, настольные игры. Но при этом у него всегда повышенный эмоциональный фон, он очень рад занятиям.

А.А. Северный: Кто у нас выскажется?

В.В. Чубаровский: Я полагаю, что здесь идет речь об органическом поражении центральной нервной системы, на что указывают данные лабораторных исследований, особенности анамнеза. Мы четко отмечаем перинатальную выраженную патологию, затяжные роды и прочее. Мы видим, что проявляется симптоматика невропатии с первых месяцев жизни ребенка. Да, конечно, есть определенный генетический фон, который имеет значение, можно говорить об элементах дегенерации, которые накапливались и привели к такому грубому дизонтогенезу. Напряженность аффективной сферы, эмоциональность, невропатия, проявления натужного крика, привязанность к матери физическая, кормление грудью до трех лет. Все это говорит о том, что имеются крайне напряженные эмоциональные реакции, обусловленные невыраженными органическими поражениями центральной нервной системы, возможно, в правой теменной области, на что указывал ряд исследований. При наступающих возрастных кризах они дают соответствующую декомпенсацию: гипервозбудимость, напряженность реакций, фобические, обсессивные, формирование аномальных характерологических особенностей. Не невротического, а неврозоподобного уровня. На мой взгляд, это неврозоподобное состояние в рамках органического поражения ЦНС. Пароксизмы не психогенно обусловлены, на мой взгляд, это эпилептиформные вещи. То, что вызывает выраженную настороженность, это грубые страхи, социофобия, имеющая тенденцию к нарастанию, ритуальные действия, ограничительное поведение. Это говорит о том,

что затрагивается сфера мышления, по крайней мере на уровне защитных ритуалов. И, к сожалению, настораживает асинхрония формирования понятийной сферы мышления, опережающее интеллектуально-мнестическое развитие, что может свидетельствовать о вероятности экзакцербации эндогенного процесса на органически неполноценном фоне. Также настораживает наличие диаметрально противоположных характерологических особенностей - истероидных и тревожно-мнительных, психастенических, ананкастических черт, которые дают такую полиморфную симптоматику. Как утверждал Андрей Евгеньевич Личко, это относится к комбинированным акцентуациям или психопатиям, что в основе своей несет эндогенный характер. Успокаивает, что мальчик эмоционально теплый, синтонный, Но от него эти страхи отчуждены, он не может справиться самостоятельно, как бы мы его ни уговаривали. Поэтому я убежден, что в этом случае надо присоединять фармакотерапию. Я полагаю, что надо присоединить алимемазин либо сонапакс в небольших дозировках, Конечно, я бы присоединил карбамазепин или депакин в небольших дозах. И дальше по выбору, если нарастает тревога, использование небольших дозировок бензодиазепинов. Конечно, это требует работы с семьей. Я думаю, что мы имеем дело больше с биологической составляющей, а не психогенной, поэтому мы должны адресоваться именно туда. Диагноз: органическое поражение ЦНС смешанного генеза с формирующимся психопатоподобным состоянием, полиморфной психопатологической симптоматикой с доминированием фобических нарушений.

И.В. Добряков: Хочу отметить хороший контакт психотерапевта с пациентом. И это вселяет очень большую надежду, что эффект будет. Надо подумать, что же с пациентом происходит, я его иначе вижу. Во-первых, дизонтогенез, инфантилизм, все это есть. Я здесь вижу совершенно четкую симбиотическую связь с мамой: до трех лет она его кормила, и сейчас он ориентирован на нее, она на него. Здесь чисто психоаналитические проблемы возникают, комплекс Эдипа, комплекс Лая - папа ревнует жену к сыну. Поэтому конфликтнейшая ситуация. Все это происходит на легкой резидуальной органике и инфантилизме и поэтому спускается вниз, по Владимиру Викторовичу Ковалеву, на самый нижний уровень и дает этот соматовегетативный привычный вид психического реагирования. Здесь я вспоминаю работы моего учителя Дмитрия Николаевича Исаева, который говорил, что 9-10 лет - это очень серьезный возраст человека, когда на фоне полного здоровья человек начинает думать о смерти. Абстрактное мышление созревает настолько, что начинает оперировать абстрактными понятиями совесть, смерть, жизнь. Появляются мысли «откуда я взялся, где я был, когда меня не было и что будет со мною дальше». Одни дети волнуются больше, что меня не будет, другие дети волнуются, что мамы не будет. Все это выражается в рисунках и в вопросах мальчика. И страх мальчика, который находится в симбиотических отношениях с матерью и конфликтных отношениях с отцом, приобретает такой характер. Реакции у него соматовегетативные. У него нет признаков фобии вообще. Фобии это навязчивый страх, главный признак навязчивости это борьба. Со своими страхами он не борется, он просто их избегает. Борется со своими мыслями о страхах, смерти. С такими ребятами лучше о смерти, о страхах вообще не говорить. С ними нужно играть, нормализовать отношения родителей, и страхи пройдут сами. Все дети через это проходят, если чувствуют достаточную опору в семье. Он эту опору в семье не чувствует. Поэтому было бы хорошо брать на сеансы маму - играть с мамой, валять дурака, заниматься песочной терапией, не о страхах говоря. Я бы с ним сказки сочинял, в этих сказках повороты разные были бы. Не выводить на сознательный уровень страх смерти, таким образом пытаться эти вещи разрешить. Для того, чтобы психотерапия протекала на благоприятном фоне, было бы дейст-

вительно хорошо попробовать некоторые препараты: на ночь дать тегретол, небольшие дозы сонапакса. Но на мой взгляд, это только фон, который позволит облегчить проведение психотерапии.

А.А. Северный: Если не фобии то, что? У нас есть obsессии, сверхценные идеи, бред.

И.В. Добряков: Obsессии на уровне навязчивых идей, а не страхов. Невротическое расстройство на фоне резидуальной органики.

С.В. Гречаный: Здесь есть легкая церебрастения с психовегетативным синдромом. Страхи имеют характер предлога внешней провокации. Это скорее впечатлительность, сенситивность, на фоне которой разворачивается психовегетативный синдром. Истинная причина психовегетативного синдрома - это нагрузки, превышающие возможности ребенка. Интенсивные нагрузки, достаточно высокий уровень активации ребенка, темперамент ребенка, импульсивность и все. С другой стороны, есть мама, которая не производит впечатление тревожной, как ребенок. Мама хочет сохранить брак с этим мужчиной, и поэтому надо убедить супруга в том, что этот ребенок больной. Когда все это началось? Когда отец их не встретил после аппендицита. Это послужило толчком.

А.А. Северный: А что делать?

С.В. Гречаный: Лечить органику: актовегин, мексидол. Что касается семьи, чтобы дойти до психотерапии, с ними надо долго-долго заниматься, воспитывать чувство рефлексивности, которое у них сейчас по нулям. Что касается семейных проблем, то это решит жизнь.

Корень Е.В. Я бы начал с простого, используя бритву Оккама, не надо плодить излишние сущности. Что мы имеем, если мы берем генограмму? Отягощенная наследственность раз, второй момент, что мама очень похожа на ребенка вплоть до наличия у нее таких же состояний. У нее достаточно выраженные тревожные нарушения. Что касается мальчика, я согласен, что он с самого начала отличался большим своеобразием в развитии. Как часть этого своеобразия, безусловно, присутствовала невропатия. Органический компонент в невропатии есть, но я бы не согласился, что это органическое расстройство. Мальчик не устает, хорошо учится, никаких проявлений когнитивного или церебрастенического плана мы не видим. Что обращает внимание сразу же, это то, что с самого раннего возраста он не отходил от матери. Крайне необычно то, что в возрасте полутора лет он говорил «не называй меня по имени». Это говорит о том, что у ребенка крайне заостренные личностные особенности. Я соглашусь с тем, что вы подметили у него наличие разных личностных черт, которые не стыкуются между собой. Интересный феномен, так что мы можем говорить здесь о дискордантности. Возвращаясь к сути, в первую очередь, можно отметить большое количество страхов. Второй компонент - избегающее поведение, связанное со страхами. Этот компонент очень выражен и приближается к определенной инвалидизирующей составляющей. Необходимо отметить и то, что касается общего уровня тревоги. Отходит ко сну с определенным ритуалом. У него много ритуалов. Здесь явно присутствует навязчивый компонент. С частью компонентов он борется, с частью не борется, у него достаточно полиморфная картина. Меня смущает то, как он интерпретирует, это не просто защитное избегающее поведение с частичной переработкой. Это явно повышает его уязвимость. С другой стороны, ничего не бывает изолированно, как всегда в жизни. Присутствует дисфункционал в семье по тому, как в семье они заявляют проблему, как они по-разному трактуют. Здесь присутствует определенная эмоциональная холодность. Надо оценивать степень вклада в симптоматику семейного контекста, но у меня впечатление, что первично это не идет от семьи. Как трактовать момент, связанный с его телесными ощущениями? Это идет

дальше, чем просто психовегетативный компонент. Это похоже на сенестопатические нарушения наряду с достаточно рано возникшим страхом смерти, что само по себе уже настораживает. Его попытки интерпретировать этот страх с выходом на реинкарнацию. Это заставляет нас задуматься - не будет ли эта симптоматика иметь дальнейшее развитие? С точки зрения МКБ, речь идет о тревожно-фобическом расстройстве, обсессивно-фобическом. С моей точки зрения, он обязательно нуждается в фармакотерапии, комбинации феварина и небольших доз атипичных антипсихотиков. И, безусловно, психотерапии.

А.А. Северный: Спасибо! Кто еще?

Н.М. Иовчук, доктор мед. наук: Ребенок сложный. Все продолжается с раннего возраста на таком уровне, что не знаешь, что делать и как лечить. Сегодня статус какой - маниакальный? Диссоциация между возбуждением, речевым напором и тревогой. Такая дисгармония у нас получается. Насчет процесса я бы не стала говорить пока. Ясно, что тревожный изначально, ясно, что тревожный наследственно, ясно, что повторяет материнские особенности. Много говорили про семью, про школу, про напряжение в школе, которому он все время боится не соответствовать, а дома хотят, чтобы он соответствовал. Поэтому невротических реакций вплоть до обмороков может быть сколько угодно. Больше всего мне не нравится эта диспропорция - гипомания с тревогой и со страхом. Процесса я не вижу пока, но наблюдаться он должен все время, потому что это состояние может развиваться потихонечку в особое. Поэтому лечить его надо психотерапией. Из лекарств я бы дала противотревожные антидепрессанты, паксил и рисполепт сразу же.

Т.А. Куприянова: Рисполепт может увеличить вес.

Е.В. Свистунова, кандидат психол. наук: Насчет психотерапии я бы поддержала идею совместной терапии ребенка с мамой. Она не пойдет скорее всего на собственную терапию, а с ребенком скорее согласится.

Е.О. Смирнова: И надо думать, как преодолеть вот эту связь, как вовлечь в его жизнь других людей.

Н.К. Кириллина: Да, поэтому мне не очень нравится идея привлечения матери в терапию с ребенком из-за их симбиотических отношений. Ему надо учиться доверять другим людям. Маме я рекомендовала помогать ему расширять общение со сверстниками.

А.А. Северный: С его сверхнормативностью это проблема. Попробуем заключить по классической схеме, начинаем со статуса. Что мы видим - повышенный фон настроения, гипермия, избыточная жестикуляция, демонстративность, стремление произвести определенное впечатление, высокий интеллект, богатая речь ближе ко взрослой. Вот это его характерологические черты, мы можем говорить об истерическом компоненте. Мы знаем три проявления истерии: игровая (гистрионная), конверсионная (через соматику) и блазированная, по Петриловичу. Это самое сложное, это то, что не демонстрируется, проявляет себя с паранойальным оттенком, стремлением подчинить окружение. Гистрионность есть, конверсионность есть. Блазированность есть? Есть. Внутри он ценит себя гораздо выше, чем окружение, он знает себе цену. Знает, чего будет добиваться и как. Не бывает чистых истериков из этих трех типов, но бывает преобладающий. У него трудно найти преобладающий. Не любит быть в центре внимания - этого не хватает для гистрионности. Для его конверсионности - было 4 обморока, были реакции на помещение в детский сад, были тики. Сложная структура, не позволяющая выделить ведущий комплекс в его характерологической черте. Эмоциональность. Он демонстрирует гипертимию, но и какую тревогу он демонстрирует! Это называется смешанное аффективное состояние на личностном уровне. Оно не процессуальное, не фазное. Про высокий интеллект мы сказали. И, наконец, органический

компонент. Он демонстрируется даже параклиническими методами. Вот такой «компот» в его собственно личностных проявлениях. Теперь, что касается патологии. Я совершенно согласен с Игорем Валерьевичем - это не обсессии, потому что нет осознания, что «это не мое». Тогда остается сверхценность, но не бред. Что значит сверхценный – то, что овладевает, и то, что невозможно преодолеть. Это уже выходит за невротический уровень. Это глубже. Он обрастает ритуалами. Истинная обсессия обрастает ритуалами, когда она вырождается. А здесь ритуалы на фоне существующей сверхценности. На что еще обращается внимание в этой сверхценности? Это подверженность жесткому стереотипу, причем практически от рождения. Он не терпел смены ситуации. Это не было тотально, как у аутиста, но это все же проявление феномена тождества. То, что он ходит только по жесткому маршруту, не отклоняясь ни на шаг влево или вправо – это тоже проявление феномена тождества. То, о чем здесь говорим, об аутистических чертах - не в сложностях контакта. Сложности контакта связаны с его тревожностью, ананкастностью. Он не отвергает контакт, ему боязно, опасно сближаться, потому что он не знает, какая будет реакция. Плюс к этому повышенная сенситивность. Прав Евгений Владимирович, его особые ощущения в конечностях – это типичные сенестопатические проявления феномена Экбома, который справедливо считается эквивалентом тревоги. Феномен тождества это тоже проявление тревоги. Значит, это смешанное аффективное состояние на личностном уровне, не на психотическом. Мы не можем уложить его ни в кречмеровского циклоида, ни в ананкаста Курта Шнайдера.. Он отовсюду понемногу собирает. Получается очень много всего и ничего оформленного. Его страх смотреть в зеркало, страх обрезанных фотографий это уже не тревога, это зародыш бредового настроения. Вот что в статусе: ничего цельного. Что в анамнезе, на что не обратили внимание? С самого начала асинхрония. Он рано заговорил и поздно сел. В полтора года говорил «не называй меня» по имени. Что это было? Это был протест, он рано осознал, что происходит в семье. У него пошли истероформные реакции и отрицание себя. Дальше все шло в рамках диатеза - нет четкой личностной структуры, нет очерченной аффективной. В анамнезе мы тоже видим различные проявления. Он готов ко многому, но ничего еще не выразил. Вот это и есть диатез. Здесь есть вегетативные, психические расстройства, включение микросоциального травмирующего окружения, здесь есть наследственность. Наследственность сложная, папа - типичный кречмеровский эпилептоид, атлетик, который все четко контролирует, не дай бог тебе поиграть не по таймеру, а при этом развязанные влечения, как у истинного эпилептоида. А мама демонстративная. Вы видели в каких сережках она пришла? Речь идет о психовегетативном диатезе, то есть о готовности реагировать соматовегетативно на различные внешние повреждающие факторы в условиях неблагоприятного микросоциального окружения и при соответствующей сложной наследственности. Что настораживает? То, что стало усложняться, утяжеляться. Вы все считаете, что надо лечить. Опасно назначать антидепрессанты, у него смешанное аффективное состояние. И учтите семейную реакцию. Надо быть чрезвычайно осторожными, При малейшем намеке на неблагоприятную реакцию на препарат они тут же исчезнут. Он с органическим фоном и от респондента он может упасть в лежку. Попробуем мягкий антидепрессант?

Е.В. Корень: Мягкого здесь будет недостаточно. Здесь надо решить, назначать ли его вообще? Определенную работу ввести с родителями.

Н.М. Иовчук: Давайте не антидепрессант. Давайте терален (алимемазин)..

Е.В. Корень: И он снижает тревогу, уменьшает склонность к фиксации и хо-рошо переносится.

А.А. Северный: Давайте начнем с тералена. Большое всем спасибо!

**ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ПЕЧАТНЫХ РАБОТ,
присылаемых для публикации в журнале «Вопросы психического здоровья
детей и подростков (Научно-практический журнал психиатрии, психологии,
психотерапии и смежных дисциплин)»**

1. Содержание работы должно соответствовать тематике журнала и его рубрикам. Журнал не публикует планы и проекты.
2. Статья набирается **шрифтом Times New Roman, кегль 14, интервал 1,5 строки, поля 2 см сверху, снизу, 3 см слева, 1,5 см справа.**
3. Графики, рисунки, диаграммы изображаются **в черно-белом формате, ДОСТУПНОМ ДЛЯ РЕДАКТИРОВАНИЯ.**
4. Объем работы: **авторские статьи – до 14 стр., краткие сообщения – до 7 стр.;** архивные материалы, обзоры литературы, методические материалы, лекции могут превышать 14 стр. (в этом случае они публикуются с разбивкой на несколько выпусков).
5. В начале каждого материала указываются авторы с полными инициалами, название работы, представляемые организации, город.
6. Полному тексту предшествуют резюме (1 абзац до 10 строк) и ключевые слова.
7. В конце статьи (после списка литературы) излагаются **на английском языке** авторы с полными инициалами, название работы, представляемые организации, город, резюме (1 абзац до 10 строк) и ключевые слова.
8. **ВСЕ УПОМИНАЕМЫЕ В СТАТЬЕ АВТОРЫ** должны отражаться в пристатейном списке литературы. Ссылки на литературные источники в тексте даются цифрами (соответственно пристатейному списку) в квадратных скобках.
9. Список литературы оформляется **В АЛФАВИТНОМ ПОРЯДКЕ** соответственно требованиям Государственного стандарта (см. «Вопросы психического здоровья детей и подростков», 2011 (11), № 2, с. 141).
10. Статьи, оформленные не в соответствии с указанными правилами, не рассматриваются.
11. Плата за публикацию статей не взимается.
12. Статьи, поступившие для публикации, рецензируются.
13. Замечания рецензентов направляются автору без указания имен рецензентов. Решение о публикации (или отклонении) статьи принимается Редколлегией после получения рецензий и ответов автора.
14. При рецензировании строго соблюдается право автора на неразглашение до публикации содержащихся в статье сведений.
15. Редколлегия оставляет за собой право сокращать и исправлять статьи.

Подписано в печать 06.06.2018 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