

ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

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

ISSN 2305-9133

2019(19), №1

«Вопросы психического здоровья детей и подростков»
(Научно-практический рецензируемый 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 300 экз.

Материалы для публикации 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. Баилова, И.А. Горьковая, И.В. Добряков,
Н.В. Зверева, С.А. Игумнов, Н.К. Кириллина,
И.Л. Коломиец, Т.А. Куприянова, 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

И.В. Макаров

ОЛИГОФРЕННЫЕ ПСИХОЗЫ: ТИПОЛОГИЯ И КЛИНИКА У ДЕТЕЙ..... 4

В.Г. Булыгина, М.М. Проничева, О.В. Серебровская, А.А. Григорьева

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ РОДИТЕЛЕЙ О РАССТРОЙСТВАХ ПОВЕДЕНИЯ ИХ ДЕТЕЙ
В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ..... 12

Д.Е. Власова, Н.В. Козлова

ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ СОХРАНЕНИЮ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО
ЗДОРОВЬЯ РОДИТЕЛЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С ОСОБЕННОСТЯМИ РАЗВИТИЯ..... 20

Е.В. Корень, С.Н. Масихина

«МЕДИЦИНСКИЙ СТРЕСС» У РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ..... 28

В.С. Собкин, Е.А. Калашникова

К ВОПРОСУ О РЕПЕТИТОРСТВЕ (ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНО-СТРАТИФИКАЦИОННЫХ
ФАКТОРОВ)..... 37

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

И.И. Белогузов, Ф.В. Орлов, А.В. Голенков

СИМУЛЯТИВНОЕ РАССТРОЙСТВО (СИНДРОМ МЮНХГАУЗЕНА) В ПРАКТИКЕ
ДЕТСКОГО ПСИХИАТРА..... 49

Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитриева, Л.И. Бочанцева

ВЛИЯНИЕ СКАЗОЧНЫХ АРХЕТИПОВ НА РАЗВИТИЕ РЕБЕНКА..... 56

Н.В. Зверева, М.В. Зверева, С.С. Воронова, К. Гот

ПИЛОТАЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В РАМКАХ РОССИЙСКОЙ АДАПТАЦИИ ОПРОСНИКА
AIDA (ASSESSMENT OF IDENTITY DEVELOPMENT IN ADOLESCENCE)..... 64

АРХИВ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ, ПСИХОЛОГИИ, СОЦИАЛЬНОЙ И КОРРЕКЦИОННОЙ ПЕДАГОГИКИ

Э.Г. Эйдемиллер

ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В ПОДРОСТКОВОЙ
ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ..... 72

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

А.А. Насыров, Т.П. Калашникова, М.В. Довганюк

СИНДРОМ ФЕЛАН-МАКДЕРМИД. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ..... 83

С.И. Беляева

ПОДГОТОВКА ВОЖАТЫХ ДЕТСКОГО ОЗДОРОВИТЕЛЬНОГО ЛАГЕРЯ
ПО ВОПРОСАМ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ..... 89

В.М. Ганузин, Н.Л. Черная

ВРАЧЕБНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ ПОДРОСТКОВ
ПРИ НЕКОТОРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ..... 95

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ, ЛЕКЦИИ, МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

Ю.С. Шевченко, А.В. Горюнова, С.В. Бугрий

ЭВОЛЮЦИОННЫЙ ПАТОМОРФОЗ ПСИХИЧЕСКОГО ОНТОГЕНЕЗА. ЧАСТЬ II (ЭССЕ)..... 101

А.В. Силаева, Ю.В. Ковас, Т.Г. Бохан, Ж.Ф. Гайфулина, Ю.В. Оккель

ЗДОРОВЬЕ МАТЕРИ КАК ФАКТОР ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ,
РОДИВШИХСЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭКО..... 125

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ПЕЧАТНЫХ РАБОТ..... 136

CONTENTS

PSYCHIATRY, PSYCHOLOGY, PSYCHOTHERAPY, SOCIAL PEDAGOGICS AND ALLIED DIRECTIONS

I.V. Makarov

OLIGOPHRENIC PSYCHOSES: CLASSIFICATION AND CLINIC IN CHILDREN..... 4

V.G. Bulygina, M.M. Pronicheva, O.V. Serebrovskaya, A.A. Grigor'eva

PARENTS' AWARENESS ABOUT BEHAVIORAL DISORDERS OF THEIR CHILDREN
IN ADOLESCENCE..... 12

D.E. Vlasova, N.V. Kozlova

THE FACTORS PROMOTING SOCIAL-PSYCHOLOGICAL HEALTH OF PARENTS
RAISING CHILDREN WITH DEVELOPMENTAL DISABILITIES..... 20

E.V. Koren, S.N. Masikhina

«MEDICAL STRESS» IN PARENTS OF CHILDREN AFFECTED WITH CANCER..... 28

V.S. Sobkin, E.A. Kalashnikova

TO THE QUESTION OF REPETITION (INFLUENCE OF SOCIAL-STRATIFICATION
FACTORS)..... 37

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

I.I. Beloguzov, F.V. Orlov, A.V. Golenkov

FACTITIOUS DISORDER (MUNCHAUSEN SYNDROME) IN PRACTICE OF CHILD'S
PSYCHIATRIST..... 49

C.P. Korolenko, N.V. Dmitriyeva, L.I. Bochantseva

INFLUENCE OF FANTASTIC ARCHETYPES ON THE CHILD'S DEVELOPMENT..... 56

N.V. Zvereva, M.V. Zvereva, S.S. Voronova, K. Got

PILOT STUDY WITHIN THE FRAMEWORK OF THE RUSSIAN ADAPTATION OF THE AIDA
QUESTIONNAIRE (ASSESSMENT OF IDENTITY DEVELOPMENT IN ADOLESCENCE)..... 64

ARCHIVE OF CHILD'S PSYCHIATRY, PSYCHOLOGY, SOCIAL AND CORRECTIONAL PEDAGOGY

E.G. Eidemiller

FEATURES OF FAMILY PSYCHOTHERAPY IN ADOLESCENT PSYCHIATRIC CLINIC..... 72

SHORT COMMUNICATIONS

A.A. Nasyrov, T.P. Kalashnikova, M.V. Dovganiuk

FELAN-MACDERMID SYNDROME. CLINICAL OBSERVATION..... 83

S.I. Belyaeva

PREPARATION COUNSELORS CHILDREN'S CAMPS IN QUESTIONS OF CLINICAL
PSYCHOLOGY OF CHILDREN AND ADOLESCENTS..... 89

V.M. Ganuzin, N.L. Chernaya

MEDICAL PROFESSIONAL ADVICE OF ADOLESCENTS AT SOME DISEASES
OF THE NERVOUS SYSTEM..... 95

LITERATURE REVIEWS, LECTURES, METHODOLOGICAL MATERIALS

Ju.S. Shevchenko, A.V. Goryunova, S.V. Bugriy

EVOLUTIONARY PATHOMORPHOSIS OF MENTAL ONTOGENESIS. PART II (ESSAY)..... 101

A.V. Silaeva, Yu.V. Kovas, T.G. Bohan, J.F. Gaifulina, Yu.V. Okkel

THE HEALTH OF THE MOTHER AS A FACTOR IN MENTAL DEVELOPMENT
AND HEALTH OF CHILDREN BORN USING IVF..... 125

THE RULES FOR SCIENTIFIC WRITINGS..... 136

И.В. Макаров

ОЛИГОФРЕННЫЕ ПСИХОЗЫ: ТИПОЛОГИЯ И КЛИНИКА У ДЕТЕЙ

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева, Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова (Санкт-Петербург).

Резюме. В статье рассматриваются психозы у детей, страдающих умственной отсталостью. Отмечается необходимость выделения в самостоятельную нозологическую единицу отдельной группы этих расстройств – олигофренных психозов. Предложена их клиническая классификация: 1. психозы с аментивной спутанностью сознания; 2. шизофреноподобные психозы; 3. вербальные галлюцинозы; 4. психозы с преобладанием психомоторного возбуждения.

Ключевые слова: олигофрении, дети, психозы, типология, атония, умственная отсталость.

Введение. Классификация психотических расстройств у больных с умственной отсталостью, а также их нозологическая трактовка по-прежнему остаются спорными. Среди психотических нарушений у детей с олигофренией на синдромальном уровне, например, предлагались [5] четыре основные группы: 1. психозы с преобладанием аффективных расстройств; 2. психозы с преимущественно психомоторными нарушениями; 3. бредовые психозы; 4. галлюцинаторные эпизоды у больных олигофренией.

Психозы у пациентов с умственной отсталостью могут быть вызваны различными экзогенно-органическими вредностями (черепно-мозговые травмы, интоксикации и др.), при этом клиническая картина заболевания принципиально не отличается от подобных психозов у детей с сохранным интеллектом. Некоторыми авторами выделяются также эндогенные (в частности, пфпропфшизофрении, эндогенные аффективные психозы у пациентов с умственной отсталостью) и психогенные (реактивные) психозы при олигофрении, а также так называемые олигофренные психозы. Последние возникают не как следствие каких-либо экзогенных вредностей или дебютировавших психических заболеваний на фоне умственной отсталости, а развиваются аутохтонно и патогенетически связаны со структурой головного мозга больного олигофренией, то есть являются психозами *sui generis* [4, 6, 7, 9] Нозологическая принадлежность подобных психотических нарушений у больных олигофренией неясна [1], а сами эти психозы не укладываются в рамки существующих нозологических форм [2], и их необходимо отграничивать от пфпропфшизофрении [10]. Видимо, в прошлые десятилетия олигофренные психозы наблюдались относительно часто и составляли до 60% от общего числа пациентов с олигофренией, находящихся в психиатрическом стационаре [3], чего сейчас не отмечается.

Материал и методы. За период с 1994 по 2018 гг. нами наблюдалось в стационаре и амбулаторно 47 детей с диагнозом олигофренного психоза, из них

29 мальчиков. Средний возраст больных составил $12 \pm 1,3$ г. Легкая умственная отсталость (F70) отмечалась у 44 пациентов, у 3 диагностирована умеренная умственная отсталость (F71). Основным методом являлся клинико-психопатологический, также использовались катamnестический (наблюдение в динамике от 1 года до 22 лет), стандартный статистический (прикладная статистическая компьютерная программа). Все дети были осмотрены неврологом, а также психологом до манифестации психоза и после редукции психотической симптоматики на предмет определения уровня интеллектуального развития (методики Векслера для детей и/или Равена). Всем пациентам проведена рутинная ЭЭГ, 27 из них – МРТ головного мозга, остальным – рентгенограмма черепа и/или нейросонография головного мозга.

Клиническая картина и классификация олигофренных психозов.

Клинико-психопатологический анализ олигофренных психозов у детей и подростков позволяет выделить четыре клинических варианта:

1. Психозы с аментивной спутанностью сознания;
2. Шизофреноподобные психозы;
3. Вербальные галлюцинозы;
4. Психозы с преобладанием психомоторного возбуждения.

Психозы с аментивной спутанностью сознания. Возникновению психоза предшествовала острая респираторная инфекция, сопровождавшаяся подъемом температуры тела до $37,8^{\circ}\text{--}38,5^{\circ}\text{C}$ в течение нескольких дней. Однако психопатологическая симптоматика появлялась не на высоте заболевания (которое не было тяжелым), а через несколько дней после инфекции. В данном случае речь шла не об инфекционном психозе, а о спровоцированном легкой экзогенной вредностью психотическом состоянии у больного с умственной отсталостью — олигофренным психозе. В клинике заболевания наблюдалась дезориентировка в месте, времени и в собственной личности; больной, находясь в постели, был возбужден, временами тревожен, куда-то всматривался, практически не отвечал на вопросы. Речь ребенка становилась бессвязной, состоящей из одних слов или словосочетаний, например: «Хватай... не надо... булка... каши дали» и т. п. Периодически больному становилось несколько лучше, он начинал узнавать окружающих, но вскоре вновь отмечалось глубокое помрачение сознания. Подобная «ундуляция» сознания характерна для относительно легких вариантов аменции — астенической спутанности сознания, однако в целом клиническая картина заболевания была более тяжелой, чем клиника астенической спутанности. Данное состояние длилось не более 12 часов, после чего наблюдалась полная амнезия. По выходе из состояния ребенок говорил о том, что ничего не помнит, «кажется, было страшно», не мог сказать, сколько времени он провел в больнице. В дальнейшем у такого пациента имели место легкие церебрастенические проявления в виде плаксивости, повышенной утомляемости, головной боли, длящиеся не более одной недели. Катamnестические исследования показали, что в течение ближайших 5 лет после перенесенного психоза повторных психотических эпизодов у этих больных не отмечено.

Приводим характерный клинический пример.

Евгений К., 11 лет. Поступил в психиатрический стационар впервые в свя-

зи с тревогой, неузнаванием окружающих. Проживает в детском доме. Анамнез скудный. Известно, что раннее развитие протекало с отставанием. Воспитывался в государственных сиротских учреждениях. В школе с 8 лет, обучается по вспомогательной программе. Учится слабо. Мальчик общителен, любит играть с детьми в подвижные игры, слушать сказки. Каких-либо серьезных соматических заболеваний не переносил.

За 4 месяца до поступления у больного имел место (впервые в жизни) тонический судорожный припадок с потерей сознания. После приступа в течение 1–2 часов был вялым.

За 6 дней до поступления перенес острую респираторную инфекцию, отмечалось повышение температуры тела в течение двух дней до 37,8°C. Заболевание протекало легко. Мальчик оставался активным, веселым, хотя и был освобожден от занятий в школе. На фоне приема антигриппина быстро пошел на поправку. За 4 дня до госпитализации у мальчика отмечалась нормальная температура тела, аппетит и сон были хорошими. В день поступления стал тревожен, не узнавал воспитателей и детей.

В отделении: на вопросы не отвечает, лежит в постели, на лице выражение страха, тревоги, с испугом смотрит в потолок. Не понимает, где находится. На обращение по имени не откликается. Периодически пытается встать с постели, тут же снова ложится, начинает поднимать и опускать руки над одеялом. Ест с ложки. Состояние длилось около 8 часов. В дальнейшем — в ясном сознании, ориентирован правильно. Общителен, жалуется на головную боль. Не помнит, что с ним было и как он попал в больницу, просит о выписке. Проводимая терапия: физиологический раствор внутривенно капельно, кокарбоксилаза, пирацетам 800 мг в сутки, витамины группы В, диакарб, тизерцин 25 мг в сутки. Выписан через 1 месяц в детский дом с диагнозом «Психоз у олигофрена. Аментивный синдром».

Катамнез через 2,5 года. Находится в детдоме, продолжает учиться в школе. Общителен, охотно играет с детьми, гуляет. Пароксизмальных состояний, иных психопатологических нарушений не отмечено.

Шизофреноподобные психозы. В клинической картине этих психозов на первый план выступали различные галлюцинаторно-бредовые состояния. У больных отмечались вербальные истинные и псевдогаллюцинации, преимущественно угрожающего, неприятного для ребенка характера, отдельные зрительные обманы восприятия («вижу кошку у стены»), обонятельные галлюцинации, сенестопатические переживания. Так, одна из больных 11 лет стала говорить, что слышит, как ее «ругают за стеной злые тети», плакала, считала, что «тети» через стену «бьют током», угрожают «поранить бабушку», сломать любимую куклу. Наблюдались также идеи преследования, воздействия, своей особой значимости; у некоторых детей имели место кататонические включения в виде кратковременных «застываний» в однообразных позах. Бредовые идеи отличались относительной простотой содержания, не имели склонности к систематизации и хроническому течению. Так, один из больных, мальчик 12 лет, стал говорить о том, что он «узнает по лицу», читает «по глазам» окружающих их будущее. Пояснить, откуда у него появились эти способности, не мог. Одновременно с этим мальчик

стал слышать «голос» за стеной, в связи с чем говорил: «Меня хотят убить», «Не могу различить голос». Сказал также о том, что «стал в душе наполовину девочкой», всегда мечтал «быть девочкой». Появлению психотической симптоматики, как правило, предшествовали головные боли, носовые кровотечения, повышенная утомляемость или невнимательность. Длительность шизофреноподобных психозов у детей с олигофренией колеблется от 2 недель до 6 месяцев. По выходе из психоза не отмечается эмоционального снижения, расстройств мышления и воли, характерных для шизофрении, то есть речь идет об особом варианте олигофренных психозов, а не о псевдошизофрении.

В качестве клинической иллюстрации приводим следующее наблюдение.

Эдуард К., 13 лет. Поступил в стационар впервые в связи с многоречивостью, двигательным беспокойством, бессонницей.

Проживает с родителями. Отношения в семье хорошие.

Мальчик родился от первой беременности, протекавшей на фоне нефропатии и гипертензии у матери. Роды на 37-й неделе путем кесарева сечения. Вес при рождении 2450 г. Раннее развитие с отставанием. Всегда был общительным, добрым. В школе с 7 лет, обучался по программе для детей с задержкой темпа психического развития, но не усваивал ее, и решением медико-психолого-педагогической комиссии переведен на вспомогательную программу. На момент поступления был в 6-м классе, учился посредственно, отличался медлительностью.

За месяц до поступления стал говорить очень громко, подолгу не мог уснуть вечером, бил себя кулаком по голове, сказал родным, что «поглупел». Подобное состояние редуцировалось самостоятельно через несколько дней. Имели место носовые кровотечения 2–3 раза в неделю, жаловался на головные боли.

За 5 дней до поступления стал многоречив, не спал ночью, временами не понимал, где находится, заявил родным, что «ехал на автобусе», не пояснив своих слов, все время ходил по квартире.

В стационаре: возбужден, часто вскакивает с кровати, со стула, иногда пытается драться. Попросив воды, выпивает ее, тут же говорит, что его «отравили», а в отделении «плохо пахнет». Отмечает, что у него «толстый нос», высказывает по этому поводу недовольство. Периодически повторяет фразы врача, его движения, застывает на одном месте на несколько минут. Отмечается шаткость походки. Ночью не спит, встает с постели, ходит по палате. Ест мало, после уговоров, часто моет руки. Говорит о том, что его хотят отравить; начинает бормотать: «Здесь пахнет керосином», иногда нелеп в высказываниях — «назначьте мне две таблетки колбасы». При беседе сказал врачу о том, что он «уже 90 лет здесь» находится, спросил, не вырос ли у него горб, не стареет ли кожа. Периодически начинает смеяться без видимой причины. Ложится в кровать с приподнятыми руками, остается лежать в такой позе в течение 30–40 минут. На компьютерной томограмме головного мозга выявлены легкие резидуально-органические изменения. На ЭЭГ — ирритативные изменения по всей коре. Другие параклинические исследования без патологии. Невролог констатировал резидуально-органическое поражение ЦНС. Проводимая терапия: гемодез внутривенно капельно по 400 мл в течение

первых 3 дней, ноотропил 1200 мг в сутки, аминазин 50 мг в сутки внутримышечно, галоперидол 6 мг в сутки, акинетон 6 мг в сутки, клопиксол 8 мг в сутки и фенибут 750 мг в сутки. На фоне проводимой терапии отмечена постепенная редукция симптоматики; имеют место экстрапирамидные нарушения при использовании галоперидола. Через 3 месяца после поступления спокоен, адекватен, говорит о том, что «казалось, что люди в белых халатах хотят меня отравить», «понимаю, что это была неправда». При осмотре психолога: КИ=75 (соответствует дебильности), структурных нарушений мышления не выявляется. Был выписан через 4,5 месяца под наблюдение диспансера с диагнозом «Шизофреноподобный психоз на фоне олигофрении».

Катамнез через 1,5 года. Учится во вспомогательной школе. Общителен, охотно играет с детьми. Быстро устает, медлителен при выполнении заданий. Психотических симптомов нет.

Вербальные галлюцинозы. Для больных этой группы были характерны как истинные, так и псевдогаллюцинации, возникающие на фоне ясного сознания. В одних случаях дети говорили о том, что слышат «голоса» мужчин, женщин или других детей из-за стены, из-за батареи отопления, из шкафа и т. д., пытались затыкать уши или искали источник «голоса», плакали. В других случаях больной рассказывал о том, что «голос» раздается у него «в голове», «глубоко в ухе», «в виске». Во всех случаях содержание галлюцинаций было неприятно для ребенка — угрозы, приказы, оскорбления, при этом он начинал плакать, кричать, часто вел себя соответственно содержанию галлюцинаторных переживаний. Так, один из наших пациентов слышал в голове «голос мужчины», который приказывал ему убежать из дома, закрывать шкаф. Больной рассказывал: «Я его терплю, сколько могу, а он все говорит». В ряде случаев наряду с ведущими вербальными, отмечались включения обонятельных, тактильных галлюцинаций, отдельные сенестопатические явления. Мальчик 12 лет жаловался на то, что множество женских «голосов» шепчет его имя, «велят ударить, убить», «начинают меня щекотать»; часто больной падал на пол, начинал рычать, хватался руками за голову, пояснял, что «это выходят голоса, я чувствую». Другой больной слышал, как сбоку и сзади мужской «голос» говорил ему: «Открой окно и прыгни, иначе тебя — к стенке, бей молотком по линолеуму, сорви занавеску, подожми ноги»; больной испортил дома линолеум, выполняя приказания «голоса». Периодически этот же пациент ощущал «запах гари и тухлятины», зажимал при этом нос пальцами. Длительность галлюцинозов у больных колебалась в пределах от 1 недели до 4 месяцев. В ряде случаев отмечалось несколько повторных эпизодов вербального галлюциноза на протяжении нескольких лет.

Характерно следующее наблюдение.

Гена В., 10 лет. Поступил в стационар во второй раз в связи с нелепым поведением и высказываниями. Мать мальчика лишена родительских прав, страдает алкоголизмом, судима за кражи. Отец неизвестен. Мальчик был усыновлен в раннем детстве. Раннее развитие с задержкой. У мальчика обнаружены инородные мелкие металлические тела в области задней черепной ямки (попытка аборта?). Всегда труден в поведении, капризен, упрям. Периодически имели место ночные страхи (кричал, просыпался). Обучается по вспомо-

гательной программе, учится плохо. В 9 лет находился в детском психиатрическом стационаре в связи с трудным поведением.

За неделю до поступления стал кривляться, дразнил бабушку и деда, отказался менять одежду, просил близких «открыть окно, чтобы можно было выпрыгнуть».

В отделении: в ясном сознании. Рассказал, что уже несколько дней слышит «голос Бога» — «он мне говорит, что я, бабушка и дедушка скоро умрем». Отметил, что также слышит «мужской голос», который «шепчет что-то неприятное». Начинает плакать, тут же улыбается и снова плачет. Стал рисовать могилы, нарисовал свою могилу — «он же говорит, что я умру, обещает убить меня через два дня». Не может объяснить, почему «голос» принадлежит Богу. Проводимая терапия: хлорпротиксен 30 мг в сутки, фенибут 500 мг в сутки, финлепсин 400 мг в сутки, а также глицин, поливитамины. На ЭЭГ отмечены грубые изменения биоэлектрической активности. Невролог констатировал резидуально-органическое поражение ЦНС. При осмотре психолога по методике Векслера: ВИ—72, НИ—68, ОИП—67. На фоне проводимой терапии отмечена редукция симптоматики через 1,5 месяца. Выписан через три месяца с диагнозом «Вербальный галлюциноз у больного олигофренией».

Катамнез через 1 год. Находится дома. Продолжает обучение по вспомогательной программе. Получает курсовое лечение (ноотропы, дегидратация, кавинтон). Психотических симптомов нет.

Психозы с преобладанием психомоторного возбуждения. В клинической картине заболевания на первый план выступают внезапно и без видимой внешней причины возникающее психомоторное возбуждение (ажитация), сопровождающееся иногда громким криком, бесцельным метанием по комнате или палате, расстройствами сна, аппетита, в ряде случаев — подъемом температуры, что невозможно объяснить наличием инфекции. Длительность психоза — от 2–3 дней до нескольких недель. В ряде случаев отмечаются периоды подъема и спада (значительной редукции) психомоторного возбуждения, не всегда зависящие от проводимой терапии. Выход из психоза чаще критический. Возможны рецидивы психомоторного возбуждения в течение последующих лет с однотипной симптоматикой.

Заключение. В целом важно отметить, что в отличие от детей с шизофренией у больных с олигофренными психозами не наблюдается специфических шизофренических изменений в аффективной и волевой сферах ни во время перенесенного психоза, ни после него. Олигофренные психозы не сопровождаются специфическими для шизофрении нарастающими апатоабулическими расстройствами и структурными нарушениями мышления. Даже если ребенок с олигофренией переносит несколько подобных психотических приступов, у него не формируется характерного шизофренического дефекта, в том числе эмоционального обеднения. Можно говорить в этом случае о гораздо более благоприятном прогнозе, чем при шизофрении, а отсутствие специфической шизофренической симптоматики свидетельствует о том, что данные психозы не могут быть отнесены к пфрпроф-шизофрении. В отличие от больных шизофренией, эти дети с рождения отстают в психическом и моторном развитии, у них наблюдаются многочисленные стигмы

дизэмбриогенеза и аномалии развития, характерные для олигофрений. Таким образом, олигофренные психозы у детей клинически, по данным анамнеза и прогноза отличаются от ранней детской шизофрении, а также пфпропфшизофрении. Развитие олигофренных психозов *sui generis*, а не как следствия воздействия экзогенно-органических вредностей или психогений требует отличия их и от экзогенно-органических, симптоматических и реактивных психозов. В целом целесообразно выделять психозы у больных олигофренией (экзогенного генеза или развившееся эндогенное заболевание на фоне умственной отсталости) и олигофренные психозы. Таким образом, олигофренные психозы являются отличной от других, нозологически самостоятельной группой психотических расстройств, требующей выделения ее в отдельную диагностическую классификационную рубрику. Подобный дифференцированный подход позволит уточнить диагностические критерии олигофренных психозов, а также выработать оптимальную терапевтическую и реабилитационную тактику по отношению к этим больным. Дополнительно можно отметить, что олигофренные психозы возникают преимущественно у детей с атонической и астенической формами умственной отсталости (96% наших наблюдений) по клинко-физиологической классификации олигофрений [8] и почти не встречаются при стенической форме, что полностью объяснить представляется затруднительным.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вроно М. Ш. Психозы у больных олигофренией. Руководство по психиатрии / Под ред. А. В. Снежневского. В 2-х т. Т. 2. М. : Медицина, 1983. - С. 491-493.
2. Голодец Р. Г. , Сухотина Н. К. Психозы у больных олигофренией // Журн. невропатол. и психиатр. им. С. С. Корсакова. - 1981. - № 3. - С. 378-383.
3. Жарницкая Д. З. О специфическом олигофренном психозе с затяжным течением // Проблемы общего психического недоразвития. - Л. , 1976. - С. 84-89.
4. Исаев Д. Н. Психозы и эпилепсия у умственно отсталых детей и подростков // Умственная отсталость у детей и подростков. Руководство. – СПб. : Речь, 2003. - С. 282-315.
5. Кириченко Е. И. , Леденев Б. А. Олигофрении (общие вопросы) // В. В. Ковалев. Психиатрия детского возраста (руководство для врачей). - М. : Медицина, 1979. - С. 449-452.
6. Макаров И. В. Клиника и классификация олигофренных психозов у детей // Журн. неврол. и психиатр. им. С. С. Корсакова. - 2014. - № 1-2. - С. 28-32.
7. Макаров И. В. Олигофренные психозы у детей и подростков: к вопросу о нозологической самостоятельности // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. - 2005. - № 4. - С. 4-5.
8. Мнухин С. С. Хрестоматия по психиатрии детского возраста. – СПб. : «Юридический центр Пресс», 2008. – С. 227-237.
9. Мнухин С. С. , Исаев Д. Н. Психозы у олигофренов // Вопр. психиатрии и невропатологии. Вып. 13. - Л. , 1968. - С. 149-157.
10. Сосюкало О. Д. К вопросу отграничения так называемых психозов у олигофренов от пфпропфшизофрении // Проблемы психоневрологии детского возраста. - М. , 1964. - С. 117-125.

REFERENCES

1. Vrono M. Sh. Psihozy u bol'nyh oligofreniej. Rukovodstvo po psikiatrii / Pod red. A. V. Snezhnevskogo. V 2-h t. T. 2. M. : Medicina, 1983. - S. 491-493.
2. Golodec R. G. , Suhotina N. K. Psihozy u bol'nyh oligofreniej // Zhurn. nevropatol. i psikiatr. im. S. S. Korsakova. - 1981. - № 3. - S. 378-383.
3. Zharnickaja D. Z. O specificheskom oligofrennom psihoze s zatjazhnym techeniem // Problemy obshhego psicheskogo nedorazvitiya. - L. , 1976. - S. 84-89.
4. Isaev D. N. Psihozy i jepilepsija u umstvenno otstalyh detej i podrostkov // Umstvennaja otstalost' u detej i podrostkov. Rukovodstvo. – SPb. : Rech', 2003. - S. 282-315.
5. Kirichenko E. I. , Ledenev B. A. Oligofrenii (obshhie voprosy) // V. V. Koval'ev. Psikiatrija detskogo vozrasta (rukovodstvo dlja vrachej). - M. : Medicina, 1979. - S. 449-452.
6. Makarov I. V. Klinika i klassifikacija oligofrennyh psihozov u detej // Zhurn. nevrol. i psikiatr. im. S. S. Korsakova. - 2014. - № 1-2. - S. 28-32.
7. Makarov I. V. Oligofrennye psihozy u detej i podrostkov: k voprosu o nozologicheskoj samostojatel'nosti // Obozrenie psikiatrii i medicinskoj psihologii im. V. M. Behtereva. - 2005. - № 4. - S. 4-5.
8. Mnuhin S. S. Hrestomatija po psikiatrii detskogo vozrasta. – SPb. : «Juridicheskij centr Press», 2008. – S. 227-237.
9. Mnuhin S. S. , Isaev D. N. Psihozy u oligofrenov // Vopr. psikiatrii i nevropatologii. Vyp. 13. - L. , 1968. - S. 149-157.
10. Sosjukalo O. D. K voprosu otgranichenija tak nazyvaemyh psihozov u oligofrenov ot p'ropfshizofrenii // Problemy psichonevrologii detskogo vozrasta. - M. , 1964. - S. 117-125.

I.V. Makarov

OLIGOPHRENIC PSYCHOSES:

CLASSIFICATION AND CLINIC IN CHILDREN

V. M. Bekhterev national research medical center for psychiatry and neurology, North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov (Saint-Petersburg).

Summary. The article deals with psychoses in children suffering from mental retardation. The necessity of selection in independent nosological unit separate groups of these disorders – oligophrenic psychosis. Their clinical classification is proposed: 1. psychosis with amental confusion; 2. schizophrenic psychoses; 3. verbal hallucinosis; 4. psychosis with a predominance of psychomotor agitation.

Key words: mental retardation, children, psychosis, types atonic.

В.Г. Булыгина¹, М.М. Проничева¹, О.В. Серебровская², А.А. Григорьева³
**ИНФОРМИРОВАННОСТЬ РОДИТЕЛЕЙ О РАССТРОЙСТВАХ
ПОВЕДЕНИЯ ИХ ДЕТЕЙ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ**

¹Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского», ²Центр патологии речи и нейрореабилитации, ³Научно-исследовательский институт наркологии (Москва).

Резюме: В статье представлены данные исследования, направленного на выделение особенностей информированности родителей о расстройствах поведения их детей. В исследовании приняли участие 32 человека в возрасте от 32 до 62 лет – родители детей в возрасте от 12 до 17 лет. Анализ восприятия родителями своих детей был проведен с учетом гендерной принадлежности детей. Родители считают, что у дочерей больше проблем со здоровьем, чем у сыновей. Основная часть родителей относит своих детей к группе риска формирования зависимости от психоактивных веществ (ПАВ), а также отмечает наличие у них признаков интернет-зависимости. Однако в группе родителей детей с расстройствами психологического развития не было выявлено значимых связей между переменными, характеризующими риск развития зависимости и нарушения социализации. Родители детей, не имеющих диагноза, связывают делинквентное поведение с возникновением химической зависимости у их детей; депрессивные состояния – с нарушениями внимания и агрессивным поведением.

Ключевые слова: расстройства психологического развития, социализация, родительское восприятие, информированность.

Рост показателя общей заболеваемости среди детей, количества воздействующих стрессоров увеличивает риск формирования различных форм отклоняющегося поведения. Отмечается, что у 40% детей школьного возраста наблюдаются заболевания, требующие психосоциальной реабилитации, а не медикаментозного лечения (ВОЗ, 2016). Расстройства поведения рассматриваются как нарушения социальных норм [8, 9, 10], формирующиеся под влиянием социально-психологических и клиничко-психопатологических факторов, среди которых важное место занимает социальное и семейное окружение [6]. Успешность социализации детей и подростков в значительной мере не только обусловлена адаптивными родительскими практиками, но и зависит от адекватности представлений родителей о нормовозрастных симптомах и поведенческих расстройствах.

Возникновение поведенческих расстройств у подростков связывают с стилем воспитания в родительской семье [2, 6, 10]. Показано, что реализуемые родителями воспитательные практики, их структурный и содержательный компоненты существенно влияют на нарушения социализации ребенка [4, 11]. Одним из психологических факторов, определяющим генез ряда расстройств как соматического, так и психического характера в детском и подростковом возрасте, является семейная дисфункция, а именно конфликтные взаимоотношения, воспитание по типу гиперопеки и ограничивающего контроля, эмоциональное отвержение ребенка, симбиотическая связь с одним из родителей и др. [3].

Исследования влияния стиля воспитания на внутреннюю мотивацию и саморегуляцию подростков показали, что существует тесная связь между чувством компетентности и социальной адаптацией. Также были выявлены корреляции между внутренней саморегуляцией ребенка в учебе и автономным стилем воспитания. При этом поддержка отцом автономности ребенка оказывала большее влияние на академическую успеваемость, мать – на адаптированность в школе [13].

Также среди факторов, препятствующих формированию расстройств поведения в подростковом возрасте, выделяют вовлеченность родителей в деятельность детей и качество «надзора» за ними. При этом наиболее значимую роль играет включенность отца в жизнь ребенка. Вовлеченность родителей в жизнь ребенка определяется их информированностью о психологических и поведенческих особенностях ребенка, а также количеством времени, проводимого в общении с ребенком. При этом отмечается, что информированность матери оказывает большее влияние на поведение ребенка в школе и коррелирует с социально-экономическим статусом семьи [13].

Семья, являясь одним из наиболее значимых институтов социализации, способствует формированию границ усваиваемых социальных норм, а также оказывает значительное влияние на представления о детско-родительских отношениях. Э. Г. Эйдемиллер и В. В. Юстицкис подчеркивают, что семейные представления имеют не только свою содержательную специфику, но и различны по степени своей активации. Иными словами, при столкновении с какой-либо проблемой человек «вспоминает» определенный поведенческий паттерн, уже заложенный в его опыте, и, исходя из него, принимает решение [14]. Описаны два типа семей: «с пониженной активацией» семейных представлений и «с развитой активацией» семейных представлений.

У родителей «с развитой активацией» семейных представлений сформирован образ того, как себя чувствует, что думает, как ведет себя в той или иной ситуации ребенок. Для семей «с пониженной активацией» семейных представлений характерно неумение прогнозировать последствий принятия своих решений; ориентация на внешние события или обстоятельства происходящего, а не на чувства и мысли участников ситуации. В таких семьях отмечаются трудности установления причинно-следственных связей в проблемной ситуации, что может приводить к неспособности родителя вовремя идентифицировать изменения в поведении ребенка, затрудняя своевременное реагирование взрослого в отношении возникшей ситуации. В случае возникновения первых признаков заболевания это может выражаться в несвоевременном обращении за медицинской помощью [10, 14].

Таким образом, знания родителей о специфике индивидуального развития ребенка в норме и при расстройствах поведения необходимы для выработки адекватных родительских стратегий и тактик взаимодействия с профильными специалистами.

Вышесказанное обусловило актуальность данного исследования, направленного на выделение особенностей информированности родителей о расстройствах поведения их детей в подростковом возрасте.

Материал и методы исследования. В исследовании приняли участие 32 человека в возрасте от 32 до 62 лет (средний возраст $\pm 41,55$). Опрошенными являются родителями детей в возрасте от 12 до 17 лет (средний возраст $\pm 13,23$). Количество детей в семье варьирует от 1 ребенка до 3 детей. Большую часть обследованных составили лица женского пола в возрасте 37-45 лет с двумя детьми.

Диагностический комплекс включал следующий набор методик:

1. Проверочный лист Т. Ахенбаха (адаптация Корниловой Т.В. , Григоренко Е.Л. , Смирнова С.Д. , 2005) [8], являющийся методом экспертных оценок. Включает в себя следующие шкалы: «Замкнутость», «Соматические проблемы», «Тревожность», «Нарушения социализации», «Проблемы мышления», «Проблемы с вниманием», «Делинквентное поведение», «Агрессия», «Общий показатель проблем».

2. Тест Кимберли-Янг на интернет-зависимость (Internet Addiction Test, IAT) [7] представляет собой инструмент самодиагностики патологического пристрастия к интернету.

3. Опросник «Риск химической зависимости» (Хриптович В.А.) [12]. Позволяет выявить склонных к формированию химической зависимости подростков на основании выраженности у них личностных характеристик, соответствующих психологическому портрету зависимой от ПАВ личности.

4. Шкала самооценки депрессии Цунга (адаптация Балашовой Т.И.) [1] позволяет определить степень депрессивного расстройства.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью дескриптивного анализа, сравнения независимых выборок по критерию U-Mann-Whitney, однофакторного дисперсионного анализа и корреляционного анализа (критерий Пирсона). Анализ данных проводился с помощью статистических пакетов SPSS 17.0, IBM SPSS Statistics v22, Microsoft Office Excel 2013.

Результаты и обсуждение. Для выявления значимых различий в оценках родителями детей в зависимости от их гендерной принадлежности, а также наличия или отсутствия у них заболевания был использован критерий U-Mann-Whitney. Значимые различия в оценках родителями своих дочерей и сыновей были обнаружены по шкалам «Соматические проблемы», «Тревожность» и «Проблемы с мышлением» (табл. 1). При этом более высокие показатели по указанным шкалам отмечались в группе родителей девочек.

Таблица 1.

Сравнение показателей восприятия родителями своих детей по гендерной переменной детей (критерий U Манна-Уитни)

Название шкалы	Группа		p≤
	Дочери	Сыновья	
Соматические проблемы	21,0	11,9	0,05
Тревожность	22,0	10,9	0,05
Проблемы с мышлением	19,7	13,3	0,05

Анализ данных показал, что родители дочерей считают своих детей как имеющих большее количество соматических, тревожных симптомов и обнаруживающих проблемы в познавательной сфере.

Далее выборка обследованных была разделена на две группы: 1 группа – родители детей условной нормы; 2 группа – родители детей с расстройствами психологического развития (F84.8, МКБ–10).

С помощью дескриптивной статистики было выявлено, что в 43,8% родители отмечают наличие у своих детей проявлений интернет-зависимости; в 37,5% – сформированной интернет-зависимости; и лишь в 18,8% – отсутствие проявлений интернет-зависимости (рис. 1). Было также выявлено, что 53,1% родителей оценивают своих детей как не входящих в группу риска формирования химической зависимости (рис. 1).

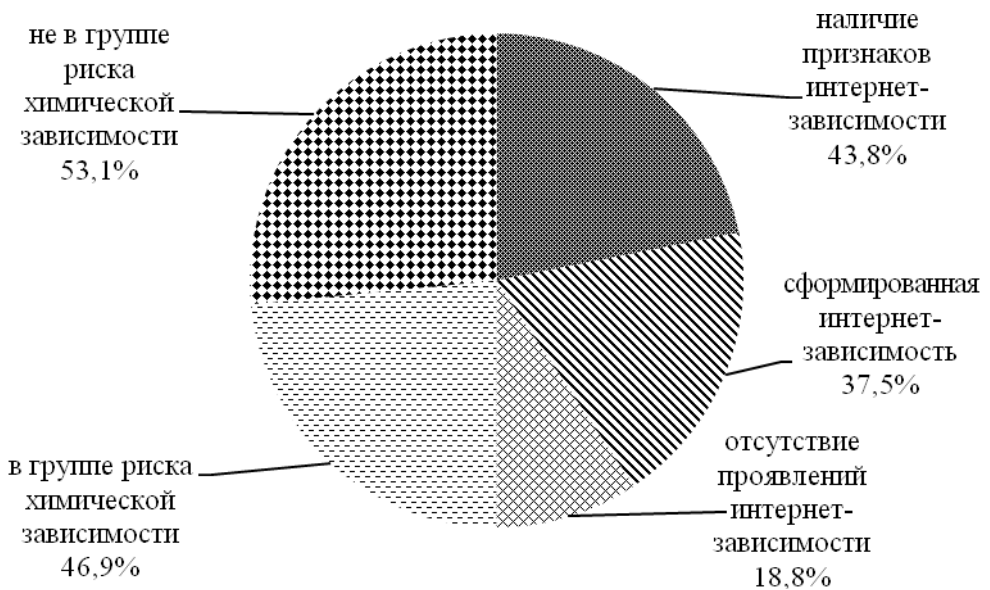


Рисунок 1. Оценка проявлений интернет-зависимости и риска химической зависимости детей обследованных

Значимые различия в оценке родителями своих детей в зависимости от наличия или отсутствия у них заболевания были выявлены по переменным «интернет-зависимость», «риск возникновения химической зависимости», шкалам «Замкнутость», «Нарушение социализации», «Проблемы с вниманием», «Делинквентное поведение», «Агрессия», «Общий показатель проблем» и «Самооценка депрессии» (табл. 2). Значимо высокие показатели по этим шкалам обнаружены в группе родителей детей с диагнозом расстройства психологического развития.

Родителей детей с психологическими расстройствами развития отличают значимо высокие показатели по следующим параметрам «Замкнутость», «Проблемы со вниманием», «Делинквентное поведение», «Общий показатель проблем», «Самооценка депрессии», интернет зависимость и риск химической зависимости.

Таблица 2.

Сравнение показателей восприятия родителями своих детей (критерий U Манна-Уитни)

Название шкалы	Группа		p≤
	Родители детей без заболевания	Родители детей с диагнозом расстройства психологического развития	
Замкнутость	12,8	22,7	0,05
Нарушение социализации	11,4	25,0	0,05
Проблемы с вниманием	10,4	25,9	0,05
Делинквентное поведение	12,4	23,4	0,05
Агрессия	11,7	24,5	0,05
Общий показатель проблем	11,3	25,2	0,05
Самооценка депрессии	11,4	25,1	0,05
Интернет зависимость	12,3	23,5	0,05
Риск химической зависимости	12,2	23,7	0,05

Однофакторный дисперсионный анализ позволил выделить характеристики восприятия родителями своих детей (табл. 3).

Таблица 3.

Специфичные характеристики восприятия родителями своих детей

Название шкалы	Группа		p≤
	Родители детей без заболевания	Родители детей с диагнозом расстройства психологического развития	
Замкнутость	2,9	5,3	0,05
Проблемы с вниманием	8,0	22,5	0,05
Делинквентное поведение	2,4	6,8	0,05
Агрессия	9,5	26,6	0,05
Общий показатель проблем	36,9	86,9	0,05
Самооценка депрессии	33,1	44,3	0,05
Интернет зависимость	1,9	2,8	0,05
Риск химической зависимости	1,2	1,9	0,05

Для выявления связей показателей переменных в группах был проведен корреляционный анализ (критерий Пирсона). В группе всей выборки были выявлены следующие связи:

1. Показатели шкалы «Самооценка депрессии» положительно коррелируют с показателями шкал «Замкнутость» ($r=0,487$; $p=0,01$), «Нарушения социализации» ($r=0,602$; $p=0,01$), «Проблемы с вниманием» ($r=0,673$; $p=0,01$), «Делинквентное поведение» ($r=0,433$; $p=0,05$), «Агрессия» ($r=0,589$; $p=0,01$), Общий показатель проблем ($r=0,696$; $p=0,01$).

2. Показатели «интернет-зависимости» положительно коррелируют со шкалами «Нарушения социализации» ($r=0,424$; $p=0,05$), «Проблемы с вниманием» ($r=0,625$; $p=0,01$), «Делинквентное поведение» ($r=0,478$; $p=0,01$), «Агрес-

сия» ($r=0,506$; $p=0,01$), Общий показатель проблем ($r=0,494$; $p=0,01$).

3. Показатели риска химической зависимости положительно коррелирует с показателями шкал: «Замкнутость» ($r=0,416$; $p=0,05$), «Нарушения социализации» ($r=0,464$; $p=0,01$), «Проблемы с вниманием» ($r=0,665$; $p=0,01$), «Делинквентное поведение» ($r=0,651$; $p=0,01$), «Агрессия» ($r=0,624$; $p=0,01$), Общий показатель проблем ($r=0,657$; $p=0,01$).

В группе родителей детей условной нормы:

1. Показатели шкалы «Делинквентное поведение» положительно коррелируют с показателями риска химической зависимости ($r=0,579$; $p=0,01$).

2. Показатели шкалы «Самооценка депрессии» положительно коррелируют с показателями следующих шкал: «Проблемы с вниманием» ($r=0,521$; $p=0,05$); «Агрессия» ($r=0,575$; $p=0,01$); «Общий показатель проблем» ($r=0,615$; $p=0,01$).

В группе родителей детей с психологическими расстройствами значимых корреляций обнаружено не было.

Таким образом, было выявлено, что большая часть родителей относит своих детей к группе риска формирования зависимости от ПАВ, а также отмечает у них наличие признаков интернет-зависимости. При этом родители детей с расстройствами психологического развития склонны относить своих детей к группе риска формирования девиантного, агрессивного поведения. Однако не было выявлено корреляционных связей между переменными, характеризующими риск развития зависимости и нарушения социализации у несовершеннолетних.

Родители, чьим детям не был поставлен диагноз расстройства психологического развития, связывают делинквентное поведение с риском формирования химической зависимости у их детей; депрессивные состояния – с нарушениями внимания и агрессивным поведением, что является индикатором психологического неблагополучия ребенка.

Заключение. Были выявлены гендерспецифические характеристики, заключающиеся в том, что дочерей считают более склонными к проблемам со здоровьем, чем сыновей.

Основная часть родителей относит своих детей к группе риска формирования зависимости от ПАВ, а также отмечает у них наличие признаков интернет-зависимости. При этом следует отметить, что у родителей детей с расстройствами психологического развития представления о природе возникновения такого поведения недифференцированы.

В связи с этим важно повышение уровня информированности родителей о закономерностях развития отклоняющегося поведения у детей в соответствии с возрастным и гендерным аспектами их развития.

Исследование выбора стратегий воспитания ребенка с учетом представлений о причинах формирования отклоняющегося поведения является перспективной целью дальнейших исследований. Знание этих закономерностей позволит разрабатывать программы психологического сопровождения семей с детьми с отклоняющимся поведением.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балашова Т. И. Методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний Цунга // Практикум по экспериментальной и прикладной психологии: Учеб. пособие. СПб. : Изд-во С.-Петербург. ун-та, 1997. С. 198-202.

2. Беляева Н.И. Влияние стиля семейного воспитания на формирование личности ребенка // IN SITU. 2016. №4. – С. 95-98. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vliyanie-stilya-semeynogo-vospitaniya-na-formirovanie-lichnosti-rebenka> (дата обращения: 18. 04. 2018).

3. Бройтигам В. , Кристиан П. , Рад М. Психосоматическая медицина: Кратк. учебн. / Пер с нем. Г. А. Обухова, А. В. Бруенка; Предисл. В. Г. Остроглазова. М. : ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. –376 с.

4. Булыгина В. Г. , Белякова М. Ю. , Абольян Л. В. Влияние семейной дисфункции на психофизическое развитие детей и подростков // Педиатрическая фармакология. 2013. Т. 10. № 3. С. 50-54.

5. Грецов А. Г. Практическая психология для подростков и родителейрецов. СПб. : Питер, 2017. 224 с.

6. Зайцева О. В. Социализация личности ребенка в условиях семейного образования // Педагогическое образование в России. 2015. № 6. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sotsializatsiya-lichnosti-rebenka-v-usloviyah-semeynogo-obrazovaniya> (дата обращения: 18. 04. 2018).

7. Кимберли С. Янг. Диагноз Интернет-зависимость // Мир Internet. 2000. № 2. С. 24-29.

8. Корнилова Т. В. , Григоренко Е. Л. , Смирнов С. Д. Подростки групп риска. 2-е изд. , испр. и доп. М. : Издательство Юрайт, 2018. 337 с.

9. Лебединская К. С. Клинико-психологический анализ нарушений поведения у подростков (сообщение первое) // Альманах Института коррекционной педагогики. 2005. Альманах № 9. URL:<https://alldef.ru/ru/articles/almanah-9/kliniko-psihologicheskij-analiz-narushenij-povedenija> (Дата обращения: 06. 04. 2018).

10. Разварина И. Н. , Кондакова Н. А. Семья как социальный институт развития личности ребенка в подростковом и юношеском возрасте // Проблемы развития территории. 2014. № 6 (74). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/semya-kak-sotsialnyy-institut-razvitiya-lichnosti-rebenka-v-podrostkovom-i-yunosheskom-vozhraze> (дата обращения: 18. 04. 2018).

11. Столин В. В. , Бодалев А. А. и др. Семья в психологической консультации: Опыт и проблемы психологического консультирования / Под ред. А. А. Бодалева, В. В. Столина. М. : Педагогика, 1989. 208 с.

12. Хриптович В. А. Проблема раннего выявления предрасположенности обучающихся к формированию химической зависимости // Исторические и психолого-педагогические науки: сб. науч. статей. Минск: РИВШ, 2016. С. 258-264.

13. Чирков В. И. Межличностные отношения, внутренняя мотивация и саморегуляция // Вопросы психологии. 1997. № 3. С. 102-110.

14. Эйдемиллер Э. Г. , Юстискис В. В. Психология и психотерапия семьи. СПб. : Питер, 1999. 394 с.

REFERENCES

1. Balashova T. I. Metodika differencial'noj diagnostiki depressivnyh sostojanij Cunga // Praktikum po jeksperimental'noj i prikladnoj psihologii: Ucheb. posobie. SPb. : Izd-vo S. -Peterburg. un-ta, 1997. S. 198-202.

2. Beljaeva N. I. Vlijanie stilja semejnogo vospitaniya na formirovanie lichnosti rebenka // IN SITU. 2016. №4. – S. 95-98. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vlijanie-stilya-semejnogo-vospitaniya-na-formirovanie-lichnosti-rebenka> (data obrashhenija: 18. 04. 2018).

3. Brojtigam V. , Kristian P. , Rad M. Psihosomaticeskaja medicina: Kratk. uchebn. / Per s nem. G. A. Obuhova, A. V. Bruenka; Predisl. V. G. Ostroglazova. M. : GJeOTAR MEDICINA, 1999. –376 s.

4. Bulygina V. G. , Beljakova M. Ju. , Abol'jan L. V. Vlijanie semejnoy disfunkcii na psihofizicheskoe razvitie detej i podrostkov // Peditricheskaja farmakologija. 2013. Т. 10. № 3. S. 50-54.

5. Grecov A. G. Prakticheskaja psihologija dlja podrostkov i roditelejrecov.

SPb. : Piter, 2017. 224 s.

6. Zajceva O. V. Socializacija lichnosti rebenka v uslovijah semejnogo obrazovaniya // Pedagogicheskoe obrazovanie v Rossii. 2015. № 6. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sotsializatsiya-lichnosti-rebenka-v-usloviyah-semejnogo-obrazovaniya> (data obrashheniya: 18. 04. 2018).

7. Kimberli S. Jang. Diagnostika Internet-zavisimosti // Mir Internet. 2000. № 2. S. 24-29.

8. Kornilova T. V. , Grigorenko E. L. , Smirnov S. D. Podrostki grupp riska. 2-e izd. , ispr. i dop. M. : Izdatel'stvo Jurajt, 2018. 337 s.

9. Lebedinskaja K. S. Kliniko-psihologicheskij analiz narushenij povedeniya u podrostkov (soobshhenie pervoe) // Al'manah Instituta korrekcionnoj pedagogiki. 2005. Al'manah № 9. URL: <https://alldef.ru/ru/articles/almanah-9/kliniko-psihologicheskij-analiz-narushenij-povedeniya> (Data obrashheniya: 06. 04. 2018).

10. Razvarina I. N. , Kondakova N. A. Sem'ja kak social'nyj institut razvitiya lichnosti rebenka v podrostkovom i junosheskom vozraste // Problemy razvitiya territorii. 2014. № 6 (74). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/semya-kak-sotsialnyj-institut-razvitiya-lichnosti-rebenka-v-podrostkovom-i-junosheskom-vozraste> (data obrashheniya: 18. 04. 2018).

11. Stolin V. V. , Bodalev A. A. i dr. Sem'ja v psihologicheskoy konsul'tacii: Opyt i problemy psihologicheskogo konsul'tirovaniya / Pod red. A. A. Bodaleva, V. V. Stolina. M. : Pedagogika, 1989. 208 s.

12. Hriptovich V. A. Problema rannego vyjavleniya predraspolozhennosti obuchajushhihsja k formirovaniyu himicheskoy zavisimosti // Istoricheskie i psihologo-pedagogicheskie nauki: sb. nauch. statej. Minsk: RIVSh, 2016. S. 258-264.

13. Chirkov V. I. Mezhlichnostnye otnosheniya, vnutrennjaja motivacija i samo-reguljacija // Voprosy psihologii. 1997. № 3. S. 102-110.

14. Jejdemiller Je. G. , Justiskis V. V. Psihologija i psihoterapija sem'i. SPb. : Piter, 1999. 394 s.

V.G. Bulygina¹, M.M. Pronicheva¹, O.V. Serebrovskaya², A.A. Grigor'eva³

PARENTS' AWARENESS ABOUT BEHAVIORAL DISORDERS OF THEIR CHILDREN IN ADOLESCENCE

¹Federal state budgetary institution "Serbsky National medical research Centre of Psychiatry and Narcology", ²Center of Speech Pathology and Neuro-rehabilitation, ³Research Institute of Narcology (Moscow).

Summary: The article presents the research data aimed at highlighting the parents' awareness of their children's behavioral disorders. The study involved 32 people aged 32 to 62 years - parents of children aged 12 to 17 years. An analysis of parents' perceptions of their children was carried out taking into account the gender of children. Parents believe that daughters have more health problems than the sons. It was found that most parents attribute their children to the risk of dependence on psychoactive substances and Internet addiction. However, in a group of parents whose children have psychological development disorders, there were no significant links between the variables characterizing the risk of development and disruption of socialization. Parents of children without diagnosis associate delinquent behavior with the appearance of chemical dependence among their children; depressive states – with impaired attention and aggressive behavior.

Keywords: disorders of psychological development, socialization, parental perception, awareness.

**ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ СОХРАНЕНИЮ
СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ РОДИТЕЛЕЙ,
ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С ОСОБЕННОСТЯМИ РАЗВИТИЯ
НИ Томский государственный университет (Томск).**

Резюме. Проведено исследование вклада социально-демографических факторов в социально-психологическое здоровье 122 родителей, воспитывающих детей, с особенностями развития. Выявлено, что возраст детей и наличие у родителей помощи в уходе за ребенком способствуют сохранению их социально-психологического здоровья.

Ключевые слова: дети с особенностями развития, социально-психологическое здоровье, родители.

Введение Дети, имеющие особенности развития, находятся в зоне риска, поскольку они часто ограничены в активности, могут столкнуться с ограниченным доступом в области образования и профессионально-технических возможностей, сужением социальных контактов и проблемами в создании собственной семьи в будущем [3, 7, 8]. Поэтому, они как никто другой, зависимы от семьи и нуждаются в ее поддержке. На современном этапе семья рассматривается как целостное образование, структурные элементы которого взаимосвязаны, родители обеспечивают среду для развития ребенка, формируют его отношение к себе, к своим особенностям, обеспечивают условия для развития всех компонентов, формирующих основу психического и социального здоровья [5, 9]. В литературе представлены исследования влияния психологического состояния родителей, их отношения к ребенку, стиля воспитания на психологическое благополучие ребенка, формирование его личностных особенностей и динамику его состояния [1, 2, 4, 6, 10].

В связи с этим актуализируется проблема исследования социально-психологического здоровья семей, воспитывающих детей с особенностями развития, и выявления факторов, которые оказывают влияние на его сохранение.

Материалы и методы. Центрами в данном исследовании являлись: 2 средних школы г. Томска, 1 детская поликлиника г. Барнаула, 2 детских сада г. Томска комбинированного типа. Общую выборку составили 122 женщины, имеющие детей с особенностями развития в возрасте от 0 до 16 лет. В зависимости от особенностей развития, которые выделили родители, были сформированы следующие группы: дети с ДЦП и сочетанными особенностями – 32 семьи, дети с речевыми нарушениями – 33 семей, дети с нарушениями зрения – 21 семья, дети с СДВГ – 16 семей, дети с РАС – 20 семей.

Родительский опросник включал следующие методики: адаптированная под задачи исследования методика оценки уровня социального здоровья студенческой молодежи (Е.В. Цикалюк); методика диагностики психологического здоровья (А.В. Козлов); разработанный специально под задачи исследования социально-демографический опросник.

Результаты. Сравнение в общей группе родителей, имеющих ребенка с

особенностями развития, в зависимости от семейного положения по показателям социально-психологического здоровья не выявил значимых различий. Несмотря на это можно отметить, что усредненные значения таких показателей, как: «Социальная адаптированность», «Взаимоотношения с окружающими», «Отношение к социальным нормам», «Общий показатель социального здоровья», «Просоциальный вектор» и «Я-вектор» у родителей, которые состоят в браке, ниже, чем у одиноких родителей. Более высокие показатели группа родителей, состоящих в браке, демонстрирует по таким показателям, как «Ценностные ориентации», «Интеллектуальный вектор» и «Семейный вектор». В связи с этим можно предположить, что наличие или отсутствие партнера как фактор, не является условием сохранения социально-психологического здоровья.

Сравнение показателей социально-психологического здоровья родителей детей, с особенностями развития, в зависимости от уровня образования не выявило значимых отличий ни по одному из показателей социально-психологического здоровья. Полученные данные не позволяют сделать вывод о том, что уровень образования вносит значимый вклад в социально-психологическое здоровье родителей, воспитывающих детей с особенностями развития.

Сравнение групп в зависимости от уровня доходов также не показало достоверно значимых различий в данной группе респондентов ни по одному из показателей. Тем не менее данные говорят о том, что группа родителей, которые определяют уровень своих доходов как «ниже среднего», демонстрирует более высокий уровень по таким показателям, как: «Социальная адаптированность», «Я-вектор», «Творческий вектор», «Духовный вектор» и «Семейный вектор», «Интеллектуальный вектор» по сравнению с остальными группами и более низкие значения по показателям «Социальная активность», «Взаимоотношения с окружающими» и «Просоциальный вектор».

Различия в показателях социально-психологического здоровья в зависимости от наличия или отсутствия у матери помощи в уходе за ребенком (родственники либо няни) были выявлены в группе родителей, дети которых имеют ДЦП. Различия были выявлены по показателям «Взаимоотношения с окружающими», «Социальная активность», «Общий показатель социального здоровья», «Просоциальный вектор», «Я-вектор», «Творческий вектор», «Интеллектуальный вектор». В группе родителей, которые не имеют возможности получить помощь в уходе за домом или ребенком от родственников, друзей или наемных рабочих, и самостоятельно ведут хозяйство и ухаживают за детьми, перечисленные выше показатели значимо ниже, чем у тех родителей, которые могут себе позволить разделить обязанности. Кроме того можно отметить у них более низкие значения по всем остальным показателям социально-психологического здоровья за исключением показателей «Ценностные ориентации» и «Отношение к социальным нормам» (Рис. 1).

Достоверно значимые различия были выявлены в показателях социально-психологического здоровья при разделении родителей, имеющих детей с особенностями развития, на возрастные группы. Показатели сниженного социально-психологического здоровья демонстрировали родители детей в возрасте от 0 до 3 лет. Такие показатели, как «Социальная адаптированность», «Взаимоотно-

шения с окружающими», «Общий показатель социального здоровья», «Я-вектор» и «Творческий вектор» значимо ниже, чем в группах родителей с детьми более старшего возраста. Примечательно, что самые высокие показатели социально-психологического здоровья были выявлены в группе родителей, дети которых находятся в возрасте от 3 до 7 лет, а в группе более старшего возраста показатели также снижены и находятся на нижней границы нормы. Эти результаты соотносятся с данными, которые были получены исследователями ранее. Установлено, что среди родителей, дети которых находятся в возрасте до 7 лет, чаще всего встречаются лица со стабильной психической адаптацией. А среди родителей детей, которые находятся в возрасте от 7 до 18 лет, все чаще можно встретить лиц с психической дизадаптацией. Психологи объясняют это тем, что в более позднем возрасте, когда отставание в физическом, психическом и интеллектуальном развитии ребенка от своих сверстников становится все более явным, родители теряют веру в возможность реабилитации (Рис. 2).

Рисунок 1. Сравнительный анализ показателей социально-психологического здоровья родителей, имеющих ребенка с особенностями развития, в зависимости от наличия помощника

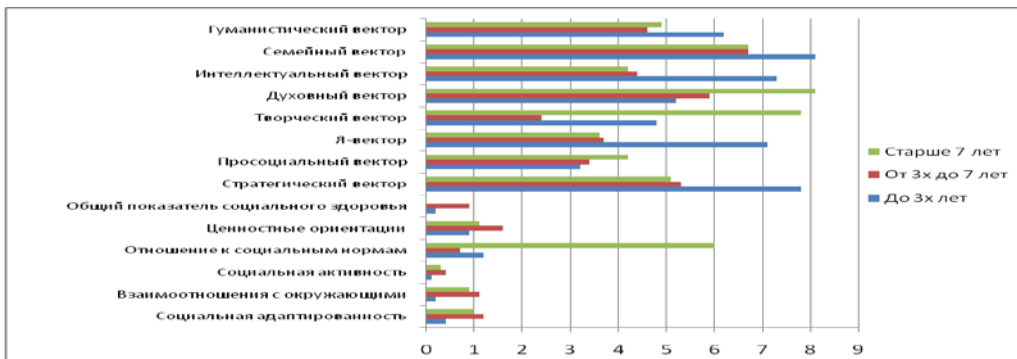
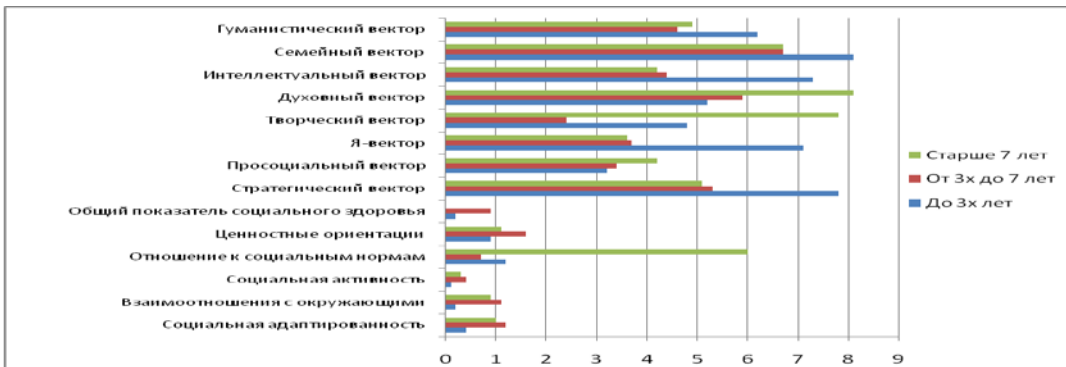


Рисунок 2. Сравнительный анализ показателей социально-психологического здоровья родителей, имеющих ребенка с особенностями развития, в зависимости от возраста ребенка



Для определения социально-демографических факторов, которые вносят вклад в сохранение социально-психологического здоровья родителей, воспитывающих детей с особенностями развития использовался регрессионный анализ. Зависимыми переменными выступали все показатели социально-психологического здоровья, а независимыми – социально-демографические факторы «Семейное положение», «Уровень образования родителей», «Уровень дохода», «Количество детей», «Наличие помощника», «Возраст ребенка». Статистически достоверные прогностические модели были построены по таким показателям, как «Социальная адаптированность», «Общий показатель социального здоровья» и «Творческий вектор». По остальным показателям социально-психологического здоровья регрессионные модели оказались не достоверны.

При исследовании вклада социально-демографических показателей в показатель «Социальная адаптированность» регрессионный анализ показал статистически достоверную прогностическую модель (объяснительная мощность $R^2 = 0,301$), в которой на зависимую переменную оказывает влияние одна переменная, что свидетельствует о прогностическом влиянии возраста «особенного» ребенка на уровень социальной адаптированности его родителей (таблицы 1, 2).

Таблица 1. «Социальная адаптированность» - результаты регрессионного анализа. ANOVA

	Сумма квадратов	ст.св.	Средний квадрат	F	Значимость
Регрессия	1,143	2	2,572	4,323	0,000
Остаток	152,362	86	1,772		
Всего	153,506	88			

Таблица 2.

«Социальная адаптированность» - результаты регрессионного анализа. Коэффициенты

Модель	Нестандартизованные коэффициенты		Стандартизованные коэффициенты	t	Знач.
	B	Стд. ошибка	Бета		
(Константа)	4,292	0,408		10,520	0,000
Возраст ребенка	0,170	0,353	0,052	0,480	,0,021

Оценка вклада социально-демографических показателей в показатель «Общий показатель социального здоровья» с помощью регрессионного анализа, позволила построить статистически достоверную прогностическую модель (объяснительная мощность $R^2 = 0,279$), в которой на зависимую переменную влияют три переменные, что свидетельствует о прогностическом влиянии возраста «особенного» ребенка, наличия у мамы помощника по хозяйству и ухода за ребенком, а также того, посещает ли «особенный» ребенок школу, детский сад или другие группы кратковременного пребывания на общий уровень социального здоровья родителей (табл. 3, 4).

Таблица 3.

«Общий показатель социального здоровья» - результаты регрессионного анализа. ANOVA

	Сумма квадратов	ст.св.	Средний квадрат	F	Значимость
Регрессия	4580,006	3	2290,003	6,792	,002
Остаток	29331,383	87	337,142		
Всего	33911,389	89			

Таблица 4.

«Общий показатель социального здоровья» - результаты регрессионного анализа. Коэффициенты

Модель	Нестандартизованные коэффициенты		Стандартизованный коэффициент	t	Знач.
	B	Стд. ошибка	Бета		
(Константа)	46,707	5,626		8,302	0,000
Возраст ребенка	1,331	4,870	0,027	,273	0,000
Наличие помощника	18,020	4,977	0,363	3,621	0,002
Посещает ли ребенок д/с или школу	19,214	4,999	,421	3,897	0,002

При исследовании вклада социально-демографических показателей в показатель «Творческий вектор» регрессионный анализ показал статистически достоверную прогностическую модель (объяснительная мощность $R^2 = 0,189$), в ко-

торой на зависимую переменную оказывает влияние две переменных, что свидетельствует о прогностическом влиянии возраста «особенного» ребенка и наличия у мамы помощника по хозяйству и уходу за ребенком на уровень творческого потенциала его родителей (табл. 5, 6).

Таблица 5.

«Творческий вектор» - результаты регрессионного анализа. ANOVA

	Сумма квадратов	ст.св.	Средний квадрат	F	Значимость
Регрессия	2646,212	2	1323,106	4,220	,018
Остаток	26335,857	84	313,522		
Всего	28982,069	86			

Таблица 6.

«Творческий вектор» - результаты регрессионного анализа. Коэффициенты

Модель	Нестандартизованные коэффициенты		Стандартизованные коэффициенты	t	Знач.
	B	Стд. ошибка	Бета		
(Константа)	53,797	5,432		9,903	0,000
Возраст ребенка	3,121	4,713	0,069	,662	0,010
Наличие помощника	13,205	4,815	0,287	2,742	0,007
Посещает ли ребенок д/с или школу	53,797	5,432		9,903	0,000

Обсуждение результатов. Полученные результаты позволяют говорить о том, что:

1. На социальную адаптированность родителей оказывает влияние возраст ребенка. Менее социально адаптированы родители, дети которых находятся в возрасте от 0 до 3 лет, а также родители, дети которых старше 7 лет. Это объясняется в первом случае тем, что родители испытывают сильнейший стресс при появлении в семье ребенка, с особенностями развития, а в другом случае тем, что родители испытывают стресс, когда видят, что их ребенок взрослеет и серьезно отстает в развитии от своих сверстников. В более младшем возрасте соци-

альная активность родителей может снижаться в связи с процессом адаптации к возникающим трудностям, они пытаются не только привыкнуть к ситуации появления в семье нового ребенка, но и научиться жить с его особенностями развития. В более старшем возрасте социальная активность родителей снижается в связи с тем, что с ростом ребенка становится все сложнее в уходе за ним, особенно, если происходит нарушение его психического, интеллектуального и физического функционирования.

2. На общее социальное здоровье родителей оказывает влияние возраст ребенка, посещает ли он учебные учреждения и имеют ли родители помощника по хозяйству и уходу за ребенком. Факт посещения ребенком учебных заведений и наличие у родителей возможности прибегнуть к помощи родственников или наемного персонала в уходе за ребенком и ведении хозяйства, существенно повышает показатели социально-психологического здоровья родителей. Данные результаты имеют высокую практическую значимость и открывают новые направления социально-психологической поддержки и реабилитации родителей, воспитывающих ребенка с особенностями развития.

3. Возраст ребенка и наличие у родителей помощника по уходу за ребенком и хозяйством вносят вклад в «Творческий вектор» родителей. Данные результаты могут свидетельствовать о том, что стремление к реализации своего творческого потенциала у родителей, находится в сильной зависимости от свободного времени. И отсутствие у родителей возможности разделить обязанности по уходу за ребенком и ведения хозяйства препятствует творческому самовыражению, что в свою очередь снижает социально-психологическое здоровье.

ЛИТЕРАТУРА

3. Богданова Т. Г., Мазурова Н. В. Влияние внутрисемейных отношений на развитие личности глухих младших школьников // Дефектология. 1998, №. 3. С. 40-44.

4. Винокурова Е.И. Семья и психическое здоровье ребенка // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2006 (6), № 1. С. 118-122.

5. Гуткевич Е. В. Современная семья в аспекте психологии здоровья личности: проблемы развития и возможности превенции // Сибирский психологический журнал.. 2014. №. 51.

6. Левченко И.Ю., Ткачева В.В. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии. М.: Просвещение, 2008. 239 с.

7. Лопатко Г.Г. Проблемы обучения детей с ограниченными возможностями здоровья..2003.

8. Мазурова Н. В. Семья и болезнь ребенка: вопросы психологической адаптации // Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии. 2013. №. 31. С. 110-120.

9. Миланич Ю.М. Реализация семейных функций как критерий оценки психологического благополучия семьи ребенка с нарушением развития // Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии. 2014. №. 38. С. 196-201.

10. Ткачева В.В. Психологические особенности родителей, имеющих детей с детским церебральным параличом // Специальная психология. 2009. №. 1. С. 19.

REFERENCES

1. Barakat L. P., Linney J. A. Children with physical handicaps and their mothers: The interrelation of social support, maternal adjustment, and child adjustment // *Journal of pediatric Psychology*. – 1992. – T. 17. – №. 6. – С. 725-739.
2. Davis V. Impact of strength based therapy on parents of children with developmental disabilities quality of life. – 2017.
3. Bogdanova T. G., Mazurova N. V. Vlijanie vnutrisemejnyh otnoshenij na razvitie lichnosti gluhih mladshih shkol'nikov // *Defektologija*. 1998, №. 3. S. 40-44.
4. Vinokurova E.J1. Sem'ja i psicheskoe zdorov'e rebenka // *Voprosy psicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov*. 2006 (6), № 1. S. 118-122.
5. Gutkevich E. V. Sovremennaja sem'ja v aspekte psihologii zdorov'ja lichnosti: problemy razvitija i vozmozhnosti prevencii // *Sibirskij psihologicheskij zhurnal*.. 2014. №. 51.
6. Levchenko I.Ju., Tkacheva V.V. Psihologicheskaja pomoshh' sem'e, vospityvajushhej rebenka s otklonenijami v razvitii. M.: Prosveshchenie, 2008. 239 s.
7. Lopatko G.G. Problemy obucheniya detej s ograničennymi vozmozhnostjami zdorov'ja..2003.
8. Mazurova N. V. Sem'ja i bolezni' rebenka: voprosy psihologicheskoy adaptacii // *Lichnost', sem'ja i obshhestvo: voprosy pedagogiki i psihologii*. 2013. №. 31. S. 110-120.
9. Milanich Ju.M. Realizacija semejnyh funkcij kak kriterij ocenki psihologicheskogo blagopoluchija sem'i rebenka s narusheniem razvitija // *Lichnost', sem'ja i obshhestvo: voprosy pedagogiki i psihologii*. 2014. №. 38. S. 196-201.
10. Tkacheva V.V. Psihologicheskie osobennosti roditelej, imejushhih detej s detskim cerebral'nym paralichom // *Special'naja psihologija*. 2009. №. 1. S. 19.

D.E. Vlasova, N.V. Kozlova

THE FACTORS PROMOTING SOCIAL-PSYCHOLOGICAL HEALTH OF PARENTS RAISING CHILDREN WITH DEVELOPMENTAL DISABILITIES

Tomsk State University (Tomsk).

Summary. The study followed 122 parents of children with developmental disabilities to assess the factors promoting their social-psychological health. Were found that the age of children and child care assistant in family can improve parent's social-psychological health.

Keywords: children with developmental disabilities, social-psychological health, parents.

Е.В. Корень, С.Н. Масихина

«МЕДИЦИНСКИЙ СТРЕСС» У РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Московский научно-исследовательский институт психиатрии - филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского», Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дм. Рогачева (Москва).

Резюме. Цель исследования: изучение структуры и дизадаптирующего¹ влияния «медицинского стресса» на приверженность лечению и качество сотрудничества родителей со специалистами. **Методы:** Клинически обследовано в стационаре 82 родителя, отобранных в результате скрининга по «Госпитальной шкале тревоги/депрессии» (HADS). Для оценки приверженности лечению использовались шкала Мориски-Грин. **Результаты:** выделены клинические варианты «медицинского стресса»: в рамках расстройств адаптации (РА) - 48,7%, расстройств личности (РЛ) - 34,1%, экзacerbации эндогенных психических нарушений в рамках аффективных расстройств (АР) - рекуррентной депрессии, дистимии, депрессивного эпизода в течении биполярного аффективного расстройства - 10,9%, психозов шизофренического спектра (ПШС), ассоциированных со стрессом, - 6%. Определены основные клинические и психосоциальные характеристики групп, показаны различия по показателям приверженности лечению. **Выводы:** Психические нарушения у родителей в условиях «медицинского стресса» отрицательно влияют на приверженность лечению онкологических заболеваний у детей. Для улучшения качества лечебного процесса необходимо проводить скрининг для раннего выявления психических нарушений у родителей, осуществлять превентивную диагностику и психосоциальную работу.

Ключевые слова: расстройство адаптации, тревога, депрессия, родительский дистресс, медицинский стресс, детская онкология.

Психосоциальное сопровождение пациентов и их семей на всех этапах лечебно-реабилитационного процесса является одним из важнейших направлений совершенствования комплексной помощи детям с онкологическими заболеваниями [16-19]. Родительский фактор как «посредник» между ребенком и системой оказания медицинской помощи оказывает существенное влияние на успех лечения в детской онкологии [4-6,19]. Такие параметры неблагоприятного прогноза онкологического заболевания у детей, как запоздалое обращение за помощью, отказы от лечения и дефекты ухода, в значительной степени ассоции-

¹ Понятие нарушенной, искаженной адаптации следует обозначать как «**дизадаптация**» вместо более распространенного в последнее время «дзадаптация». Употребление термина «**дизадаптация**» в данном контексте более адекватно, что подтверждается и литературными источниками, и справочными изданиями. Впервые в отечественной справочной литературе нарушенная адаптация была обозначена именно термином «**дизадаптация**» (см. Энциклопедический словарь медицинских терминов. Т. 1. – М.: Советская энциклопедия. - 1982. – 464 с.); то же: Большой толковый психологический словарь (Arthur S. Reber. The Penguin Dictionary of Psychology. 2nd Edition). Пер. Е.Ю. Чеботарева. – М.: Вече, Аст, 2001. – Т. 1. – С. 238; то же на сайте www.glossary.ru. В других зарубежных справочных изданиях и словарях (таких, как Springer Lexikon Medizin, Marriam-Webster's Medical Dictionary, и др.) и в различных монографиях понятие нарушенной адаптации также обозначается как дизадаптация (dysadaptation).

руются с поведением родителей [8, 13, 19]. Индивидуальным особенностям родителей, приводящим к некомплаентному поведению, отводится особая роль как фактору, определяющему низкую приверженность лечению [8, 9].

В литературе можно встретить многочисленные указания на негативное влияние постстрессовых психических расстройств у родителей на качество оказываемой детям медицинской помощи [7, 13, 18]. По предложенной концепции «рак-специфического дистресса» реакции родителей на онкологическое заболевание у ребенка могут проявляться в континууме от нормальных адаптивных форм реагирования, предполагающих постепенное формирование так называемой психоэмоциональной устойчивости (resilience), обеспечивающей достаточный уровень ухода и поддержки болеющего ребенка, до хронических дизадаптивных форм, симптомы которых достигают клинического уровня, что негативно сказывается на личностных ресурсах совладания с ситуацией у родителей в условиях лечения угрожающего жизни заболевания ребенка [16, 17, 19]. В то же время, по мнению детских психонкологов, психическое состояние родителей часто недооценивается или вовсе игнорируется врачами соматического профиля как неприоритетный фактор лечебного процесса («невидимые пациенты») [18]. Считается, что формированию патологических стрессовых реакций у родителей способствует определенная «почва», которая включает личностную predisposition, сенсбилизацию повторными травматическими событиями, негативный опыт преодоления сходных ситуаций в анамнезе, а также влияние различных экзогенных факторов [12, 18, 19, 21, 22].

Показана также большая частота депрессий среди родственников онкологических больных по сравнению с общепопуляционными показателями (до 9%-15%) и тревожных расстройств - до 35% [14, 22]. Распространенность расстройств личности и психических нарушений из круга «большой психиатрии» у родителей, подверженных «медицинскому стрессу» в связи с онкологическим заболеванием ребенка, несколько превышает данные по популяции родителей здоровых детей и детей с другими соматическими заболеваниями (2,4-7,6% и 0,5-1,5% соответственно) [13, 15, 23]. Непродуктивное взаимодействие с такими «трудными семьями», демонстрирующими противоречивое, нестабильное поведение с хроническим нарушением рекомендаций в процессе лечения, существенно осложняет работу врачей и медицинского персонала детских онкологических клиник [3, 7, 13, 15, 23].

Таким образом, актуальная проблема психических нарушений у родителей детей с онкологическими заболеваниями в период «медицинского стресса», их влияние на приверженность лечению, качество сотрудничества с врачами и медицинским персоналом требует детального исследования для понимания и выявления факторов нарушения терапевтического альянса со специалистами.

Цель: изучение психопатологической структуры «медицинского стресса» у родителей детей с онкологическими заболеваниями и влияния на приверженность лечению и качество сотрудничества родителей с врачами и персоналом.

Материал и методы. На базе Федерального научно-клинического центра детской гематологии, онкологии и иммунологии (ФНКЦ ДГОИ) им. Дм. Рогачева проведено клиническое обследование 82 родителей (69 матерей, 13 отцов, средний возраст $34 \pm 7,8$) госпитализированных детей с онкологическими заболеваниями (солидными опухолями, лейкозами и лимфомами), которые непосредственно осуществляли уход и сопровождение детей в период лечения в стационаре.

Критерии включения: стойкое снижение функционирования, по наблюдениям онкологов, сотрудников психологической службы, а также обращение за психоло-

гической помощью родителей; оценка более 11 баллов по результатам первичного скрининга с использованием «Госпитальной шкалы тревоги и депрессии» (HADS) по каждой субшкале (HADS-A и HADS-D) [1, 24]; продолжительность пребывания в стационаре не более 6 месяцев. Критерии исключения: наличие умственной отсталости, хронического алкоголизма, декомпенсации на момент обследования сопутствующего соматического заболевания или органического заболевания головного мозга. В выборку не включались родители детей в терминальных состояниях.

Продолжительность пребывания в стационаре варьировала от 0,5 до 6 мес. ($4,6 \pm 1,3$). Период катамнестического наблюдения составлял от 1 до 12 мес. ($5,4 \pm 3,4$). Группу сравнения составили родители ($n=50$), набравшие минимальное количество баллов (< 11 баллов) по HADS-A и HADS-D. Использовалась шкала Мориски-Грин - клинико-психологическая тестовая методика, предназначенная для оценки комплаентности и скринингового выявления недостаточно комплаентных больных в рутинной врачебной практике [20]. Для оценки приверженности лечебному режиму было выделено несколько дополнительных параметров, которые оценивались на момент обращения: 1) соблюдение родителем правил санитарно-гигиенического режима отделения; 2) соблюдение требований гигиенического ухода за ребенком; 3) своевременность подачи ежедневных сводок соматических показателей состояния ребенка. Проводилось сопоставление данных по каждой группе с общей выборкой и группой сравнения. Сравнение средних величин и долей парных значений осуществлялась с помощью критерия Стьюдента ($p < 0,05$).

Результаты исследования. По МКБ-10 наблюдения диагностически распределились на «Расстройства адаптации» $n=40$ чел., «Аффективные расстройства» $n=9$, «Декомпенсация расстройства личности» $n=28$, «Психозы шизофренического спектра, ассоциированные со стрессом» (РШСАС) $n=5$ (табл. 1).

Таблица 1.

Распределение исследуемых состояний по диагностическим рубрикам МКБ-10

Диагностическая категория (МКБ-10)	Число наблюдений	
	абс. чел.	%
Расстройства адаптации (РА)	40	48,7%
F43.21 Пролонгированная депрессивная реакция	7	8,5%
F43.22 Смешанная тревожная и депрессивная реакция	33	40,2%
Аффективные расстройства (АР)	9	10,9%
F33.2 Рекуррентное депрессивное расстройство	3	3,7%
F34.1 Дистимия	4	4,9%
F31.6 Биполярное аффективное расстройство (текущий умеренный депрессивный эпизод)	2	2,4%
Декомпенсация расстройства личности (ДРЛ)	28	34,1%
F60.7 РЛ зависимого типа	4	4,9%
F60.2 РЛ диссоциального типа	3	3,7%
F60.31 РЛ эмоционально-неустойчивого типа	7	8,5%
F60.0 параноидное РЛ	6	7,3%
F21.8 шизотипическое РЛ	8	9,8%
F23.11 Психозы шизофренического спектра, ассоциированные со стрессом (ПШСАС)	5	6,0%
Всего	82	100%

Чаще всего выявлялись психические нарушения в рамках **расстройств адаптации** (РА) (33 матери, 7 отцов). В большинстве наблюдений в периоде, предшествующем декомпенсации, присутствовали факторы экзогенной астенизации (депривация сна в связи с тяжелым соматическим состоянием ребенка). Родители с РА в 21 наблюдении самостоятельно обратились за психиатрической помощью. Ведущим мотивом обращения были жалобы на повышенную раздражительность, плаксивость, неспособность сдерживать негативные эмоции при ребенке, нарушения сна, сомнения в успехе дальнейшего лечения. Постстрессовые симптомы в рамках РА были конгруэнтны тяжести состояния ребенка, актуализировались при столкновении с ситуациями, напоминающими о возможном смертельном исходе, и были представлены симптомами невротического уровня: гипотимией, обсессивно-фобическими нарушениями (навязчивыми опасениями, страхом и «контрастными» представлениями о смерти ребенка), явлениями тревоги с приступами головокружения, сердцебиениями, ознобом, преходящим тремором и другими психовегетативными симптомами. В 11(28%) наблюдениях имели место диссоциативные нарушения: пациентки жаловались на притупленность восприятия, отчуждение эмоциональных переживаний - «как будто бы это происходит не со мной».

По большинству показателей приверженности лечению группа РА не отличалась от группы сравнения за исключением показателя соблюдения родителем санитарно-гигиенического режима отделения ($M=33$, $SD=0,83$, $t=2,6$, $p<0,05$). В сравнении с общей выборкой исследуемых состояний группа родителей с РА демонстрировала достоверно более высокую приверженность лечению по показателям соблюдения часов приема препаратов ($M=52$, $SD=0,63$ и $M=36$, $SD=0,95$, $t=2,5$, $p<0,01$), приема лекарственных препаратов, независимо от исчезновения беспокоящих симптомов ($M=43$, $SD=0,52$ и $M=32$, $SD=0,8$, $t=3,1$, $p<0,01$) и независимо от собственных наблюдений ухудшения самочувствия ребенка в связи с приемом препарата ($M=59$, $SD=0,71$ и $M=40$, $SD=1,05$, $t=4,0$ $p<0,01$).

Аффективные расстройства (АР) были выявлены у 8 матерей, 1 отца. В анамнезе регистрировались предшествующие аффективные эпизоды, в 6 (12%) наблюдениях присутствовала «сенсibilизация» повторными травматическими событиями (смерть близких от онкологического заболевания), период психогенного воздействия совпадал по времени с формированием клинически очерченных депрессивных состояний. Наряду с тревогой и гипотимией, состояния характеризовались клиническими проявлениями апатии, пациенты жаловались на чувство усталости, бессилия, наблюдались стойкие симптомы ангедонии, витальной тоски, потери аппетита, диссомнии, психовегетативных нарушений (тахикардии, сухости кожи и запоров), снижения памяти и концентрации внимания на текущих задачах. Отмечалась «непереносимость» как соматически, так и эмоционально нестабильного состояния ребенка, родители испытывали трудности информирования ребенка о предстоящем лечении, были склонны скрывать «плохие новости». Ведущие постстрессовые симптомы (тревога и депрессия) имели сходный профиль с психическими нарушениями, установленными в рамках расстройств адаптации, но различались по недостаточной конгруэнтности тяжести проводимого лечения и соматическому состоянию ребенка. При том, что тяжесть состоя-

ния ребенка в большинстве наблюдений не соответствовала тяжести эмоционального дистресса у родителей, уровень эмоционального дистресса у детей оказывался достаточно высоким, что можно объяснить хронической «депрессивной индукцией» в детско-родительских отношениях.

Сравнительный анализ показателей приверженности лечению в группе AP показал ряд отличий от группы сравнения: родители с AP достоверно чаще забывали давать лекарства ($M=49$, $SD=0,98$ и $M=6$, $SD=0,67$, $t=3,7$ $p<0,05$), реже соблюдали часы приема препаратов ($M=48$, $SD=0,96$ и $M=2$, $SD=0,22$, $t=8,3$ $p<0,05$), были не внимательны к выполнению требований санитарно-гигиенического режима ($M=49$, $SD=0,98$ и $M=5$, $SD=0,56$, $t=4,9$ $p<0,05$) и своевременной подаче сводок соматических показателей состояния ребенка ($M=49$, $SD=0,98$ и $M=2$, $SD=0,22$, $t=10$ $p<0,05$). В сравнении с общей выборкой исследуемых состояний («тяжелого дистресса») группа родителей с AP демонстрировала достоверно более низкие показатели по соблюдению часов приема препаратов ($M=52$, $SD=0,63$ и $M=2$, $SD=0,22$, $t=2,3$, $p<0,01$) и своевременной подаче ежедневных сводок соматических показателей состояния ребенка ($M=64$, $SD=0,78$ и $M=2$, $SD=0,22$, $t=3,6$, $p<0,01$).

У 26 матерей, 2 отцов постстрессовые расстройства формировались в структуре **декомпенсации расстройств личности (ДРЛ)**. В этих случаях у родителей отмечались хронические дизадаптирующие интерперсональные и поведенческие проблемы. По критериям МКБ-10 определялись клинически значимые аномальные черты личности, с отчетливой декомпенсацией РЛ в период воздействия «медицинского стресса». В целом группа пациентов с РЛ характеризовалась эгоцентрическими установками, которые не позволяли фокусироваться на реальных потребностях и переживаниях ребенка. Устойчиво наблюдалась «подмена» самоотчета ребенка собственными суждениями, родители с РЛ давали ответы за ребенка на вопросы врача (как он себя чувствует и что он думает), стремились контролировать все социальные контакты ребенка. В системе родитель-ребенок-врач выстраивалась непродуктивная коммуникация, которая не «сняла», а, напротив, усиливала тревогу, поскольку была нацелена не на помощь другому, а на непосредственное вымещение эмоций (например, страха или раздражения). Вокруг пациентов с РЛ часто формировалась «напряженная атмосфера». Отношения с врачами и медицинским персоналом приобретали характер любви/ненависти, врачам и медсестрам приписывались свойства «плохих» и «хороших». Концепция болезни претерпевала постоянные изменения на границе контакта с представителями медицинской помощи и не соотносилась критически с собственными действиями. Родители искажали объективные данные соматического состояния ребенка, вплоть до вынуждения ребенка скрывать реальные жалобы, интерпретировали ощущения ребенка и их связь с действием препаратов, что сближало эти клинические проявления с «мягким» вариантом синдрома Мюнхгаузена по доверенности [6]. Нарушение терапевтического сотрудничества проявлялось в систематическом оспаривании назначений, хаотическом следовании правилам и распорядку отделения, требованиям ухода и выполнению медицинских назначений. Сотрудники медицинского учреждения обвинялись в некомпетентности, принятие медицинских ре-

шений сопровождалось «диктатом» со стороны родителя. Отмечалось достоверное снижение показателей соблюдения режима приема препаратов в случае ухудшения состояния ребенка по сравнению с общей выборкой ($M=6$, $SD=0,21$ и $M=43$, $SD=0,52$, $t=2,9$, $p<0,05$), а также соблюдению санитарно-гигиенического режима отделения ($M=7$, $SD=0,2$ и $M=43$, $SD=0,52$, $t=6,5$, $p<0,01$). По сравнению с группой сравнения отмечалось достоверное снижение по всем показателям, включая все пункты шкалы Мориски-Грин.

У 2 матерей, 3 отцов выявлялись расстройства в рамках «**психозов шизофренического спектра, ассоциированных со стрессом**» (ПШСАС), наблюдались экзацербации психотических нарушений в процессе лечения в «новом» контексте болезни ребенка. По синдромальной характеристике состояние определялось аффективно-бредовыми нарушениями, затрагивающими концепцию болезни, оценку соматического состояния ребенка, отношения с врачами и медицинским персоналом. В качестве триггерного фактора выступали в большей степени не объективная тяжесть состояния ребенка, а трудности, с которыми родители столкнулись в ходе лечебного процесса (изоляция в связи с инфекционными осложнениями, неудачное проведение плановой медицинской манипуляции, длительное пребывание в изоляционном боксе после трансплантации костного мозга). Вслед за этими обстоятельствами появлялись признаки тревожно-гневливого аффекта, а затем на первый план выступали аффективно-бредовые симптомокомплексы. Дальнейшее общение с лечащими врачами вызывало резкое усиление тревоги, настороженности, нередко сопровождалось неадекватными агрессивными реакциями, угрозами, отказами выполнять назначения. Поведение приобретало бредовой характер, родители высказывали идеи преследования, нейтральные действия и разговоры интерпретировались как «заговор» врачей с целью причинения вреда, проведения опасных для жизни экспериментов. Достаточно скоро разрывался изначально непрочный «рабочий альянс» с сотрудниками медицинского учреждения, общение с врачами и медицинским персоналом не способствовало формированию правильных представлений об онкологическом заболевании и лечении, а напротив, вызывало отрицание, усиливало тревогу, «подпитывало» бредовую интерпретацию, и провоцировало импульсивное непредсказуемое поведение.

Обсуждение и выводы. По результатам исследования можно говорить о существенном отрицательном влиянии клинически выраженного «медицинского стресса» у родителей детей с онкологическими заболеваниями в период лечения в стационаре. Психическое состояние родителей существенно препятствует продуктивному обсуждению проблем и успешной реализации принципа «совместного принятия решений» в процессе лечения онкологического заболевания ребенка [23].

Выявленные в ходе исследования особенности дизадаптирующего влияния на приверженность лечению и качество сотрудничества родителей с врачами и медицинским персоналом при различных психических расстройствах, наиболее ярко представленные в группах РЛ и ПШС, требуют привлечения психологической службы и психиатра. Для оптимального планирования лечебного процесса, выявление психических нарушений и оценка их вероятного влияния на приверженность лечению должны осуществляться превентивно - в периоде до прове-

дения длительных, сложных инвазивных вмешательств, прежде всего трансплантации костного мозга, что подтверждает целесообразность проведения обязательного, приемлемого в условиях стационара диагностического скрининга уровня эмоциональных нарушений у родителей.

Особо актуальными представляются разработка и проведение нацеленных психосоциальных вмешательств, направленных на признание родителями дизадаптирующего характера эмоциональных переживаний и поведения с последующим обращением за помощью к психиатру, особенно на начальных этапах формирования патологического стрессового реагирования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андрющенко А.В., Дробижев М.Ю., Добровольский А.В. Сравнительная оценка шкал CES-D, BDI и HADS(d) в диагностике депрессий в общемедицинской практике // Ж. неврол. и психиатр. 2003. № 5. С. 11-18.

2. Выборных Д.Э. Клинико-эпидемиологическое исследование выборки пациентов с заболеваниями системы крови // Консультативная психология и психотерапия. 2014. Т. 22. № 1. С. 64–89.

3. 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.

4. Корень Е.В., Куприянова Т.А., Дробинская А.О. и др. Влияние психического расстройства у ребенка на родителей в контексте дифференцированных подходов к психосоциальным вмешательствам в детской психиатрии // Ж. неврол. и психиатр. 2014. Т. 114. № 10. С. 14-19.

5. Корень Е. В., Марченко А. М., Трайнина Е. А., Болотина О. А. Некоторые психосоциальные факторы риска нон-комплаенса у детей и подростков с ипохондрическими расстройствами // Мат-лы Всероссийской науч.-практ. конф. «Психическое здоровье населения как основа национальной безопасности России», 13-15 сентября 2012 г. Казань. С. 187-188.

6. Корень Е. В., Дробинская А. О., Косолапова Д. С., Марченко А. М., Коваленко Ю. Б., Трайнина Е. А. Синдром Мюнхгаузена бургоху как проблема психосоциальной реабилитации детей и подростков с психическими расстройствами // Юридическая психология. 2012. № 3. С. 25-29.

7. Кудрявицкий А.Р., Хаин А.Е., Н.В. Клипинина Н.В. Обоснование комплексного подхода в работе психологической службы, сопровождающей лечебный процесс, в детской онкологии/гематологии // Вопросы гематологии/онкологии и иммунопатологии в педиатрии. 2006. Т. 5. № 3. С 26-34.

8. Мартынов А.А. и соавт. Повышение приверженности пациентов стационаров и амбулаторно-поликлинических подразделений к лечебно-реабилитационным программам и факторы, оказывающие влияние на комплаентность // Вестник дерматологии и венерологии. 2012. № 1. С. 21–27.

9. Незнанов Н.Г., Вид В.Д. Проблема комплаенса в клинической психиатрии // Психиатрия и психофармакология. 2004. Т. 6. № 4. С. 159-162.

10. Смулевич А.Б. Психопатология личности и коморбидных расстройств. М.: МЕДпресс-информ, 2009. 208 с.

11. Ясперс К. Общая психопатология. М., «Практика», 1997. 1053 с.

REFERENCES

1. Andrijushhenko A.V., Drobizhev M.Ju., Dobrovol'skij A.V. Sravnitel'naja ocenka shkal CES-D, BDI i HADS(d) v diagnostike depressij v obshhemedicinskoj praktike // Zh. nevrol. i psihiatr. 2003. № 5. S. 11-18.
2. Vybornyh D.Je. Kliniko-jepidemiologicheskoe issledovanie vyborki pacientov s zabolevanijami sistemy krovi // Konsul'tativnaja psihologija i psihoterapija. 2014. T. 22. № 1. S. 64–89.
3. Kireeva I.P., Luk'janenko T.Je. Psihiatricheskie aspekty v detskoj somatologii // Nauchnaja konferencija molodyh uchenyh Rossii, posvjashhennaja 50-letiju Akademii medicinskih nauk: tezisy dokladov. M., 1994. S. 287-288.
4. Koren' E.V., Kuprijanova T.A., Drobinskaja A.O. i dr. Vlijanie psihicheskogo rasstrojstva u rebenka na roditel'j v kontekste differencirovannyh podhodov k psihosocial'nym vmeshatel'stvam v detskoj psihiatrii // Zh. nevrol. i psihiatr. 2014. T. 114. № 10. C. 14-19.
5. Koren' E. V., Marchenko A. M., Trajnina E. A., Bolotina O. A. Nekotorye psihosocial'nye faktory riska non-komplaensa u detej i podrostkov s ipohondricheskimi rasstrojstvami // Mat-ly Vserossijskoj nauch.-prakt. konf. «Psihicheskoe zdorov'e naselenija kak osnova nacional'noj bezopasnosti Rossii», 13-15 sentjabrja 2012 g. Kazan'.S. 187-188.
6. Koren' E. V., Drobinskaja A. O., Kosolapova D. S., Marchenko A. M., Kovalenko Ju. B., Trajnina E. A. Sindrom Mjunhgauzena byproxij kak problema psihosocial'noj rehabilitacii detej i podrostkov s psihicheskimi rasstrojstvami // Juridicheskaja psihologija. 2012. № 3. S. 25-29.
7. Kudrjavickij A.R., Hain A.E., N.V. Klipinina N.V. Obosnovanie kompleksnogo podhoda v rabote psihologicheskoy sluzhby, soprovozhdayushhej lechebnyj process, v detskoj onkologii/gematologii // Voprosy gematologii/onkologii i immunopatologii v pediatrii. 2006. T. 5. № 3. S 26-34.
8. Martynov A.A. i soavt. Povyshenie priverzhennosti pacientov stacionarov i ambulatorno-poliklinicheskikh podrazdelenij k lechebno-reabilitacionnym programam i faktory, okazывajushhie vlijanie na komplaentnost' // Vestnik dermatologii i venerologii. 2012. № 1. S. 21–27.
9. Neznakov N.G., Vid V.D. Problema komplaensa v klinicheskoy psihiatrii // Psihiatrija i psihofarmakologija. 2004. T. 6. № 4. S. 159-162.
10. Smulevich A.B. Psihopatologija lichnosti i komorbidnyh rasstrojstv. M.: MEDpress-inform, 2009. 208 s.
11. Jaspers K. Obshhaja psihopatologija. M., «Praktika», 1997. 1053 s.
12. Balluffi, A., Kassam-Adams, N., Kazak, A., Tucker, M., Dominguez, T., & Helfaer, M. (2004). Traumatic stress in parents of children admitted to the pediatric intensive care unit // Pediatric Critical Care Medicine. 2004. № 5, P. 547–553.
13. Davydov D., Richardson L., Zatzick D. Psychiatric Morbidity in Pediatric Critical Illness Survivors: A Comprehensive Review of the Literature // Arch Pediatr Adolesc Med. 2010. Apr; 164(4):377-385.
14. Degoratis L.R., Morrow G.R., Fetting J. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients // JAMA 1983; 249:751-757.
15. Hay JL, Passik SD: The cancer patient with borderline personality disorder: suggestions for symptom-focused management in the medical setting // Psychooncology 2000; 9: 91–100.

16. Holland J.C. Psychological Care of Patients: Psycho-Oncology's Contribution. // J Clinical Oncology, .vV. 21. № (23),. 2003.:P. 253-265.
17. Holland J.C, Breitbart WS Distress management // JNatlComprCanser Network 2010;8:448-485.
18. Kazak A.E., A.BoevingA., M.A. AlderferM.A. et al. Posttraumatic Stress Symptoms During Treatment in Parents of Children With Cancer // J Clinical Oncology. Oct. 2005; . V. 23. № (30):. P. 7405-7410.
19. Kazak A, Kassam-Adams N, Schneider S, et al. An integrative model of pediatric medical traumatic stress // J PediatrPsychol; . May 2006; . V. 31. № (4):. P. 343-355.
20. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. MedCare. 1986 Jan;24(1):67-74.
21. Phipps S., Dunavant M. Psychosocial Predictors of Distress in Parents of Children Undergoing Stem Cell or Bone Marrow Transplantation // J. Pediatr. Psychol. (2005) . № 30 (2):). P. 139-153.
22. Rosenberg A.R., Dussel V., Geyer J.R., et al. Psychological Distress in Parents of Children With Advanced Cancer // JAMA Pediatrics. - 2013; .№ 167(6). P. 537-543.
23. Talbott JA, Linn L: Reactions of schizophrenics to life-threatening disease// Psychiatr Q 1978; 50: 218-227.
24. Zigmond, A.S.; Snaith, R.P. (1983). "The hospital anxiety and depression scale". //ActaPsychiatricaScandinavica. № 67 (6):. P. 361–370.

E.V. Koren, S.N. Masikhina

«MEDICAL STRESS» IN PARENTS OF CHILDREN AFFECTED WITH CANCER

Moscow Research Institute of Psychiatry - a branch of Federal Medical Research Center of Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbsky, Federal Research and Clinical Center for Pediatric Hematology, Oncology and Immunology named after Dm. Rogachev (Moscow).

Summary. Goal: investigation of ‘medical stress’ on compliance, quality of doctor-parent relations and determining the targets. **Method:** 82 parents selected by their scores on the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Compliance was measured by means of the Morisky-Green test and additional characteristics, specific for a cancer ward. The data obtained were analyzed using Student’s test. **Results:** The analysis revealed several clinical variants: within adjustment disorder (48,7%), personality disorder (34,1%), affective disorders (10,9%), stress-related schizophrenia spectrum psychoses (6%). The authors describe major clinical and psychosocial characteristics of the groups identified and show differences in compliance. Biggest problems in doctor-parents’ relationship appear to be present in groups of personality disorders and schizophrenia spectrum psychoses. **Conclusion:** Parental mental disorders can harm the compliance of children treated for cancer. The quality of treatment can be improved with introducing screening for mental problems in parents, preventive diagnosis and psychosocial interventions. The medical staff should keep to certain rules of psychosocial interaction with parents showing mental problems in the situation of ‘medical stress’.

Keywords: adjustment disorder, anxiety, depression, parental distress, medical stress, pediatric oncology.

К ВОПРОСУ О РЕПЕТИТОРСТВЕ

(ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНО-СТРАТИФИКАЦИОННЫХ ФАКТОРОВ)

Центр социологии образования ФГБНУ «Институт управления образованием РАО» (Москва)

Резюме: В статье приводятся данные опроса родителей и учащихся основной и старшей школы о распространенности, доступности и интенсивности занятий учащихся с репетиторами. Показано влияние социально-стратификационных факторов: уровень материальной обеспеченности семьи; образовательный статус родителей; тип школы, в которой обучается ребенок; академическая успешность школьников; территориальная расположенность школы (город/село).

Ключевые слова: учитель-репетитор, учащиеся, родители, основная и старшая школа, академическая успешность, тип образовательного учреждения, социально-стратификационные факторы.

Репетитор, в соответствии со словарными определениями, это преподаватель, который проводит дополнительные (обычно индивидуальные и платные) занятия, помогая усвоить необходимые знания. Как правило, это педагог, оказывающий поддержку неуспевающему ученику в прохождении школьного курса [3]. Учитель-репетитор (домашний учитель, гувернер) как особый социально-психологический тип неоднократно описывался в русской литературе. Причем отношение к нему явно неоднозначно. Это и сатирические персонажи – Вральман, Цыфиркин, Кутейкин («Недрось» Фонвизина); и «ветреный, беспутный до крайности добрый малый Бопре», обучавший Петрушу Гринева («Капитанская дочка» Пушкина); и милейший Карл Иванович («Детство. Отрочество. Юность.» Толстого); и, наконец, несчастный, закомплексованный гимназист VII класса Егор Зиберов (рассказ Чехова «Репетитор»).

В советское время тип домашнего педагога-репетитора практически исчезает как из литературных произведений, так и из биографических очерков, хотя частные уроки и индивидуальные занятия с учащимися по подготовке к поступлению в вуз, развитию их профессиональных способностей (музыкальных, художественных, математических и т. д.) безусловно, существовали. По сути дела, в литературе и искусстве педагогом остается лишь школьный учитель, который работает «не за деньги, а по призванию» (Айтматов, Астафьев, Быков, Распутин, Тендряков и др.).

Сегодня же картина кардинально изменилась. Действительно, если мы выйдем в «Интернет», то поисковик на слово «репетитор» выдаст достаточно большие базы данных о педагогах, предлагающих платные занятия по различным предметам. Причем, с вероятностью 99% в любом, даже небольшом городе России, можно обнаружить сайт, содержащий банк подобных данных. В крупных же городах таких сайтов не один и не два. Так, например, некоторые сайты по Москве содержат более 76 тысяч персоналий, оказывающих образовательные услуги [11]. Подобная массовость и позволяет говорить о правомерности

постановки вопроса о репетиторстве как важном социальном явлении в российском образовании, о репетиторе как об особом социально-психологическом типе (типах) современного школьного педагога.

Помимо этого крайне важны еще по меньшей мере два социальных сюжета. Один касается финансирования. Как показывает анализ материалов, плата за урок колеблется весьма существенно в зависимости от учебного предмета, и от региональной специфики, и от педагогической квалификации: где-то это 300 рублей за академический час, а где-то 2,5 тысячи и выше [13]. Все это заставляет вернуться к вопросу о государственном финансировании системы образования. Напомним, что одним из аргументов введения ЕГЭ было стремление уйти от «черных» и «серых» схем в финансировании образования и обеспечить равенство возможностей детей из разных социальных страт в доступе к качественному образованию. Получилось ли? Чтобы ответить на этот вопрос крайне важно сегодня оценить масштаб реальных финансовых затрат семьи на образование своего ребенка, – финансовых вложений в его «образовательный капитал».

Другой сюжет связан с оценкой эффективности современного школьного образования: не являются ли успехи современного отечественного образования, фиксируемые в различных международных мониторинговых исследованиях, в значительной степени и результатом деятельности частных преподавателей? По меньшей мере можно поставить вопрос о том, каков вклад финансовых затрат семьи на частных педагогов в повышении общего качества Российского школьного образования.

И, наконец, третий сюжет, на наш взгляд один из центральных, связан с темой влияния социально-стратификационных факторов, которые, заставляют родителей прибегать к услугам репетиторов.

Надо заметить, что, несмотря на актуальность и значимость самой темы репетиторства, реальные исследования здесь практически отсутствуют. Обзор существующих публикаций показывает, что актуализация потребности в репетиторстве обусловлена несоответствием результатов качества школьного образования требованиям как детей и родителей, так и учреждений образования и работодателей. [1-4; 9; 12; 14-21].

В этой связи следует заметить, что педагогом-репетитором, в процессе занятий реализуется широкий набор образовательных функций (освоение школьной программы, развитие интересов и мотивации учебной деятельности, консультационная и психологическая поддержка и др.). [5-8; 22; 23]. Между тем, повторимся, тема репетиторства как масштабное социальное явление в практике современного образования остается практически не исследованной. Поэтому, представляется важным рассмотреть влияние различных факторов, актуализирующих потребность представителей разных социальных групп при их обращении к услугам репетиторов. В конечном счете это вопросы о вложениях в «образовательный капитал» ребенка, о «социальной мобильности» и «социальных лифтах».

Настоящая статья основана на материалах социологического опроса о состоянии школьного образования, который проводился в 2016–17 гг. сотрудниками ЦСО ФГБНУ «ИУО РАО», где участвовали 11803 школьников основной и старшей школы и 3 563 родителя.

Полученный материал структурирован относительно двух разделов. В первом дается анализ мнений учащихся о занятиях с репетиторами. Особое внимание здесь уделено распространенности занятий, их интенсивности и мотивации, обуславливающей желание учащихся пользоваться услугами репетиторов. При этом анализируется влияние социально-стратификационных и демографических факторов: гендерные различия, образовательный и материальный статус семьи, поселенческая специфика, тип (статус) образовательного учреждения, академическая успеваемость. Во втором – рассматривается мнение родителей об интенсивности и причинах занятий ребенка с репетитором с учетом влияния образовательного, материального статуса и поселенческой специфики.

1. *Учащиеся о занятиях с репетитором.* Распространенность и интенсивность занятий с частными педагогами оценивалась с помощью анализа ответов учащихся на закрытый вопрос: «Занимаетесь ли Вы с репетитором?». Ответы мальчиков и девочек, а также учащихся разных возрастных параллелей представлены в табл. 1.

Таблица 1.

Ответы учащихся на вопрос о занятиях с репетитором: тендерные и возрастные особенности (%).

Занимаетесь ли Вы с репетитором?	Общее	Пол:		Р	Класс:				Р
		М	Д		7	9	10	11	
Нет, я не занимаюсь репетитором	62,0	64,5	59,8	.00 00	69,5	62,8	59,8	41,0	.00 00
Да, по одному предмету	21,8	20,1	23,5	.00 00	21,5	21,4	23,7	25,8	-
Да, по двум предметам	11,4	10,7	11,8	-	6,6	11,2	12,5	21,5	.00 00
Да, по трем предметам	4,8	4,7	4,9	-	2,4	4,6	4,0	11,8	.00 00

Из приведенных данных видно, что в целом среди учащихся основной и старшей школы с репетитором занимаются чуть более трети. Причем среди мальчиков доля не занимающихся с репетитором несколько выше, чем у девочек (соответственно: 64,5% и 59,8%; $p=.0000$). Подобный факт дает основание к выводу о том, что сегодня родители уделяют больше внимания образованию девочек. Иными словами, качественное образование девочек выступает как более значимый фактор для их дальнейшей социальной успешности.

С переходом в старшую школу доля учеников, не пользующихся услугами частных педагогов, существенно снижается: с 69,5% в 7-м классе до 41,0% в 11-м; ($p=.0000$). При этом характерно, что в выпускных классах явно увеличивается число занимающихся с репетитором по двум и более предметам. Так, если по двум предметам в 10-м классе занимаются 12,5% учеников, то в 11-м таких уже 21,5%, ($p=.000$); по трем предметам в 10-м классе занимаются лишь 4,0%, а в 11-м уже почти каждый восьмой – 11,8%; ($p=.000$). Это свидетельствует о том, что подготовка к сдаче ЕГЭ и поступление в вуз резко активизируют занятия с репетитором. В свою очередь, сама возможность использования услуг репети-

торов позволяет сделать вывод об увеличении социального неравенства относительно поступления в вуз к окончанию школы.

Следует обратить внимание на то, что использование услуг репетитора шире распространено среди учащихся с высокой успеваемостью по сравнению с низкой. Среди «отличников» пользуются услугами репетитора 42,1% «отличников», а среди «троечников» – 35,2%; ($p=.000$). Таким образом, высокая академическая успешность, с одной стороны, для «отличников» является более значимой личностной ценностью и в этом отношении занятия с репетитором оказываются одним из средств ее реализации (поддержания успеха). С другой – занятия с репетитором позволяют учащемуся углубить знания и развить свои способности, что, в свою очередь, сказывается и на его высокой академической успешности.

Специальный анализ полученных материалов показал, что среди учащихся из школ с углубленным изучением отдельных предметов по сравнению с учениками общеобразовательных школ заметно выше доля тех, кто занимается с репетитором (соответственно: 51,5% и 35,6%; $p=.000$). Причем они занимаются по более широкому спектру предметов. Например, по двум предметам занимаются с репетитором 19,7% учеников из школ с углубленным изучением отдельных предметов и 9,7% из общеобразовательных школ ($p=.000$); по трем, соответственно, 9,3% и 4,2%; ($p=.001$). Можно предположить, что расширение спектра занятий связано со стремлением компенсировать недостаточный уровень преподаваемых предметов, которые не соответствуют профилю углубленной подготовки в школе. Возможно также и то, что более высокие требования в школе с углубленным изучением тех или иных предметов требуют прибегать к помощи репетиторов именно по тем предметам, которые углубленно изучаются в школе.

Таблица 2.

Распределение школьников, занимающихся с репетитором в зависимости от типа населенного пункта, материального и образовательного статуса родителей. (%)

Занимаетесь ли Вы с репетитором?	Мало обеспеченные	Высоко обеспеченные	Р	Оба родителя со средним/средним спец образованием	Оба родителя с высшим образованием	Р	Город	Село	Р
Нет, я не занимаюсь репетитором	68,9	56,5	.0000	71,8	53,2	.0000	56,0	72,0	.0000
Да, по одному предмету	18,6	23,5	.0000	17,9	25,2	.0000	25,3	17,4	.0000
Да, по двум предметам	8,6	13,8	.0000	7,4	14,8	.0000	12,9	7,6	.0000
Да, по трем предметам	3,8	6,2	.0001	2,9%	6,8	.0000	5,7	3,1	.0000

Существенно влияют на занятия с репетитором социально-стратификационные факторы: уровень материальной обеспеченности семьи, образовательный статус родителей, населенный пункт, где расположена школа (см. табл. 2). Из представленных данных видно, что социально-стратификационные факторы явно влияют на широту охвата и интенсивность пользования услугами репетиторов. Более высокий статус семьи и социальная развитость инфраструктуры поселения (в городе по сравнению с сельской местностью) выступают как стимулирующие факторы пользования услугами репетиторов. В этом отношении можно констатировать, что сегодня институт репетиторства является важным фактором усиления социального неравенства в доступе к качественному образованию. И отсюда как следствие возникает особый вопрос о возможности использования «социальных лифтов» для вертикальной образовательной мобильности детей из слабых социальных страт.

Приведенный выше материал носит констатирующий характер, описывая поведенческую активность обращения к услугам репетиторов. Однако особый интерес представляет анализ той *мотивации*, которая обуславливает желание учащихся пользоваться услугами репетиторов. В этой связи приведем ответы респондентов, указавших, что они пользуются услугами частных педагогов. Напомним, что их доля от общей выборки составила 38,0% (см. табл.1).

Полученные данные показали, что большинство (70,7%) школьников занимается с репетитором «чтобы быть уверенным в успешной сдаче ОГЭ/ЕГЭ»; 36,3% – «чтобы повысить школьную успеваемость»; практически каждый четвертый (27,7%) – «для поступления в вуз» и «получения более широких знаний по отдельным предметам» (26,6%). Каждый шестой (17,4%) берет частные уроки «из-за низкого качества преподавания отдельных предметов». И, наконец, лишь 4,1% – «из-за отсутствия желаемой специализации школы, класса».

Характерно, что мальчики несколько чаще по сравнению с девочками указывают в качестве причин занятий с репетитором «повышение школьной успеваемости» (соответственно 38,9% и 35,3%; $p=.000$). Это, кстати, соответствует нашим предыдущим исследованиям о более низкой академической успешности мальчиков по сравнению с девочками [20].

Следует отметить и особенности возрастной динамики изменения мотивации учащихся при занятиях с репетитором. Так, к старшим классам последовательно увеличивается значимость двух мотивов: «для уверенности в сдаче ЕГЭ» – с 49,2% в 7-м классе до 83,9% в 11-м классе, ($p=.0000$) и «для поступления в вуз» – с 10,3% до 49,9%; ($p=.000$). Параллельно снижается значимость мотива, связанного с «повышением школьной успеваемости» – с 55,6% до 21,8%; ($p=.000$). Приведенная возрастная динамика свидетельствует о явной целевой переориентации содержания занятий с репетитором на этапе окончания школы: занятия становятся все более подчиненными прагматическим целям аттестации.

Проявляется и влияние академической успешности. Так, слабые ученики, по сравнению с сильными чаще занимаются с частным педагогом для того, «чтобы повысить школьную успеваемость» (соответственно 42,8% и 27,8%; $p=.000$), тогда как для сильных более значимым оказывается «получение более широких знаний по отдельным предметам» (соответственно 36,3% и 17,9%; $p=.000$) и «подготовка

для поступления в вуз» (соответственно 33,8% и 20,4%; $p=.001$).

И, наконец, особый интерес представляет анализ влияния социально-стратификационных характеристик. Учащиеся из высокообеспеченных семей по сравнению с малообеспеченными чаще указывают, что используют услуги репетиторов «для повышения школьной успеваемости» (соответственно 39,5% и 34,2%; ($p=.001$) и «из-за низкого качества преподавания отдельных предметов в школе» (соответственно 19,5% и 16,6%; $p=.001$). В свою очередь ученики из малообеспеченных семей чаще занимаются с репетитором «для поступления в вуз» (соответственно 29,5% и 22,9%; $p=.01$).

Это дает основание высказать предположение, что материальный статус семьи учащегося дифференцирует образовательную мотивацию при получении платных услуг в соответствии с их дальнейшими образовательными планами. Высокообеспеченные учащиеся чаще ориентированы на поступление в вуз на платной основе и для этого им достаточно успешно сдать выпускные экзамены. Ограниченность же финансовых ресурсов учащихся из малообеспеченных семей ориентирует их на прагматическую стратегию, когда занятия с репетитором ориентированы именно на поступление в вуз, что, в свою очередь, увеличит их конкурентоспособность в получении в дальнейшем бесплатного высшего образования.

Влияет и образовательный статус семьи. Так, сравнение ответов в подвыборках респондентов с разным уровнем образования родителей показало, что мотивы занятий с репетитором для учеников из семей с высшим образованием обоих родителей связаны не только с получением высшего образования (здесь проявляется тенденция значимости воспроизводства более высокого образовательного статуса семьи), но и с качеством преподавания отдельных предметов в школе (см. рис. 1).

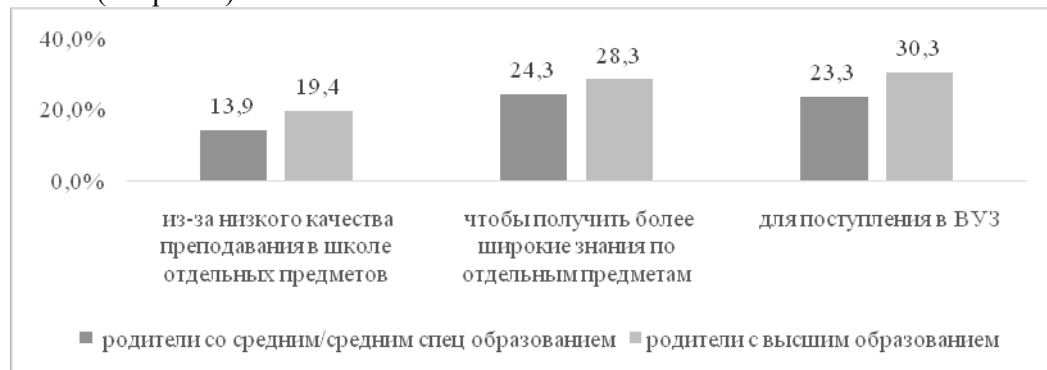


Рисунок 1. Значимость мотивов занятий с репетитором у учащихся в зависимости от образовательного статуса родителей (%)

Таким образом, выраженность различных мотивов занятий с репетитором связана с дальнейшими образовательными планами учеников: для одних это повышение академической успешности и сдача выпускных экзаменов, для других – получение более качественных знаний для поступления в престижный вуз, что требует успешной сдачи дополнительных вступительных испытаний. Первая стратегия характерна для слабо успевающих учеников с достаточно вы-

соким уровнем материальной обеспеченности, которые могут позволить себе получать высшее образование на платной основе. Вторая – для более успешных в академическом плане учеников из семей со средним или низким материальным статусом, которые рассчитывают на получение высшего образования в престижных вузах на бюджетной основе.

2. *Родители о репетиторстве.* Ответы родителей об интенсивности занятий их ребенка с репетитором схожи с ответами их детей и повторяют ту же возрастную тенденцию: с переходом ребенка в старшую школу доля родителей, нанимающих частного педагога заметно увеличивается (см. табл. 3).

Таблица 3.

Распределение ответов родителей учащихся основной и старшей школы на вопрос о занятиях ребенка с репетитором (% от числа респондентов)

Занимается ли Ваш ребенок с репетитором?	Основная школа	Старшая школа	Р
Да, по одному предмету	16,7	28,2	.0000
Да, по двум предметам	5,9	19,8	.0000
Да, по трем предметам	0,7	4,7	.0000
Не занимается с репетитором	76,7	47,3	.0000

Приведенные данные свидетельствуют о том, что по мере обучения ребенка в школе семья увеличивает свои финансовые затраты на его образование. Так, например, если принять среднюю плату за один час занятий с репетитором в Москве 1500 рублей, то минимально семья тратит в месяц около 6000. И таких семей среди старшеклассников около трети (28,2%). Если же ребенок занимается с репетитором по двум предметам, то сумма естественно возрастает вдвое – до 12000 рублей. И доля таких семей среди старшеклассников составляет пятую часть (19,8%). Подчеркнем, что при оценке финансовых затрат семьи мы берем относительно умеренную расценку исходя из одного занятия в неделю, хотя, как правило, в выпускных классах с ребенком занимаются не один час, а полтора и не один, а два раза в неделю.

Заметим, что уровень материальной обеспеченности семьи не оказывает какого-либо значимого влияния на ответы родителей о занятиях ребенка с репетитором. В то же время ее образовательный статус имеет принципиальное значение. В качестве иллюстрации приведем конкретные данные. Так, например, если в основной школе 92,8% детей со средним образованием обоих родителей не занимаются с репетитором, то с высшим образованием доля таких существенно ниже – 65,2%; ($p=.000$). Та же тенденция проявляется и в старшей школе: соответственно 66,7% и 38,9%; ($p=.000$). Анализ ответов показал, что в основной школе в семьях с высшим образованием обоих родителей занимается с репетитором каждый четвертый ребенок (25,4%). Для сравнения – в семьях со средним образованием обоих родителей, эта доля составляет всего 4,8%; ($p=.000$). В старшей школе в семьях с высшим образованием обоих родителей доля нанимающих репетитора для своего ребенка составляет уже треть (31,9%); в семьях же со средним образованием – 14,8%; ($p=.000$). Резко увеличивается в старшей школе и число семей с высшим образованием обоих родителей, где ре-

бенок занимается с репетитором по двум предметам – 23,7%; со средним образованием родителей таких 13,0%; ($p=.0000$).

Таким образом, приведенные данные показывают, что семьи с разным образовательным статусом существенно отличаются в планировании семейного бюджета относительно финансовых затрат на образование своего ребенка.

Следует отметить еще одну важную тенденцию, которая связана с влиянием типа школы на занятия ребенка с репетитором. В этой связи сравним ответы родителей, чьи дети обучаются в общеобразовательных школах и школах с повышенным статусом (лицей/гимназии) (см. рис. 2).

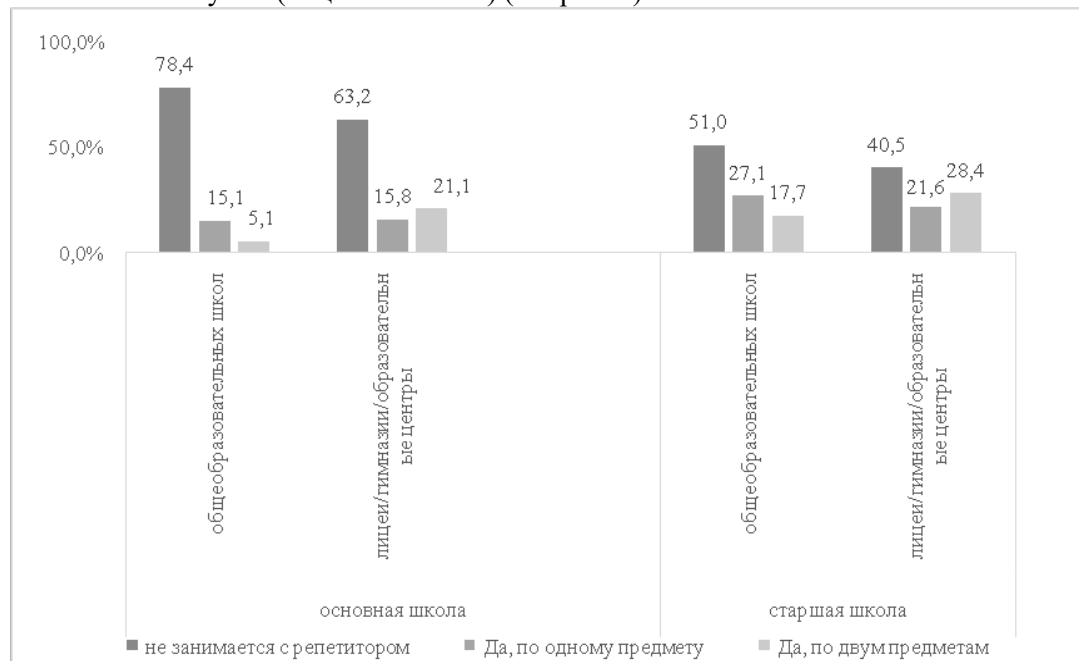


Рисунок 2 Распределение ответов родителей учащихся 7-11-х классов на вопрос о занятиях их ребенка с репетитором в зависимости от статуса школы (% от числа респондентов)

Приведенные на рис. 3 данные требуют пояснений. Казалось бы, обучение ребенка в школе с повышенным статусом (лицей/гимназии) предполагает более высокое качество образования и обучающиеся в них дети должны менее нуждаться в занятиях с репетитором. Между тем ситуация носит обратный характер: как в основной, так и в старшей школе в лицеях и гимназиях, по сравнению с общеобразовательной школой заметно меньше доля тех детей, кто не занимается с репетитором. Например, в основной школе 63,2% и 78,4%, а в старшей 40,5% и 51,0% ($p=.000$). Более того, в лицеях и гимназиях заметно выше (особенно в основной школе) доля детей, занимающихся с репетиторами по двум предметам (соответственно 21,1% и 5,7%; $p=.0000$). Причин здесь, на наш взгляд, может быть несколько. Одной из них являются повышенные требования к уровню освоения учащимися тех или иных предметов в гимназиях и лицеях. Возможно, значительная часть детей не выдерживает конкурентных отношений с одноклассниками. Следствием

этого является обращение к услугам репетитора. Другой, наиболее вероятной причиной, являются повышенные притязания относительно своего дальнейшего образования среди учащихся школ с более высоким статусом. Учащиеся лицеев и гимназий чаще планируют поступить в престижные вузы, и в этом отношении родители, чувствуя недостаточность школьного образования и высокий уровень конкуренции, прибегают к помощи частных педагогов.

И, наконец, отметим еще один фактор, дифференцирующий ответы родителей относительно интенсивности занятий ребенка с частным педагогом. Это тип населенного пункта, где находится школа (см. табл. 4).

Таблица 4.

Распределение ответов родителей основной и старшей школы об интенсивности занятий их ребенка с репетитором в зависимости от типа населенного пункта, где находится школа (% от респондентов)

Интенсивность занятий с репетитором	Город	Село	P
По одному предмету	27,8	15,4	.000
По двум предметам	16,6	8,2	.000
По трем и более предметам	4,1	1,1	.000
Не занимается	51,5	75,4	.000

Из таблицы видно, что на селе доля детей, не пользующихся услугами репетиторов, существенно выше, чем в городе (соответственно 75,4% и 51,5%; $p=.000$). Более того, родители учащихся городских школ гораздо чаще отмечают, что их дети занимаются с репетиторами как по одному, так и по двум, трем и более предметам.

Помимо интенсивности обращения родителей к услугам репетиторов важно так же, как и в случае с учащимися, рассмотреть особенности их мотивации. Анализ этих данных показал, что родители практически не отличаются от своих детей в ответах на вопрос о мотивах занятий с репетитором. Так, например, желание быть «уверенным в успешной сдаче ЕГЭ» отмечают 70,1% родителей старшеклассников, «поступление в ВУЗ» – 45,8%; «получение более широких знаний по конкретным предметам» – 23,1%; «желание повысить школьную успеваемость ребенка» – 16,8%; «низкое качество преподавания отдельных предметов» – 5,8%. Обращает на себя внимание и то, что с переходом ребенка в старшую школу у родителей существенно увеличивается значимость двух мотивов: «успешная сдача ЕГЭ и «поступление в вуз». Параллельно, снижается значимость «желания повысить школьную успеваемость ребенка».

На наш взгляд, полученные данные, связанные с опросом родителей, имеют принципиальное значение, поскольку фиксируют важную тенденцию усиления социальной дифференциации, угрозы восходящей и нисходящей социальной мобильности. Так, с одной стороны, родители с высшим образованием готовы идти на серьезные финансовые затраты, чтобы обезопасить своего ребенка от угрозы оказаться в более низкой по образовательному уровню социальной

страте. С другой, среди родителей с низким образовательным статусом гораздо меньше доля тех, кто готов идти на финансовые затраты по образованию своего ребенка для обеспечения ему, напротив, условий *восходящей образовательной мобильности*. Иными словами, если слой с высоким уровнем образования обеспокоен угрозой снижения в будущем социального статуса своего ребенка, то низко образованный – не столь стремится вверх.

В целом приведенные данные позволяют корректно оценить масштаб использования услуг репетиторов среди современных школьников. И здесь вывод однозначен: семья все в большей степени берет на себя финансовые затраты по образованию ребенка. Это ведет к усилению дифференциации в доступе к качественному образованию. Причем в проигрыше оказываются социально слабые группы, которые не в состоянии оплатить затраты на услуги репетиторов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гаврилюк В.В., Трикоз Н.А. Динамика ценностных ориентаций в период социальной трансформации (поколенный подход) // Социологические исследования. – 2002. – № 1. – С. 96–105.
2. Гитис Л.Х. Репетиторство как инструмент качественного образования. // Горный информационно-аналитический бюллетень (научно-технический журнал). – 2004. – № 3 – С. 24-28
3. Ефремова Т.Ф. Новый словарь русского языка. Толково-словообразовательный. – М.: Русский язык, 2000. -1210 с.
4. Константиновский Д.Л. Молодежь 90-х: самоопределение в новой реальности. Профессиональные ориентации российских старшеклассников 90-х годов: планы и их реализация. – М.: Центр социологии образования, 2000. – 224 с.
5. Крылова Н.Г. Факторы удовлетворенности трудом педагогов–репетиторов // Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. – М.: 2018. – № 1. – С. 32–35.
6. Крылова Н.Г. Особенности самоактуализации и стиля педагогического общения педагога-репетитора (тьютора) // Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. – Кострома: Изд-во Костромской государственной университет, - 2012.– С. 248-250.
7. Крылова Н.Г. Психологические компоненты доверия и мотивы обращения к педагогу-репетитору потребителей образовательных услуг // Горизонты зрелости. Сб. тезисов Пятой всероссийской науч.-практ. конф. по психологии развития. М.: ГБОУ ВПО МГППУ, 2015. – С. 302-304
8. Крылова Н.Г. Репетиторы выходят из тени // Народное образование. – 2011. – № 5. – С. 180-184.
9. Поливанова Н.И., Ривина И.В. Эмоциональное состояние учащихся в условиях различных взаимодействий учителя и детей на уроках // Образовательная среда школы как фактор психического развития учащихся / под ред. В.В. Рубцова, Н.И. Поливановой. – Обнинск.: ИГ–СОЦИН, 2007. – С. 67 – 84.
10. Российские учителя в свете исследовательских данных: кол. моногр. / М. Л. Агранович и др.; Нац. исслед. ун-т — Высшая школа экономики, Ин-т образования; отв. ред. И.Д. Фрумин, В.А. Болотов, С.Г. Косарецкий, М. Карной. – М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2016. – 313 с.
11. Сайт «Ваш репетитор» [Электронный ресурс]. Режим доступа: URL: http://repetitorsinfo.org/?targetid=kwd-300132617238&gclid=EAIaIQobChMlsc7zhKeV4AIVx8myCh3- rAyeEAAYASAAEgKYZ_D_BwE

12. Собкин В.С., Адамчук Д.В., Жуков И.Д., Янбекова Д.В. Мотивационно-целевые аспекты деятельности учителя // Педагогика. – 2014. – № 9. – С. 69-80.
13. Собкин В.С. Сами по себе. Репетиторство как скрытый ресурс российского образования. // Учительская газета. – 2018. – № 43 – С. 7.
14. Собкин В.С., Адамчук Д.В. Современный российский педагог: эскиз к социологическому портрету. - М.: Некоммерческое партнерство «Авторский Клуб», 2015. – 60 с.
15. Собкин В.С., Адамчук Д.В., Калашникова Е.А., Коломиец Ю.О., Лыкова Т.А. Удовлетворенность родителей школьным образованием // Педагогика. – 2017. – № 7. – С. 36-51.
16. Собкин В.С., Адамчук Д.В., Курнешова Л.Е. Социально-ролевые отношения «учитель–ученик» // Педагогика. – 2015. – № 8. – С. 22–31.
17. Собкин В.С., Иванов И.Д., Калашникова Е.А. Учитель глазами современного подростка // Социология образования. Труды по социологии образования. Т. XVI. Вып. XXVIII. – М.: Институт социологии образования РАО, 2012. – С. 179-191.
18. Собкин В.С., Калашникова Е.А. Динамика мотивационно-целевых трансформаций учебной деятельности у учащихся основной школы // Вопросы психологии. – 2015. – № 3. – С. 3-15.
19. Собкин В.С., Калашникова Е.А. К вопросу о педагогическом авторитете // Социальная психология и общество. – 2016. – Том 7. – № 1. С. 88-104.
20. Собкин В.С., Калашникова Е.А. Социология школьной отметки // Педагогика. – 2011. – № 3. – С. 8-20.
21. Собкин В.С., Писарский П.С. Социокультурный анализ образовательной ситуации в мегаполисе. – М.: Министерство образования РФ, 1992. – 159 с.
22. Шипкова Е. Н.Репетиторство как проблема педагогической науки и практики // Ярославский педагогический вестник. – 2018. – № 2.– С. 39-46.

REFERENCES

1. Gavriljuk V.V., Trikoz N.A. Dinamika cennostnyh orientacij v period social'noj transformacii (pokolennyj podhod) // Sociologicheskie issledovaniya. – 2002. – № 1. – S. 96–105.
2. Gitis L.H. Repetitorstvo kak instrument kachestvennogo obrazovaniya. // Gornyj informacionno-analiticheskij bjulleten' (nauchno-tehnicheskij zhurnal). – 2004. – № 3 – S. 24-28
3. Efremova T.F. Novyj slovar' russkogo jazyka. Tolkovo-slovoobrazovatel'nyj. – М.: Russkij jazyk, 2000. -1210 s.
4. Konstantinovskij D.L. Molodezh' 90-h: samoopredelenie v novej real'nosti. Professional'nye orientacii rossijskich starsheklassnikov 90-h godov: plany i ih realizacija. – М.: Centr sociologii obrazovaniya, 2000. – 224 s.
5. Krylova N.G. Faktory udovletvorennosti trudom pedagogov-repetitorov // Vestnik Kostromskogo gosudarstvennogo universiteta im. N.A. Nekrasova. Serija: Pedagogika. Psihologija. Sociokinetika. – М.: 2018. – № 1. – S. 32–35.
6. Krylova N.G. Osobennosti samoaktualizacii i stilija pedagogicheskogo obshhenija pedagoga-repetitora (t'jutora) // Vestnik Kostromskogo gosudarstvennogo universiteta. Serija: Pedagogika. Psihologija. Sociokinetika. – Kostroma.: Izd-vo Kostromskoj gosudarstvennoj universitet. - 2012.– S. 248-250.
7. Krylova N.G. Psihologicheskie komponenty doverija i motivy obrashhenija k pedagogu-repetitoru potrebitel'nyh uslug // Gorizontaly zrelosti. Sb. tezisov Piatoi vserossiiskoi nauch.-prakt. konf. po psihologii razvitiya. М.: GBOU VPO MGPPU, 2015. – S. 302-304
8. Krylova N.G. Repetitory vyhodjat iz teni // Narodnoe obrazovanie. – 2011. – № 5. – S. 180-184.
9. Polivanova N.I., Rivina I.V. Jemocional'noe sostojanie uchashhihsja v uslovi-

jah razlichnyh vzaimodeistvii uchitelja i detei na urokah // *Obrazovatel'naja sreda shkol'nikov kak faktor psihicheskogo razvitiia uchashhihsja* / pod red. V.V. Rubcova, N.I. Polivanovoj. – Obninsk.: IG–SOCIN, 2007. – S. 67 – 84.

10. Rossijskie uchitelja v svete issledovatel'skih dannyh: kol. monogr. / M. L. Agranovich i dr.: Nac. issled. un-t — Vysshaja shkola iekonomiki. In-t obrazovaniia: otv. red. I.D. Frumin, V.A. Bolotov, S.G. Kosareckij, M. Karnoj. – M.: Izd. dom Vyshej shkol'nikov iekonomiki, 2016. – 313 s.

11. Sait «Vash repetitor» [Elektronnyi resurs]. Rezhim dostupa: URL: http://repetitorsinfo.org/?targetid=kwd-300132617238&gclid=EAIaIQobChMIsc7zhKeV4AIVx8mvCh3-rAveEAAYASAAEgKYZ_D_BwE

12. Sobkin V.S., Adamchuk D.V., Zhukov I.D., Janbekova D.V. Motivacionno-celevye aspekty dejatel'nosti uchitelja // *Pedagogika*. – 2014. – № 9. – S. 69-80.

13. Sobkin V.S. Sami po sebe. Repetitorstvo kak skrytyj resurs rossijskogo obrazovaniia. // *Uchitel'skaja gazeta*. – 2018. – № 43 – S. 7.

14. Sobkin V.S., Adamchuk D.V. Sovremennyi rossijskij pedagog: ieskiz k sociologicheskomu portretu. – M.: Nekommercheskoe partnerstvo «Avtorskij Klub», 2015. – 60 s.

15. Sobkin V.S., Adamchuk D.V., Kalashnikova E.A., Kolomiec Ju.O., Lykova T.A. Udovletvorennost' roditel'nyh obrazovaniem // *Pedagogika*. – 2017. – № 7. – S. 36-51.

16. Sobkin V.S., Adamchuk D.V., Kurneshova L.E. Social'no-rolevyje otnosheniia «uchitel'-uchenik» // *Pedagogika*. – 2015. – № 8. – S. 22–31.

17. Sobkin V.S., Ivanov I.D., Kalashnikova E.A. Uchitel' glazami sovremennogo podrostka // *Sociologija obrazovaniia. Trudy po sociologii obrazovaniia*. T. XVI. Vyp. XXVIII. – M.: Institut sociologii obrazovaniia RAO, 2012. – S. 179-191.

18. Sobkin V.S., Kalashnikova E.A. Dinamika motivacionno-celevykh transformacij uchebnoj dejatel'nosti u uchashhihsja osnovnoj shkol'ny // *Voprosy psihologii*. – 2015. – № 3. – S. 3-15.

19. Sobkin V.S., Kalashnikova E.A. K voprosu o pedagogicheskom avtoritete // *Social'naja psihologija i obshchestvo*. – 2016. – Tom 7. – № 1. S. 88-104.

20. Sobkin V.S., Kalashnikova E.A. Sociologija shkol'noj otmetki // *Pedagogika*. – 2011. – № 3. – S. 8-20.

21. Sobkin V.S., Pisarskij P.S. Sociokul'turnyj analiz obrazovatel'noj situacii v megapolise. – M.: Ministerstvo obrazovaniia RF, 1992. – 159 s.

22. Shipkova E. N.Repetitorstvo kak problema pedagogicheskoi nauki i praktiki // *Jaroslavskij pedagogicheskij vestnik*. – 2018. – № 2.– S. 39-46.

23. Bray M. The Shadow Education System: Private Tutoring and its Implications for Planners. *Fundamentals of Educational Planning*. 1999. No. 61, Paris. URL: <https://hub.hku.hk/bitstream/10722/138568/1/Content.pdf?accept=1>.

V.S. Sobkin, E.A Kalashnikova

TO THE QUESTION OF REPETITION (INFLUENCE OF SOCIAL–STRATIFICATION FACTORS)

Center for Sociology of Education, FSBSI «Institute of Education Management of the RAE» (Moscow)

Summary: The article provides data from a survey of parents and students in primary and high schools on the prevalence, accessibility and intensity of students' classes with tutors. The influence of social stratification factors is shown: the level of family material security; educational status of parents; the type of school in which the child is enrolled; academic success of schoolchildren; territorial location of the school (city/village).

Keywords: teacher-tutor, students, parents, primary and high school, academic success, type of educational institution, social stratification factors.

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

**И.И. Белогузов, Ф.В. Орлов, А.В. Голенков
СИМУЛЯТИВНОЕ РАССТРОЙСТВО (СИНДРОМ МЮНХГАУЗЕНА)
В ПРАКТИКЕ ДЕТСКОГО ПСИХИАТРА****ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова» (Чебоксары).**

Резюме. В работе описан синдром Мюнхгаузена (СМ), являющийся пограничным психическим расстройством с симуляцией и имитацией симптомов, иногда самоповреждением, связанным с принятием на себя роли больного. Разбирается клинический случай диагностики СМ у подростка с многочисленными меняющимися жалобами симулятивного, поддельного характера, частыми госпитализациями в детские неврологические отделения. Проведена дифференциальная диагностика СМ с соматическими, конверсионными, личностными расстройствами, симуляцией и аггравацией.

Ключевые слова: симулятивные расстройства, имитация симптомов, синдром Мюнхгаузена у детей

Синдром Мюнхгаузена (СМ) - пограничное психическое расстройство, проявляется симуляцией и имитацией симптомов, иногда самоповреждением, связан с принятием на себя роли больного. Такие пациенты являются загадкой для врачей всех специальностей. Результаты объективного обследования зачастую не совпадают с жалобами и анамнезом заболевания. Лечение лиц с СМ оказывается неэффективным, что приводит к путанице и затрудняет дальнейшую тактику ведения таких пациентов [12]. По мнению большинства авторов, наибольшее влияние на развитие СМ оказывают психосоциальные (психотравмирующие) факторы, начиная с детского возраста [8]. Благодаря симптомам заболевания эти пациенты могут получить внимание, а иногда и заботу в рамках оказания медицинской помощи, что они не имели дома.

Впервые СМ был описан 67 лет назад. В 1995 г. D.G. Folks предложил следующие диагностические критерии СМ: патологическая лживость; повторяющиеся выдуманные или симулированные заболевания; многочисленные госпитализации в стационарные отделения [6]. Большинство исследований – это описание клинических случаев и обзоры научной литературы.

В национальном руководстве по неврологии (2018 г.) СМ не описывается, однако симулятивные расстройства неврологических больных встречаются в 0,3% случаев (у 5 из 1538 пациентов, по данным исследования, проведенного Берлинским Университетом (Freie Universität Berlin). Причем у 4 из 5 людей со схожими симптомами диагностировали классический вариант СМ [11]. В 1990 г. из 1288 пациентов общего госпиталя в США, направленных на консультацию к психиатру, у 0,8% больных был обнаружен СМ [4]. Согласно исследованию Н. Fiege, проведенному в 2007 г., частота СМ составляла до 15% (в среднем 1,3%), причем наиболее высокие показатели выявлены в отделениях дерматоло-

гии и неврологии [5]. Рост выявления больных с СМ связывают с модернизацией диагностического оборудования, ознакомлением врачей с этой проблемой, а также бесплатным оказанием медицинской помощи [2]. Тенденция к увеличению и распространению СМ наблюдается также в детском возрасте. Клинические случаи СМ у подростков были описаны в США [7].

Представленный ниже клинический случай демонстрирует трудоемкий процесс диагностики СМ у подростка 15 лет, который поступил в психоневрологическое отделение в плановом порядке с диагнозом «моторно-сенсорная полиневропатия нижних конечностей» для обследования и лечения.

Результаты. При осмотре юноша предъявлял жалобы на чувство тяжести в ногах, сниженный аппетит. При беседе с заведующим отделением пациент говорил уже совершенно другое, что в последние 10 дней его мучают приступы оглушения, легкое головокружение, головные боли, сопровождающиеся сердцебиением и сонливостью. Такие приступы были неоднократными в школе на втором уроке, в связи с чем бабушка забирала мальчика из школы, она же участвовала в описании жалоб своего внука. Мнению бабушки мальчик доверял и полностью с ней соглашался.

Из анамнеза заболевания: впервые юноша случайно обнаружил снижение чувствительности в области левой стопы один год назад. Через месяц, со слов мальчика, появилась слабость еще и в правой ноге. Был консультирован специалистами (ортопедом, неврологом), для диагностики заболевания было выполнено электронейромиографическое исследование (ЭНМГ). При этом были выявлены признаки легкой моторной аксонопатии левого малоберцового нерва, в связи с чем был направлен на лечение в детское неврологическое отделение с диагнозом невропатия малоберцового нерва. Мальчика не госпитализировали, направили на обследование в инфекционный стационар для исключения полиомиелита в связи с нарастанием жалоб пациента на слабость в ногах. Но диагноз полиомиелита не подтвердился, подросток был выписан на четвертый день, сохранялись жалобы на онемение по тыльной поверхности стоп, затруднения при ходьбе на пятках.

В связи с сохранением симптоматики через месяц повторно госпитализирован в неврологическое отделение с диагнозом «моторно-сенсорная полиневропатия нижних конечностей». При неврологическом обследовании чувствительность не нарушена, была слабость разгибателей ног. Был выписан без положительной динамики.

При повторном проведении ЭНМГ данных за поражение моторных и сенсорных ветвей малоберцового и большеберцового нервов с обеих сторон не обнаружено, однако сохранялись жалобы на нарушение походки, невозможность наступать на пятку.

Через 4 месяца проходил повторный курс лечения в детском неврологическом отделении, жалобы сохранялись, хотя объективно нарушений не отмечалось, диагноз остался без изменений.

В связи с отсутствием положительной динамики был направлен к главному внештатному детскому неврологу. Во время осмотра предъявлял новые жалобы – на чувство тяжести и жара в правой ноге. На нарушение походки

жалоб не предъявлял, в чем заключается улучшение сказать не смог. Был направлен на госпитализацию в Детский республиканский центр на обследование и лечение.

В стационаре Детского республиканского центра диагностические исследования были направлены на исключение органической патологии. С этой целью был проведен ряд лабораторно-инструментальных методов.

Для исключения объемных образований проведено магнитно-резонансное томографическое исследование (МРТ) головного мозга с магнитно-резонансной ангиографией, при котором органических изменений не обнаружено.

При проведении рентгенографии правого голеностопного сустава, ультразвукового исследования правого коленного сустава, компьютерного томографического исследования тазобедренных суставов патологии и деструктивных изменений не выявлено.

Биохимические анализы крови, в том числе на гормоны щитовидной железы, были в пределах нормальных величин.

Консультирован ревматологом, гематологом, генетиком для исключения болезни Помпе, наследственной полиневропатии.

При проведении видеоЭЭГ локальной патологической активности не выявлено.

При выполнении реовазографии объем пульсового наполнения в сосудах нижних конечностей достаточный, одинаковый справа и слева. Периферическое сопротивление в регионарных сосудах (артериолы, прекапилляры) не изменено. Уруго-эластические свойства сосудистой стенки в норме.

В связи с жалобами на сердцебиение и тахикардию проводили суточный мониторинг артериального давления, при котором частота сердечных сокращений (ЧСС) в течении суток находилась в пределах возрастной нормы, циркадный ритм ЧСС в пределах нормы (82% от максимально возможной для данного возраста).

Была назначена консультация медицинского психолога. При беседе пациент предъявляет жалобы на головные боли, утомляемость, сниженный аппетит. В контакт с медицинским психологом вступает, несколько тревожится, инструкции понимает, задания выполняет самостоятельно. Внимание устойчивое, истощается при снижении мотивации, восприятие осмысленное, целенаправленное. Запас общих знаний и представлений достаточен, преобладает наглядно-образная память, интеллектуально-мнестическая деятельность соответствует возрастной норме. Мышление словесно-логическое, способен устанавливать причинно-следственные связи, выделять существенные свойства и признаки предметов окружающего мира, усваивать процессы сравнения, обобщения, классификации. Мелкая моторика достаточная.

Для исследования особенностей внутрисемейных отношений использовалась методика «Рисунок семьи» [1]. Результаты исследования показывают отсутствие эмоциональной близости в отношениях между близкими людьми. На рисунке видна разобщенность членов семьи, находившихся в разных местах (работа, школа), размещение между ними предметов (принтер, компьютер, пианино), а также представлено увеличение состава семьи (включает свою де-

вушку, в то же время маму не рисует, поскольку «она живет отдельно, с каким-то мужчиной». Папу изображает на работе, он чинит принтер, а бабушку представляет на работе, на которой принимает пациентов. Сам юноша нарисован в школе на уроке информатики, за компьютером, с девушкой, которая играет на пианино.

Таким образом, можно говорить об эмоциональном конфликте. Разрыв отношений родителей воспринимает болезненно. Включая в состав семьи подругу, подчеркивает нехватку, потребность в близких эмоциональных связях в семье, потребность в любви, внимании, заботе со стороны близких. Повышенный уровень тревожности. Самооценка адекватная.

На консультации с психотерапевтом предъявлял жалобы на болезненные ощущения в ногах в течение года. Родители в разводе с четырехлетнего возраста мальчика. Живет с отцом и бабушкой. С мамой общается крайне редко, в большей степени по телефону. В контакт с психотерапевтом вступает без затруднений. Внешне выглядит спокойным, уравновешенным, рассудительным. Во время клинической беседы проявляет сниженный витальный тонус, избирательную инициативность, слабо развитый волевой компонент в психической деятельности. Свои жалобы юноша описывает подробно, придает им большое значение. При попытке определения вторичной выгоды с использованием шаблонов сделал следующую выборку: «когда мне плохо, то я получаю заботу, внимание, помощь со стороны бабушки, отца и медперсонала. Появляется возможность отдохнуть. Моя подруга, привязанная ко мне, старается всячески поддержать меня, улучшить мне настроение, помочь мне справиться с проблемами».

Можно говорить, что у консультируемого есть вторичные выгоды от своего болезненного состояния, дистанцированность от матери. Фактически его бабушка выполняет роль функциональной матери для единственного внука. Отец ребенка ведет себя с сыном в большей степени как старший брат. Главное слово в вопросах выбора остается за бабушкой.

Был проведен цветовой тест отношений. В школе у парня есть сложности в отношениях с одноклассниками, но он старается избегать решения этих вопросов. Экзамены для него носят возбуждающий характер. В семье для мамы нет места, поэтому у подростка отсутствуют поводы думать о ней (предпочитает дистанцироваться). В отношениях с подругой проявляет себя как нуждающийся ребенок. Проблемы со здоровьем отрицает, старается их вытеснять, при этом охотно рассказывает о них окружающим. В структуре личности имеется истероидный радикал, прикрытый маской формирующейся ипохондрии. Лечение вынужден проводить, но отношение к процедурам формальное. Находясь в стационаре, юноша говорит, что ему здесь спокойнее, акцент на свое болезненное состояние не делает.

На основании жалоб, многочисленных лабораторно-инструментальных методов исследования у подростка есть вероятность формирования психосоматического расстройства с алгическим компонентом. Учитывая истероидный радикал юноши, наличие вторичной выгоды от соматических проблем и соответствующего семейного окружения (папа – «ребенок», бабушка с личностно-

инволюционными процессами с установкой на поиск болезни), можно предположить формирование хронического болевого расстройства с поиском причин, методов и специалистов для такого «сложного» пациента.

СМ сопровождается частыми госпитализациями – больной в течение года четыре раза поступал на лечение в разные больницы, с диагностической целью проводились множественные всесторонние лабораторно-инструментальные обследования, однако при повторных обследованиях патологии не выявлено. Симптомы менялись, на первый план выходили новые жалобы. Несмотря на меняющиеся жалобы, отрицательные результаты повторных и многочисленных обследований, больного госпитализировали для уточнения диагноза. Сам мальчик при этом играл роль больного, симулируя симптомы. При госпитализациях установить расстройство не удавалось. Перед диагностическими процедурами и во время пребывания в стационаре страх у подростка отсутствовал. После стационарного лечения в соответствии с выставленными диагнозами подросток не получал эффекта, не было положительной динамики течения болезни.

Роль бабушки определяется удовлетворением желаний и потребностей ребенка с целью компенсировать отсутствие заботы со стороны матери в детстве. Это привело к формированию истероидной личности. Своим болезненным состоянием подросток решал свои внутренние проблемы. Предъявление симптомов, играя при этом роль больного, происходит неосознанно, проявляется патологическая лживость.

Необходимо отличать истинный СМ от делегированного СМ, который может встречаться в этом возрасте. Под делегированным СМ, или СМ по доверенности (Munchausen syndrome by proxy), понимают такой вид СМ, при котором родители или лица, их замещающие, намеренно вызывают у ребенка болезненные состояния или выдумывают их, чтобы обратиться за медицинской помощью [10].

Наибольшую актуальность данная проблема приобретает в дифференциальной диагностике с конверсионными расстройствами, для которых характерны патологическая лживость, псевдоневрологические симптомы и повторные госпитализации в стационары. Высказывается мнение, что СМ — это более тяжелая форма конверсионных расстройств, развившаяся на фоне грубых личностных нарушений [9].

Важно отличать СМ, когда пациент играет роль больного, от симуляции (Z76.5), аггравации (F68.0) и соматических заболеваний. Симуляция болезни определяется преднамеренным вызыванием у себя или имитацией соматических или психологических симптомов или инвалидизации в соответствии с внешними стрессами или побудительными мотивами. Диагностическими критериями аггравации являются соматические симптомы, соответствующие и первоначально обусловленные установленным соматическим расстройством, заболеванием или инвалидизацией, которые становятся преувеличенными или пролонгированными благодаря психологическому состоянию больного. Развивается синдром направленного на привлечение внимания (гистрионного) поведения, который может включать дополнительные (и обычно неспецифические) жалобы несоматической природы. Из-за боли пациент находится в состоянии дистресса и озабочен оправданными волнениями относительно вероятности длительной или прогрессирующей

щей инвалидизации или болевых ощущений. Мотивирующим фактором могут быть также неудовлетворенность результатами лечения или обследований или разочарование в связи с недостаточным вниманием, которое уделяется пациенту в клинических учреждениях. В некоторых случаях представляется очевидной связь мотивации с возможностью получения финансовой компенсации за несчастные случаи или травмы, но даже после успешного юридического разрешения ситуации этот синдром необязательно быстро исчезает [3].

Перечень соматических заболеваний включает достаточно широкий спектр, к которым относятся соматические (полиомиелит, ревматоидный артрит, системные васкулиты) неврологические (нервно-мышечные заболевания, мышечная дистония, демиелинизирующие заболевания, эпилепсия, менингит, черепно-мозговая или спинальная травма, невралгия), эндокринные (патология щитовидной железы, сахарный диабет), онкологические (доброкачественные и злокачественные опухоли головного и спинного мозга).

Выводы. СМ является трудно выявляемым расстройством, требует дифференцировки с соматическими, конверсионными, личностными нарушениями, симуляцией и аггравацией. Симулятивное расстройство – это прежде всего расстройство личности, связанное с ролью больного, несмотря на симулятивный поддельный характер предъявляемых жалоб, симптомов. У детей формирование личности еще не закончено, поэтому раннее выявление и лечение позволяет адаптировать их поведение

ЛИТЕРАТУРА

1. Бернс Р.С., Кауфман С.Х. Кинетический рисунок семьи: введение в понимание детей через кинетические рисунки. Пер. с англ. М.: Смысл, 2000. 142 с.
2. Дюкова Г.М. Синдром Мюнхгаузена в клинической практике // Лечение заболеваний нервной системы. 2015. № 1 (16). С. 27-34.
3. Казаковцев Б.А., Голланд В.Б. Психические расстройства и расстройства поведения. Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в РФ. М.: Прометей, 2013. 584 с.

REFERENCES

1. Berns R.S., Kaufman S.H. Kineticheskiy risunok sem'i: vvedenie v ponimanie detej cherez kineticheskie risunki. Per. s angl. M.: Smysl, 2000. 142 s.
2. Djukova G.M. Sindrom Mjunhgauzena v klinicheskoy praktike // Lechenie za-bolevanij nervnoj sistemy. 2015. № 1 (16). S. 27-34.
3. Kazakovcev B.A., Golland V.B. Psihicheskie rasstrojstva i rasstrojstva pove-denija. Klass V MKB-10, adaptirovannyj dlja ispol'zovanija v RF. M.: Prometej, 2013. 584 s.
4. Bauer M., Boegner F. Neurological syndromes in factitious disorder // J. Nerv. Ment. Dis. 1996. May. Vol. 184, № 5. P. 281-288.
5. Fliege H., Grimm A., Eckhardt-Henn A., Gieler U., Martin K., Klapp B.F. Frequency of ICD-10 factitious disorder: survey of senior hospital consultants and physicians in private practice // Psychosomatics. 2007. Jan-Feb. Vol. 48, № 1. P. 60-64.
6. Folks D.G. Munchausen syndrome and other factitious disorders // Neurologic clinics. 1995. Vol. 13, №2. P. 267-281.

7. Jaghab K.I., Skodnek K.B., Padder T.A. Munchausen's Syndrome and Other Factitious Disorders in Children: Case Series and Literature Review // *Psychiatry (Edgmont)*. 2006. Mar. Vol. 3, № 3. P. 46-55.

8. Kanomata E.Y., Feldman R.J., Neto M.A. Munchausen syndrome and Munchausen syndrome by proxy: a narrative review // *Einstein (São Paulo)*. 2017. Vol. 15, №4. P. 516-521.

9. Reuber M., Pukrop R., Mitchell A.J., Bauer J., Elger Ch.E. Clinical significance of recurrent psychogenic nonepileptic seizure status // *J. Neurology*. 2003. Vol. 250, № 11. P. 1355-1362.

10. Seymour D., Amy D. Headache and Your Child: The Complete Guide to Understanding and Treating Migraine and Other Headaches in Children and Adolescents. Simon and Schuster, 2010. 302 p.

11. Sutherland A.J., Rodin G.M. Factitious disorders in general hospital setting: clinical features and review of the literature // *Psychosomatics*. 1990. Vol. 31, № 4. P. 392-399.

12. Weber B., Doyle M.Q. Munchausen Syndrome. Source Stat Pearls [Internet]. Treasure Island (FL): Stat Pearls Publishing; 2018.

I.I. Beloguzov, F.V. Orlov, A.V. Golenkov

**FACTITIOUS DISORDER (MUNCHAUSEN SYNDROME)
IN PRACTICE OF CHILD'S PSYCHIATRIST**

Chuvash State University (Cheboksary).

Summary. The paper deals with Munchausen syndrome (MS), which is a borderline mental disorder manifested by simulation and imitation of symptoms, sometimes self-harm associated with assuming the role of the patient. A clinical case of MS diagnosis in a teenager with numerous changing complaints, simulative fake character, multiple hospitalizations in children's neurological departments is shown. Differential diagnosis with somatic MS, conversion, personality disorders, simulation and aggravation.

Keywords: factitious disorders, simulation of symptoms, Munchausen's syndrome in children

Ц.П. Короленко¹, Н.В. Дмитриева², Л.И. Бочанцева³

ВЛИЯНИЕ СКАЗОЧНЫХ АРХЕТИПОВ НА РАЗВИТИЕ РЕБЕНКА

¹ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» (Новосибирск), ²СПбГАОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный институт психологии и социальной работы» (Санкт-Петербург), ³Ишимский педагогический институт им. П.П. Ершова (филиал) Тюменского государственного университета (Ишим).

Резюме. В статье рассматриваются фундаментальные вопросы, связанные с актуальным и сложным влиянием сказок и сказочных архетипов на развитие личности ребенка. Сказка как воспитательный, развивающий и обучающий инструмент широко и активно используется специалистами. Однако, в научном плане архетипическая сказкотерапия - один из самых молодых, не достаточно разработанных методов психологии. Анализ научных исследований показал, что методология архетипического анализа сказок находится в стадии становления. Статья дает возможность специалистам взглянуть на проблемы архетипической сказкотерапии в более широком контексте и лучше понять свои профессиональные задачи и возможности.

Ключевые слова: архетипы, архетипные имиджи, архетипный анализ сказок, коллективное и индивидуальное бессознательное, развитие ребенка, id, ego, superego.

В развитии ребенка большое значение имеют сказки. В толковом словаре русского языка под сказкой понимается «повествовательное, обычно народно-поэтическое произведение о вымышленных лицах и событиях, преимущественно с участием волшебных, фантастических сил» [10]. Архетипический анализ сказок - это особый раздел, который недостаточно освещен в имеющейся литературе. Необходимость обращения к этой теме обусловлен прежде всего тем, что своим содержанием сказки обращаются к различным уровням личности. Сказки, воздействуя на личность ребенка, влияют на различные структуры психического аппарата: на бессознательную, пресознательную и сознательную сферы. Сказки затрагивают универсальные гуманистические проблемы, которыми озабочен ребенок. Они способствуют развитию ego, снимают накопившееся напряжение, обусловленное давлением бессознательных и пресознательных материалов. Действие сказок на id связано с демонстрацией возможных способов по удовлетворению неосознаваемых потребностей и желаний. Важно и то, что данные потребности и желания оказываются соответствующими требованиям superego и ego.

В процессе взросления ребенок решает разные психологические проблемы. Он должен преодолеть проблемы Эдипального периода, ревность по отношению к своим сиблингам, нарцисстические комплексы и разочарования. Ребенку необходимо развить соответствующую его возрасту идентичность и самооценку, отвечающую моральным требованиям. Ребенок должен уметь справляться с теми процессами, которые происходят в его бессознательной сфере, а также научиться понимать процессы своего сознания. В силу своего возраста с этими процессами он не может справиться рациональным образом.

Способом решения этих проблем являются сказки и сны наяву. Включая воображение, ребенок фантазирует на различные темы. Разнообразные элементы разных фрагментов действительности благодаря фантазии перестраиваются, а его мышление выстраивается по желанию. Сказки постоянно открывают воображению ребенка всё новые возможности, которые не могут раскрыться сами по себе. Структура сказки и ее форма структурируют воображение и сны наяву. Взятые из сказок образы, позволяют ребенку в окружающей его реальности находить новые подходы к решению возникших проблем.

Для взрослого, а также и для ребенка сильную детерминанту их поведения представляет бессознательное. В предыдущей своей работе Ц.П. Короленко и Н.В. Дмитриева подчеркивали, что «если бессознательные материалы подавлены и не могут быть осознаны, сознание частично заполняется дериватами этих бессознательных элементов, которые внедряются в сознание и тут же подавляются. Необходим постоянный контроль над бессознательным. Находясь в зоне этого контроля, личность в значительной степени изменяется и обедняется. Если бессознательный материал хотя бы в какой-то степени осознается и прорабатывается с помощью воображения, его отрицательный потенциал и способность причинить вред (например, в виде появления симптома) в значительной степени снижаются. Более того, сила бессознательных импульсов может быть использована в положительных направлениях» [9].

Одна из типичных ошибок родительского воспитания заключается в неправильном мнении о том, что ребенок должен любой ценой напрямую откликаться на что-то его тревожащее. Мнение многих родителей состоит в том, что ребенок должен не только ориентироваться на окружающую его сознательную реальность, но и на то, что находится в пределах четко достигаемых целей. К примеру, если речь идет об исполнении желаний, то они должны отражать исключительно светлую сторону жизни и быть только положительными. Безусловно, что подобное одностороннее воспитание делает ребенка беззащитным перед лицом проблем и требований, которые предъявляет ему жизнь. Как отмечают Ц.П. Короленко и Н.В. Дмитриева, «он не приобретает возможности понять, что многое зависит от его собственной природы, от той стороны его личности, которая иногда эгоцентрична, агрессивна, гневлива, тревожна и охвачена страхом» [9]. Видя, что родители не принимают его тревог и страхов, ребенок в угоду родителям вытесняет этот материал в бессознательное. Между тем ребенок должен понимать, что он имеет право быть как хорошим, так и плохим, и что эта «нехорошость» не должна восприниматься как трагедия, как свойство, которое должно скрываться и осуждаться. Нежелание и страх обращать внимание на закрытую темную сторону личности (Тень) приводит к дизадаптации.

Знакомство со сказками дает возможность осознать, что жизнь состоит из трудностей, с которыми необходимо постоянно вести борьбу, представляющую внутреннюю часть нашего существования. Жизненные трудности, препятствия нельзя игнорировать, их нужно постоянно преодолевать.

В. Bettelheim отмечал, что во многих детских рассказах авторы сознательно стремятся избежать описание важных проблем, связанных со смыслом человеческой жизни. В связи с этим дети не имеют возможности знакомства с ними, а

также не усваивают способы преодоления трудностей, не обучаются в процессе восприятия сказок выбрать адекватную копинг-стратегию, способствующую развитию зрелости. После анализа этих рассказов В. Bettelheim обнаружил, что в них вопросы смерти, старения, границы человеческого существования, желания вечной жизни упоминаются крайне редко и как бы случайно [3]. В результате у ребенка происходит конфронтация с основными проблемами, связанными с поиском смысла человеческой жизни.

С факта смерти матери или отца начинаются многие сказки. Боязнь смерти одного из родителей представляет серьезную проблему и травму, с которой сталкивается ребенок. В сказках старый отец дает своим сыновьям задание, с которым они должны справиться, чтобы доказать, что они достойны занять место своего отца. В сказке братьев Гримм повествуется о том, что у короля было три сына. Когда король постарел, он задумался о том, кто из его сыновей унаследует его царство. Для этого он дал им решить сложную задачу и тот, кто справится с ней лучше всех, и станет королем после его смерти. Как мы видим, характерной особенностью этой и других сказок является краткое и четкое изложение типичных экзистенциальных проблем. В сказках происходит упрощение сложных ситуаций. В сказках четко описаны герои, а все незначительные детали упущены, образы типичны. Огромной и некой силой описано зло, с которым сражаются герои. Две силы - добро и зло облечены в образы героев сказок. В сказках представлена информация о том, что добро и зло как черты присущи каждому человеку. Проблема добра и зла представляет собой моральную задачу, которую необходимо решить. Сказочные герои, наделенные злом, могут быть привлекательны (например, Снежная Королева и др.). В сказках зло временно побеждает добро (в сказке «Золушка» зло олицетворяют мачеха и две ее дочери, а добро – бедная девушка).

В различные возрастные периоды значение одной и той же сказки для ребенка может меняться. Важно учитывать то, как именно ребенок реагирует на ту или иную сказку. Если к сказке ребенок особого интереса не проявляет, то это значит, что его бессознательная сфера и мышление пока не готовы воспринять ее содержание. В этот возрастной период сюжет сказки не способствует появлению необходимых реакций. Таким образом, в следующий раз для восприятия ребенку нужно предложить другую сказку, которая своим сюжетом, возможно, окажет наибольшее влияние.

Почему важно не объяснять ребенку содержание сказки?

Нужно знать, что в бессознательной сфере находятся наиболее важные чувства и переживания ребенка. И пока он не достигнет определенного возраста и более осознанного понимания, они должны концентрироваться там. Интерпретация содержания и сюжета сказки взрослым не предоставляет ребенку возможности самостоятельно понять ситуацию и решить проблему в процессе повторного прослушивания сказки. В ходе своего развития ребенок находит смысл жизни, он учится понимать и самостоятельно решать многие проблемы. Взрослым не стоит объяснять смысл сказок детям, так как это препятствует их творческому развитию.

Анализ сказок показал, что большинство их начинается с места, которое находится в очень отдаленном и глухом уголке. Это глубина густого леса, или некоторое царство, некоторое государство и пр. В работе Н.В. Дмитриевой,

Ю.М. Перевозкиной и Л.В. Левиной [8] отмечено, что такое начало - символ отличия от настоящей реальности. Перемещение из настоящего времени в неизвестное и загадочное прошлое способствует погружению в совершенно неизвестный мир, в архаический период. При этом в сказках подчеркивается уникальность тех событий, которые будут в ней происходить.

Н.В. Дмитриева и Н.В. Буравцова [7] обращают внимание на то, что время и место сказки, заданное автором, не являются координатами внешней реальности. Так, в сказке нет определенного времени («давным-давно...») и точного места («в некотором царстве...» и пр.), а также и то, что в ней отсутствует рациональность и логическая последовательность событий. Опираясь на элементы первичного процесса, А. Баринг отмечал, что в сказке создается целая система образов, которая всегда логически не связана, но вместе с тем оказывает сильное воздействие на личность ребенка. Неосознаваемая стимуляция бессознательного затрагивает глубинные структуры ребенка. Поэтому можно утверждать, что сказочные произведения позволяют путешествовать по психике в архаическое царство бессознательного, а также стимулируют юнговское коллективное бессознательное [1].

Благодаря сказке ребенок погружается в мир фантастики, приключений и волшебства, а когда он возвращается в реальный мир, то становится в каком-то смысле обновленным. В. Bettelheim сравнивает возвращение ребенка из сказки в реальный мир с пробуждением, которое сопровождается ощущением свежести у проснувшегося [3].

Неспособность обогатить свою жизнь за счет энергии бессознательного может привести к отчуждению от своих бессознательных процессов, возникновению осторожности и избеганию окружающих, отсутствию удовлетворенности от социальной жизни. Наблюдения за такими детьми показали узость и ограниченность их интересов, а также непродуктивность жизненных стратегий. Для того чтобы справиться с сильным внутренним давлением бессознательных процессов, нужно каким-то образом их экстернализировать, т. е. вывести вовне. Сказки в таком случае приходят на помощь.

Ребенок не способен самостоятельно выбрать что-то другое, которое бы подходило для его-экстернализации. Часто происходит сплетение внешних и внутренних переживаний. В силу возраста ребенок не может упорядочить внутренние переживания, а также придать им осознанный смысл. Значение сказок состоит в том, что они предъявляют фигуры, с помощью которых ребенок выводит вовне то, что происходит и контролируется его сознанием. Сказки позволяют детям идентифицировать себя со сказочным героем, получить желаемое удовлетворение, придумать и развить дальнейшее содержание сказки. Сказки способствуют развитию и укреплению надежд ребенка. В сказках придается чрезвычайно большое значение даже самым незначительным достижениям. Сказки убеждают ребенка в том, что эти незначительные достижения приводят к чудесным превращениям и последствиям. Например, такие события в сказках, как помощь в освобождении животного, угощение хлебом путника, могут привести в будущем к очень большим свершениям. В таких сказках ребенок учится доверять, совершать собственные реальные небольшие достижения, которые безусловно важны.

В детстве каждый из наблюдаемых нами травмированных родителями де-

тей представлял себя героем или героиней сказочного сценария, формировал внутренний мир, фантастическую жизнь, имел воображаемых компаньонов. Так, например, девочка, которую избивал и унижал отец и не защищала депрессивная мать, воображала, что она не имеет отношения к своей реальной необразованной семье, а является принцессой, проходящей испытания. Другая девочка в обстановке домашнего насилия воображала себя героиней сказок «Золушка» и «Снежная Королева». Дети строили в воображении планы будущей жизни, мечтали покинуть семьи, когда вырастут. Это выражалось в таких фразах как: «Я найду такое место, где никто не посмеет прикоснуться ко мне»; «Никто больше не увидит меня в слезах» и др.

Многие травмированные дети развили способность к диссоциации с чувством выхода за пределы собственного тела и перемещения в другую реальность. Эти психологические защиты помогли им сохранить себя, выработать психологический иммунитет, сохранить оптимистическое отношение к жизни. Их поддерживали сюжеты сказок, в которых слабые и беззащитные герои коренным образом меняли свою жизнь с появлением добрых фей или благородных спасителей, помогающих и восстанавливающих справедливость. В этом и состоит огромный терапевтический потенциал сказок.

Несмотря на хорошо изученные аспекты сказок особенно важным является архетипный смысл, заключающийся в имиджах и мотивах скрытого, не сразу очевидного содержания.

V. Propp [4] подчеркивал, что традиционные народные сказки создавались обычно простыми людьми, близкими к природе. Сказки не были результатом сознательных конструкций, они возникали спонтанно и осовременивались в процессе бесконечного повторения многими поколениями рассказчиков. Таким образом, темы, представленные в них, в большей степени универсальны, чем индивидуальны. Используемый в них язык состоит из символических имиджей, типичных для бессознательного. Сказки нелегко раскрывают свои секреты потому, что содержащиеся в них плоды воображения были продукцией людей, близких к природе и обладавших совершенно другой ментальностью, отличающейся от таковой у современного человека.

Сказки являются бессознательным продуктом воображения, и в этом они подобны сновидениям. Различие в том, что они не являются только творениями индивидуальной психики, а носят коллективный характер. Сказки являются снами целого социума и содержат в себе ключи к решению экзистенциальных проблем, содержащихся в психике каждого человека. Сказки в психологическом смысле представляют собой дорогу к бессознательному, которое с их помощью может быть раскрыто. Анализ сказок, как и анализ сновидений, является попыткой навести мост к бессознательному, к сокровищнице внутреннего воображения. Многим кажется, что образы, которые они не понимают, не имеют значения. Тем не менее в этих имиджах скрываются источники знаний.

К.Г. Юнг неоднократно подчеркивал, что бессознательное - это не только хранилище репрессированной памяти и инстинктов, но и неисчерпаемый источник творчества и спиритуальности [8]. Все персонажи сказок – добрые и злые феи, драконы, гномы и другие представляют собой архетипные имиджи,

присутствующие на глубинном уровне психики; они оказывают свое влияние как психологические реальности вне зависимости от их осознания.

Имиджи в сказках обладают сверхчеловеческими и анималистическими чертами. Они могут воплощать гротескно лучшие и гротескно худшие качества. Они выступают и как прекрасные феи, подобные богиням, и как ужасные безобразные ведьмы. Феи предсказывают, странники и лешие наказывают или дают героям магические обереги. Очевидно, что сказки выражают внутреннюю психологическую реальность. Примитивный человек обладал прямым доступом к бессознанию и помещал все тайны и ужасы бессознательной психики в имиджи сказок. Эти имиджи отражали внутренние психические драмы, которые мы в настоящем ошибочно стараемся проецировать на что-то внешнее. Очень важно осознавать эту опасность при интерпретации сказок. Только при проникновении внутрь, в реальность бессознания можно понять более глубокий смысл сказок и отыскать нашу собственную целостность.

На пути поиска собственной идентичности встают злые герои сказок. Так, например, главная героиня классической версии «Золушки» должна постоянно сортировать семена, будучи лишенной возможности по-другому реализовывать свой потенциал, разбираться в своих приоритетах и мотивах. В этом контексте, сказка тематизирует и персонифицирует внутриспсихическую и межличностную динамику. В этом плане представляет интерес описанная А. Baring юнговская интерпретация сказки о Золушке, автором которой, начиная с 1697 г. считали Ш. Перро, а с 1812 года - братьев Гримм [1]. Н. Bayley был первым, кто представил психологическую интерпретацию этой сказки, связывая ее с египетской и шумерской мифологией, касающейся истории о путешествии и трансформации души. В этом контексте автор проанализировал главные события в сказке: связь Золушки со злой мачехой, злыми сводными сестрами, тайны ее трансформации с помощью доброй феи; стремление принца найти себе невесту и заключение брака с ним [2].

Без поверхностных деталей история Золушки отражает архетипный уровень вечного положения и потребности души, ее пребывание в безвременности и пространстве. Н. Bayley [2] проанализировал 345 версий «Золушки», существующих в мире, обнаружив взаимосвязь сюжета сказки с Песней Песен Соломона, гностическим воображением, шумеро-вавилонской мифологией. Приводимая нами интерпретация основывается главным образом на трактовках автора и работе А. Baring - аналитика из школы Юнга [8]. Золушка, по мнению А. Baring [1], персонифицирует изгнанную человеческую душу, отделенную от Рая и ее Божественной Матери на Небе, а также свет Святого Духа Мудрости, который скрыт внутри души ненайденный и нераспознанный до тех пор, пока события не активируются появлением Доброй Феи. Темой сказки является трансформация, алхимические эффекты достигаются посредством движения руки: мыши превращаются в белоснежных лошадей, ящерицы в лакеев, тыква в золотую карету и пр.

М. Steini, С. Corbett пишут, что сказки могут рассматриваться как сны не индивидуумов, а культур, возникающие из вневременных источников, тем и имиджей, находящихся в коллективном бессознательном человечества [5]. По мнению Von Franz [6], сказки в сравнении с мифами более подходят для исследования архетипных тем. Они менее структурированы и находятся ближе к

коллективному бессознательному [6].

Подобно хромосомам, в которых накоплены физиологические отпечатки, сказки содержат в себе наше психологическое наследие. Архетипные содержания и процессы, заключенные в сказках, всегда были частью человеческой психики, они продолжают играть эссенциальную роль в человеческом развитии и целостности.

Классический юнгианский и современный архетипный анализ сказок помогает определить основу наших сознательных жизней и возможные варианты развития нашей индивидуальности. Архетипы влияют и на систему имиджей клинического языка, в котором отражается символика сказок. Речь идет о людях, вдохновленных как положительными, так и отрицательными образами, например, Золушки, богатырей, Кощея, Бабы Яги, Злой Мачехи и др. Сочинение сказки в ходе сказкотерапии позволяет клиенту увидеть собственный путь в этом мире и определить, как он справляется с встречающимися на этом пути трудностями и препятствиями.

Таким образом, сказка как воспитательный, развивающий и обучающий инструмент широко и активно используется специалистами. Однако в научном плане архетипическая сказкотерапия - один из самых молодых, не достаточно разработанных методов психологии. Анализ научных исследований показал, что методология архетипического анализа сказок находится в стадии становления. Сказки несут огромный психотерапевтический потенциал, являясь дорогой к бессознательному, которое может быть раскрыто с их помощью. В сказках содержатся ключи к решению экзистенциальных проблем. Каждый сказочный образ - это источник знаний, в котором скрыто определенное значение. Анализ сказок - один из путей взаимодействия с архетипными идеями, с образами коллективного бессознательного. Сказочные архетипы оказывают влияние на сознательную, пресознательную и бессознательную сферы личности. Персонажи сказок как архетипные имиджи присутствуют на глубинном уровне психики, оказывая влияние на психологическую реальность вне зависимости от их осознания. Классический юнгианский и современный архетипный анализ сказок помогает определить основу наших сознательных жизней и возможные варианты развития нашей индивидуальности. В статье представлена юнговская интерпретация сказки о Золушке. Показано, что архетипные содержания и архетипная динамика, являясь частью человеческой психики, играют эссенциальную роль в развитии и целостности личности. Статья дает возможность специалистам взглянуть на проблемы архетипической сказкотерапии в более широком контексте и лучше понять свои профессиональные задачи и возможности.

ЛИТЕРАТУРА

7. Дмитриева Н.В., Буравцова Н.В. Ассоциативные карты в работе с трудным случаем.- СПб.: Галарт, 2016. - 242 с.
8. Дмитриева Н.В., Перевозкина Ю.М., Левина Л.В. Ассоциативные карты в пространстве сказкотерапии интимофобии // Развитие человека в современном мире: мат-лы VII Всероссийской науч.-практ. конф. (19–21 апреля 2016 г.): в 2 ч. Ч 1. - Новосибирск, 2016. - С. 29–43.
9. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Психоанализ и психиатрия - Новоси-

бирск: НГПУ, 2003. - 667 с.

10. Ожегов С.И., Шведова Н.Ю. Толковый словарь русского языка. - М.: А ТЕМП, 2013. - 944 с.

REFERENCES

1. Baring A. Cinderella. An Interpretation. In M. Stein, L. Corbett (Eds.) *Modern Jungian Interpretation of Fairy Tales*, v. 1. Wilmette, Ill. Chiron Publications. - 1999. - P. 166, 49-61.

2. Bayley H. *The Lost Language of Symbolism: an inquiry into the borigin of certain letters, words, names, fairy-tales, folklore, and mythologies*. NewYork: Barnes & Noble, 1912. - 398p.

3. Bettelheim, B. (1989) *The Uses of Enchantment. The Meaning and Importance of Fairy Tales*. NewYork: VintageBooks, 1989. - 343 p.

4. Propp V. *Morphology of the Folk Tale*. University of Texas Press, 2009. - 185 p.

5. Stein M., Corbett C. *Modern Jungian Interpretations of Fairy Tales*. V. 1. Chiron Publications, 1999. - 178 p.

6. von Franz Marie-Louise. *The Interpretation of Fairy Tales*. Dallas, TX. Spring, 1970. - 201p.

7. Dmitrieva N.V., Buravcova N.V. *Associativnye karty v rabote s trudnym sluchaem.*- SPb.: Galart, 2016. - 242 s.

8. Dmitrieva N.V., Perevozkina Ju.M., Levina L.V. *Associativnye karty v prostranstve skazkoterapii intimofobii // Razvitie cheloveka v sovremennom mire: mat-ly VII Vserossijskoj nauch.-prakt. konf. (19–21 aprelja 2016 g.): v 2 ch. Ch 1.* - Novosibirsk, 2016. - S. 29–43.

9. Korolenko C.P., Dmitrieva N.V. *Psihoanaliz i psihiatrija* - Novosibirsk: NGPU, 2003. - 667 s.

10. Ozhegov S.I., Shvedova N.Ju. *Tolkovyj slovar' russkogo jazyka*. - M.: A TEMP, 2013. - 944 s.

C.P. Korolenko¹, N.V. Dmitriyeva², L.I. Bochantseva³ **INFLUENCE OF FANTASTIC ARCHETYPES** **ON THE CHILD'S DEVELOPMENT**

¹**Novosibirsk State Medical University (Novosibirsk), ²St. Petersburg State Institute of Psychology and Social Work (²St. Petersburg), ³Ershov Ishim Teachers Training Institute (branch) of Tyumen State University (Ishim).**

Summary. The article considers the fundamental questions connected with relevant and complex influence of fairy tales and fantastic archetypes on the development of the child's identity. Fairy tales as one of the educational, developing and training tools is widely and actively used by experts. However, from the scientific point of view archetypal fairy tale therapy is one of the youngest, not enough developed methods in psychology. The analysis of the scientific researches has shown that the methodology of the archetypal analysis of fairy tales is in the stage of formation. The article gives a chance for experts to look at the problems of archetypal fairy tale therapy in wider contexts and understand the professional tasks and opportunities better.

Keywords: archetypes, archetypal images, archetypal analysis of fairy tales, collective and individual unconscious, the child's development, id, ego, superego.

Н.В. Зверева, М.В. Зверева, С.С. Воронова, К. Гот
ПИЛОТАЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В РАМКАХ РОССИЙСКОЙ
АДАПТАЦИИ ОПРОСНИКА AIDA (ASSESSMENT OF IDENTITY
DEVELOPMENT IN ADOLESCENCE)

ФГБНУ НЦПЗ, ФГБОУ ВО МГППУ (Москва), Университетская кли-
ника (Базель).

Резюме. В статье представлены данные о пилотажном исследовании, проведенном при помощи российской версии опросника AIDA («Оценка развития личностной идентичности в подростковом возрасте»). Кратко описана история создания методики, этапы ее адаптации. Описаны результаты одного из этапов адаптации русскоязычной версии методики в рамках пилотажного исследования, проведенного на выборке 142 российских подростков (норма и отклоняющееся развитие). Даны материалы по сопоставлению возрастных групп (12-14 и 15-18 лет), а также при делении по полу по основным параметрам. Также описаны психометрические параметры проведенного пилотажного исследования. Представлена перспектива дальнейшей работы над опросником для практического применения.

Ключевые слова: личностная идентичность, опросник AIDA, подростки, пилотажное исследование, адаптация опросника.

Подростковый возраст - один из критических периодов становления личности человека. Сопутствующие этому периоду трудности связаны в том числе с активным этапом становления такого параметра, как идентичность личности, которая может быть полноценной или диффузной, незавершенной. Существует множество подходов к оценке этого кризисного периода и средств диагностики различных компонентов личности [5, 9]. Условная граница между нормой и патологией, большое количество пограничных состояний требуют адекватных средств диагностики [1, 6, 7]. В качестве одного из методов, пригодных для диагностики отклонений в развитии личности и определения особенностей личностного развития, выступает опросник AIDA. Он разработан швейцарско-немецким коллективом авторов К. Schmeck, К. Goth, S. Schlüter-Müller, P. Foelsch, E. Jung. Работа над оригинальной версией опросника AIDA (Assessment of Identity Development in Adolescence) осуществляется с 2011 г. [11]. Авторами было тщательно проанализировано руководство DSM-V и ряд теорий личности с целью дать более точное описание нарушений личностного функционирования и идентичности в подростковом возрасте [10]. Из общепсихологических моделей использованы представления О. Кернберга, Э.Эриксона и других о развитии личности и ее компонентов в возрастном аспекте [3, 8]. Возрастной интервал, для которого разработан опросник (12-18 лет), практически совпадает с пятой стадией психосоциального развития по Э. Эриксону (11–20 лет), которая представляется решающей для приобретения чувства идентичности, когда происходит уточнение положительного и отрицательного полюсов. Именно в этом возрастном периоде идет интенсивное формирование идентичности личности, и при удачном протекании подросткового кризиса чувство

идентичности формируется, а при неблагоприятном – возникает спутанная идентичность, т. о. кризис порождает состояние «диффузии идентичности», которая лежит в основе специфической психической патологии юношеского возраста (нарушения личностной идентичности) [8].

С 2012 г. опросник переводится и проходит культурную адаптацию во многих странах, а с 2017 г эта работа ведется и в России. [2]. В рамках данной статьи мы представляем промежуточные результаты работы над переводом опросника на русский язык и его адаптации к российским реалиям по материалам пилотажного исследования.

После формирования теоретической концепции авторами был создан опросник, включающий в себя 58 утверждений, представляющий собой самостоятельную часть диагностического комплекса [11]. Опросник содержит две шкалы: Discontinuity («Разрыв идентичности») и Incoherence («Взаимная привязанность»), каждая из которых включает более мелкие подшкалы (по 3 на шкалу), отражающие отдельные черты личности человека, общим числом 6: «Разрыв идентичности»: «Личностные качества» (Attributes), «Отношения» («Relationships»), «Эмоциональный опыт» («Emotional self-experience»); «Взаимная привязанность»: «Постоянство» («Consistency»), «Автономность» («Autonomy»), «Когнитивный опыт» («Cognitive self-experience»). Каждое утверждение требуется оценить по шкале от 0 до 4, где 0 - «совершенно не согласен», 4 - «полностью согласен».

Основные этапы разработки опросника (формулировка предложений, бета-версия, пилотная версия и конечный вариант) проходили в рамках мультидисциплинарного подхода, т. е. при совместной работе команды психологов, врачей, филологов и статистиков. Авторами [11] были сформулированы основные критерии, которым должны удовлетворять формулировки утверждений опросника. В частности, утверждения должны звучать адекватно для подростков, обладать простотой формулировок – с целью понимания подростками смысла; должны обладать доступностью содержания. При этом должны нивелироваться или сводиться к минимуму такие факторы, как стремление к социальной желательности, а также гендерная или возрастная предвзятость формулировок (данный пункт особенно значим при переводе опросника на русский язык, где глаголы прошедшего времени имеют категорию пола). Отметим, что «подводные камни» перевода диагностического инструментария с английского на русский уже отмечались исследователями [4].

Таким образом, опросник AIDA представляет собой анкету для самоотчета подростков в контексте изучения идентичности личности. Российская исследовательская группа присоединилась к международному проекту по переводу опросника AIDA в 2017 г. и разработала культурно-адаптированный перевод данного опросника. В совместной работе психологов из двух стран по русской адаптации опросника AIDA можно выделить 4 этапа:

1. Прямой и обратный перевод опросника, работа над текстом.
2. Первое пилотажное исследование на нормативной и клинической выборке (бета-версия).
3. Расширение выборки, анализ основных психометрических результатов.

4. Определение дальнейших направлений работы:

- продолжение работы над «проблемными» утверждениями для подготовки основной версии опросника;
- сопоставления основных показателей опросника с другими вариантами культурной адаптации AIDA на другие языки. [2, 12].

В статье наиболее подробно представлены первые три этапа работы.

На первом этапе основной задачей являлся прямой и последующий обратный перевод всех пунктов опросника в соответствии с принципами, сформулированными авторами: простота и доступность формулировок для понимания подростками от 12 до 18 лет, гендерная и возрастная универсальность. Был произведен сначала прямой и затем обратный перевод полученного русского предложения на английский. Для получения более качественного перевода использовались две версии опросника: английская и немецкая. На данном этапе у авторов оригинальной версии возникли вопросы к русским переводчикам по 16 пунктам, часть из которых была связана с опасением, что формулировки опросника не будут понятны подросткам 12 лет; остальные вопросы были вызваны другими причинами, связанными с идиоматическими выражениями, культурной спецификой и т. д. Следует отметить важность двух аспектов работы: собственно работа над текстом в процессе сопоставления прямого и обратного перевода каждого пункта, а также отслеживание статистических коэффициентов при непосредственной апробации утверждений на контрольной выборке, с чем нам помогали авторы оригинального опросника.

Рассмотрим результаты коллективной работы над переводом предложений опросника и дальнейшей оценки психометрических свойств опросника в русскоязычной версии при пилотажных экспериментальных исследованиях на примерах работы над некоторыми конкретными утверждениями опросника.

Для иллюстрации работы над переводом мы приведем **Пример 1:**

Английский вариант: I feel that I have a strong «inner core» no matter what is happening around me.

Первая версия перевода на русский язык: Я чувствую себя уверенно вне зависимости от того, что происходит вокруг.

Обратный перевод на английский язык первой русской версии:

I feel confident no matter what happens around me.

Комментарии автора оригинальной версии: What about: I feel a strong «inner me» no matter how confusing my life is. (Как насчет: я чувствую сильное «внутреннее я» и неважно, насколько странна моя жизнь?)

Комментарий группы переводчиков: В русском языке нет выражения, эквивалентного «внутреннему я» или «внутреннему ядру» в данном контексте. Мы долго размышляли над этим предложением и решили, что это – лучший вариант, который мы можем представить.

Второй комментарий автора оригинальной версии: What about: «I feel inner strength, no matter...» or «No matter what happens, I feel my inner strength» or what about «I know who I am, no matter ...». Being «confident» sounds a bit like an anti-depressive item, not specifically about identity diffusion. (Что насчет: «Я чувствую внутреннюю силу, неважно что...», или «Неважно, что происходит, я

чувствую свою внутреннюю силу», или же «Я знаю, кто я есть, неважно, что...»? Быть «уверенным» в данном контексте звучит как слегка «анти-депрессивное» утверждение, что не относится к вопросу диффузной идентичности.

Второй комментарий группы переводчиков: Мы провели долгую плодотворную дискуссию с нашими коллегами по поводу этого предложения и решили, что формулировка отражает различия в наших языках. «I feel inner strength» по-русски звучит точно так же, как «Я уверен» и означает «Я чувствую себя сильным, уверенным человеком, и я чувствую, что меня ничто не может смутить». «Уверенность» означает четкие границы личности, и ничто не может ее поколебать.

Третий комментарий автора оригинальной версии: ОК! (Хорошо!)

Финальный вариант обратного перевода: I am aware of myself, no matter what happens around me.

В результате обсуждения, формулировка вопроса на русском языке была оставлена без изменений, но было дано подробное разъяснение культуральных различий в понимании термина «внутреннее я» подростками российской выборки от подростков англоязычных стран.

После одобрения авторами опросника основного текста, было проведено первое экспериментальное исследование и несколько вопросов, казавшихся изначально «проблематичными», были сняты с обсуждения, так как по результатам статистической проверки показали хороший коэффициент согласованности (Альфа-Кронбаха). После этого исследование перешло на второй этап, который представлял собой пилотажное исследование на нормативной и клинической выборке большего объема, чтобы оценить доступность сформулированных утверждений как в норме, так и в патологии.

Второй этап — проведение первого пилотного теста на выборке $n=49$ подростков из Москвы и Московской области (24,5% мальчиков и 75,5% девочек в возрасте от 12 до 18 лет (среднее значение 14,8 SD 1,2), из которых 7 являлись пациентами психиатрической клиники со смешанными диагнозами. Полученные результаты указывали на хорошую согласованность шкал опросника между собой на материале русской версии с коэффициентами Альфа-Кронбаха 0,87 и 0,92 для двух шкал «Разрыв идентичности» (Discontinuity) и «Взаимная привязанность» (Incoherence). Значения Альфа-Кронбаха для подшкал «Личностные качества» (Attributes), «Отношения» («Relationships»), «Эмоциональный опыт» («Emotional self-experience»), «Постоянство» («Consistency»), «Автономность» («Autonomy»), «Когнитивный опыт» («Cognitive self-experience») находятся в диапазоне от 0,59 до 0,86. Из 58 утверждений только 7 показали недостаточное статистическое значение коэффициента, что может быть связано с разными факторами (например, фактор пола или возраста).

Третий этап включал в себя дальнейшее расширение выборки, анализ динамики коэффициентов (основные результаты). Выборка была расширена до $n=142$ подростков в возрасте от 12 до 18 лет: 54 из них мальчики (средний возраст 14,2 SD 1,3) и 87 девочек (средний возраст 14,4, SD 1,1) в процентном соотношении это соответственно, 38% и 62%. Деление группы по возрасту: 12-14

лет - 89 человек, 15-18 лет - 52 человека (63% и 37%). После проведения третьего этапа апробации, еще четыре пункта из восьми вышеупомянутых были сняты, а оставшиеся четыре были переформулированы и ожидают дальнейшей проверки².

Анализ данных проводился при использовании пакета SPSS 25, полученные данные были проверены на нормальность и показали хорошее распределение. Для определения внутренней согласованности использовался критерий Альфа-Кронбаха 0,87 и 0,91 для двух шкал «Разрыв идентичности» (Discontinuity) и «Взаимная привязанность» (Incoherence). Значения Альфа-Кронбаха для подшкал «Личностные качества» (Attributes), «Отношения» («Relationships»), «Эмоциональный опыт» («Emotional self-experience»), «Постоянство» («Consistency»), «Автономность» («Autonomy»), «Когнитивный опыт» («Cognitive self-experience») находятся в диапазоне от 0,67 до 0,83. В большей по объему выборке пилотного теста 2 было обнаружено больше пунктов опросника с критическим уровнем Альфа-Кронбаха (9 вопросов). Это показывает важность достаточного количества проб. Все 58 пунктов опросника соответствовали критериям процента симптоматических ответов в качестве признака сбалансированной модели ответа и критериям «точности пунктов», поскольку не выявлено никаких существенных различий в ответах по полу и возрасту в отличие от второго этапа с выборкой $n=49$. Однако в дальнейшем необходимо проанализировать основные психометрические свойства в смешанной выборке здоровых подростков (учеников средних школ) и пациентов. Для 3 из 58 пунктов формулировка должна быть пересмотрена для повышения качества. 8 других позиций показали общую корреляцию позиций ниже 0,30 и также могут быть пересмотрены и слегка изменены. Однако можно предположить, что коэффициенты станут выше, если пациенты с признаками диффузии идентичности также будут включены в выборку.

Исследование внутренней согласованности основных шкал опросника показало высокий уровень (0,93 и 0,96 для первой и второй шкал соответственно). Исходя из этого, можно заключить, что конструкция личностной идентичности (Identity Diffusion) включает в себя множество более мелких компонентов, выражена различными аспектами и является сложной многомерной конструкцией. Этот факт косвенно подтверждается многочисленными обсуждениями в литературе в контексте нарушений развития личности.

Исследование согласованности отдельных подшкал опросника также показывает высокий уровень показателя в диапазоне от 0,82 до 0,91 (см. табл. 1). Из всех подшкал только одна (1.1.«Разрыв в отношении атрибутов, талантов и перспектив») показала невысокий коэффициент согласованности (0,636), что может быть следствием как менее сильной связи данной шкалы с конструкцией личностной идентичности в целом, так и недостаточно точного перевода утверждений этой подшкалы на русский язык.

²Работа проводится в настоящее время для нормативной и клинической выборок, результаты будут представлены в конце 2019 г.

Таблица 1.

Общая таблица коэффициентов внутренней согласованности шкал опросника AIDA

	1.	1.1	1.2	1.3	2.	2.1	2.2	2.3
AIDA total score: Identity Diffusion	,925	,636	,841	,861	,957	,910	,825	,820
1. Разрыв идентичности (Discontinuity)		,773	,898	,853	,775	,775	,629	,659
1.1 «Личностные качества» (attributes)			,519	,460	,467	,506	,352	,373
1.2 Отношения (relationships)				,712	,712	,720	,565	,610
1.3 Эмоциональный опыт (emotional self-experience)					,780	,731	,675	,680
2. Взаимная привязанность (Incoherence)						,922	,891	,861
2.1 «Постоянство» (consistent self)							,709	,724
2.2 Автономность (autonomy)								,650
2.3 «Когнитивный опыт» (cognitive self-experience)								

В целом полученные результаты аналогичны результатам, полученным при адаптации и апробации опросника в других странах (Венгрия, Болгария, Турция, Литва, Чехия).

Принимая во внимание высокий уровень согласованности всего опросника в целом, можно сделать вывод, что адаптированный вариант опросника AIDA можно применять для оценки уровня развития личностной идентичности. Вопрос оценки отдельных компонентов личности требует дальнейшего изучения и дальнейших исследований. Тем не менее уровень согласованности подшкал выше в отношении первичных шкал, в которую они входят (светло-серая диагональ в таблице). Интеркорреляции между подшкалами одного фактора (средне-серая горизонтальная полоска в таблице) показывают некоторые изменения. Также следует отметить, что две первичных шкалы согласуются между собой с более низким показателем (самый темный серый цвет), чем уровень согласованности всего опросника.

В свою очередь, результаты сопоставления коэффициентов согласованности (высокий коэффициент согласованности Альфа-Кронбаха для всего опросника) всей шкалы и отдельных подшкал оправдывают разделение опросника на более мелкие подшкалы, отображающие отдельные аспекты личностной идентичности, а также исследуют возможные различные связи с конкретными диагнозами (РПП, СДВГ, расстройство гендерной идентичности), влияние медикаментозной терапии.

Пилотная версия AIDA Russia показала достаточно высокое психометрическое качество. Формулировки утверждений, показавших недостаточный уровень согласованности, были переформулированы в согласовании с авторами, однако итоговая основная тестовая версия будет оцениваться и тестироваться на более крупной школьной и клинической выборках.

Выводы:

1. Метод культурно-адаптированного перевода опросника AIDA на русский язык с привлечением мультидисциплинарной команды улучшает качество конечного продукта, поскольку опросник рассматривается и изучается в нескольких аспектах - лингвистическом, психологическом, психиатрическом и культуральном.

2. Пилотная российская версия AIDA показала хорошие психометрические свойства, эквивалентные исходной версии, а также другим переведенным версиям.

3. Прошедшая апробацию основная версия опросника с улучшенными формулировками будет протестирована на более крупных школьной и клинической выборках. Для проверки клинической достоверности тестов в клиническую выборку будут включены пациенты с диагностированными нарушениями личности, а также нарушениями функций личности при других видах патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1.Александровский Ю.А. Социальные катаклизмы и психическое здоровье // Социологические исследования. 2010. № 4. С. 99-104.

2.Зверева Н.В., Зверева М.В., Воронова С.С., Гот К. Опыт перевода и адаптации на русский язык опросника AIDA // Поляковские чтения, 2018. Методологические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии (к 90-летию Ю.Ф. Полякова). М, 201. С. 168-170.

3.Кернберг О.Ф. Тяжелые личностные расстройства: Стратегии психотерапии / Пер. с англ. М.И. Завалова. М.: Класс, 2000. 464 с.

4.Кудря С.В. Методы контроля качества перевода и способы обнаружения ошибок при переводе исследовательских анкет // Перевод и сопоставительная лингвистика. 2015. № 11. С. 46-49.

5.Райс Ф., Долджин К.Г. Психология подросткового и юношеского возраста. СПб.: Питер, 2010. 816 с.

6.Соколова Е.Т. Культурно-историческая и клинико-психологическая перспектива исследования феноменов субъективной неопределенности // Вестник Московского университета. Серия 14: Психология. 2012. №. 2. С.37-48.

7.Соколова Е.Т. Утрата Я: клиника или новая культурная норма? // Эпистемология & философские науки. 2014. Т. 41(XLI). № 3. С. 190-210.

8.Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис / Пер. с англ. – М.: Флинта, 2006. 342 с.

9.Эльконин Д.Б. Детская психология: учеб. пособие для студ. высш. учеб. Заведений / ред.-сост. Б.Д. Эльконин. 4-е изд., стер. М.: Академия, 2007. 384 с.

REFERENCES

1. Aleksandrovskij Ju.A. Social'nye kataklizmy i psihicheskoe zdorov'e // Sociologicheskie issledovanija. 2010. № 4. S. 99-104.

2. Zvereva N.V., Zvereva M.V., Voronova S.S., Got K. Opyt perevoda i adaptacii na russkij jazyk oprosnika AIDA // Poljakovskie chtenija, 2018. Metodologi-

cheskie i prikladnye problemy medicinskoj (klinicheskoy) psihologii (k 90-letiju Ju.F. Poljakova). M, 201. S. 168-170.

3. Kernberg O.F. Tjzhelye lichnostnye rasstrojstva: Strategii psihoterapii / Per. s angl. M.I. Zavalova. M.: Klass, 2000. 464 s.

4. Kudrja S.V. Metody kontrolja kachestva perevoda i sposoby obnaruzhenija oshibok pri perevode issledovatel'skih anket // Perevod i sopostavitel'naja lingvistika. 2015. № 11. S. 46-49.

5. Rajs F., Doldzhin K.G. Psihologija podrostkovogo i junosheskogo vozrasta. SPb.: Piter, 2010. 816 s.

6. Sokolova E.T. Kul'turno-istoricheskaja i kliniko-psihologicheskaja perspektiva issledovanija fenomenov sub#ektivnoj neopredelennosti // Vestnik Moskovskogo universiteta. Serija 14: Psihologija. 2012. №. 2. S.37-48.

7. Sokolova E.T. Utrata Ja: klinika ili novaja kul'turnaja norma? // Jepistemologija & filosofskie nauki. 2014. T. 41(XLI). № 3. S. 190-210.

8. Jerikson Je. Identichnost': junost' i krizis / Per. s angl. – M.: Flinta, 2006. 342 s.

9. Jel'konin D.B. Detskaja psihologija: ucheb. posobie dlja stud. vyssh. ucheb. Zavedenij / red.-sost. B.D. Jel'konin. 4-e izd., ster. M.: Akademiya, 2007. 384 s. American Psychiatric Association et al. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). – American Psychiatric Pub, 2013.

10. Goth, K., Foelsch, P., Schlüter-Müller, S., Birkhölzer, M., Jung, E., Pick, O., Schmeck, K. (2012). Assessment of identity development and identity diffusion in adolescence - Theoretical basis and psychometric properties of the self-report questionnaire AIDA. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 6 (1), 27.

11. Zvereva N.V., Zvereva M.V., Voronova S.S. Russian version of AIDA: results of the pilot study // 23 World Congress of IACAPAP. Ababstract Book. Research symposium, p. 20, Prague, 2018: www.iacapap2018.org

N.V. Zvereva, M.V. Zvereva, S.S. Voronova, K. Got
PILOT STUDY WITHIN THE FRAMEWORK OF THE RUSSIAN
ADAPTATION OF THE AIDA QUESTIONNAIRE
(ASSESSMENT OF IDENTITY DEVELOPMENT IN ADOLESCENCE)
MHRS, MSUPE (Moscow), UPC (Psychiatric University Clinics (Basel),

Summary. The article presents the data of a pilot study conducted with the help of the Russian version of the AIDA (Assessing the development of personal identity in adolescence) questionnaire. History of the creation of the methodology and stages of its adaptation were briefly described. The results of one of the stages of adaptation of the Russian version of the methodology are described, in the framework of a pilot study conducted on a sample of 142 Russian adolescents (the normative and psychopathological development). There are materials on the comparison of age groups (12-14 and 15-18 years), as well as when dividing by sex according to basic parameters. The psychometric parameters of the pilot study are also described. Presents the prospect of further work on the questionnaire for practical use.

Keywords: personal identity, AIDA questionnaire, adolescents, pilot study, questionnaire adaptation.

Э.Г. Эйдемиллер**ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ
В ПОДРОСТКОВОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ³****Группа подростковой психиатрии (руководитель — А.Е. Личко) Ленинградского научно-исследовательского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева.**

Семейная психотерапия получила наиболее широкое распространение в зарубежной психиатрии за последние 30 лет, и успехи в разработке ее основных форм связаны, в первую очередь, с успехами в исследованиях внутрисемейных отношений, детской психиатрии, групповой психотерапии взрослых. Применение ее различных вариантов обусловлено признанием той реальности, что внутрисемейные отношения, особенности личностных свойств членов семьи, структура семьи, ее социальная позиция и многие другие так называемые «семейные факторы» играют существенную роль в возникновении и формировании различных психических расстройств. Отечественные исследования семейного окружения психически больных относительно немногочисленны: часть из них посвящена генетическим аспектам проблемы [Видманова Л.Н., 1966, Шахматова И.В. 1972], часть - восстановительному лечению психических заболеваний. Вопросы же собственно семейной психотерапии взрослых пациентов посвящены в нашей стране только публикация В.К. Мягер* [1968] (*Первая в СССР публикация по семейной терапии принадлежит В.К. Мягер в сборнике «Вопросы общей психотерапии в медицине и психоневрологии»*. - Харьков, 1968, с. 1044) и С.В. Днепровской [1971]; что касается особенностей семейной психотерапии у подростков, то соответствующих исследований, выполненных отечественными психиатрами, нами не найдено. Семейная психотерапия подразумевает не только лечение психически больного с помощью членов семейной группы, но и коррекцию поведения и отношения к больному его родственникам, устранение антагонистических отношений между больным и семьей, ликвидацию конфликтных взаимоотношений между здоровыми членами семьи, т. е. по своим целям она является «многофокальным» видом вмешательства. Конкретные формы психотерапевтической работы определяются интересами как самого пациента, так и остальных членов семьи, это либо собеседования с каждым членом семьи в отдельности, либо занятия с одной отдельно взятой семьей, либо групповые занятия с родственниками, групповые дискуссии на наиболее общие темы с привлечением больных и их родственников.

Семейная психотерапия у подростков значительно отличается как от терапии детей, так и от терапии взрослых. Своеобразие ее, в первую очередь, обусловлено особенностями психики подростков вообще («подростковый ком-

³Психотерапия при нервных и психических заболеваниях / Под ред. Б.Д. Карвасарского (ответственный редактор), В.М. Воловика, Р.А. Зачепицкого, С.С. Либиха, В.К. Мягер. – Л., 1973.

плекс» по Г.Е. Сухаревой [1959]) и особенностями психической патологии в частности. Если для детей авторитет родителей обычно высок, а различные нарушения поведения подчас возникают по механизму реакций отказа, оппозиции, компенсации и гиперкомпенсации, иногда имитации, то соответствующее корректирующее воздействие на родителей приводит к выравниванию поведения ребенка. В подростковом же возрасте перечисленные реакции встречаются реже, зависимость от родителей ослабляется, и поведение подростка зачастую обуславливается проявлениями реакций эмансипации, группирования, увлечения («хобби»), не оформившимся половым влечением. Соответственно этому семейная психотерапия подростков должна представлять собой, по крайней мере, двояко-направленный процесс: а) воздействие на пациента, б) воздействие на семейную группу в целом. Зачастую психотерапевту приходится иметь дело с патологическими проявлениями реакций эмансипации и группирования и ответной реакцией со стороны родителей, которую мы предлагаем обозначить как «реакцию удержания» (ситуация, когда обычные меры оказываются безуспешными и родители прибегают к авторитарным методам воспитания, суровым запретам, тяжелым наказаниям и пр.). Патологические проявления «подросткового психологического комплекса» наблюдаются не только в клинике психопатий и различных нарушений поведения, но и в симптоматике эндогенных психозов. Знание этих особенностей является необходимым условием для проведения и индивидуальной и семейной психотерапии.

Нами обследовано 69 больных из 68 семей. Из этих больных 33 страдали «ядерными» и «органическими» психопатиями, 16 - патохарактерологическими развитиями, острыми аффективными реакциями, транзиторными нарушениями поведения, 20 - различными формами шизофрении. Возраст исследованных больных от 14 до 18 лет. Все они наблюдались в 3-й и 6-й психиатрических больницах Ленинграда.

В группе психопатий и психопатоподобных расстройств 22 семьи (45%) из 48 по структуре были неполными, т. е. отсутствовал один из родителей, либо заменяющие их лица появились в семье недавно и непосредственного участия в воспитании детей не принимали.

Структурные нарушения семьи не всегда означают, что семья в социально-психологическом плане является неполноценной, и поэтому под термином «неблагополучная семья» мы понимаем такую, где между членами ее существуют стабильные конфликтные взаимоотношения, один или несколько членов семьи обнаруживают психопатические черты характера, злоупотребляют спиртными напитками, в воспитании детей применяют неправильные методы. Таких семей оказалось 23 (48%) - 10 семей больных с психопатическими развитиями и реакциями (21 %) и 13 семей больных-психопатов (27%). В группе больных шизофренией неполных семей оказалось 10 (50%), «неблагополучных семей» - 9 (45%). Таким образом, существенных различий в структуре семей больных шизофренией и больных с психопатическими характерами не обнаружено. По чисто внешним признакам (наличие конфликтных ситуаций, неблагоприятных взаимоотношений членов семьи и др.), оставляя открытым вопрос о качественном их своеобразии, также не обнаружено различий этих групп боль-

ных. По крайней мере каждая вторая семья в силу своего неблагополучия в социально-психологическом аспекте нуждалась в психотерапии.

Такие нарушения поведения, как уходы и побеги из дома, бродяжничество, драки, мелкие кражи, уклонение от учебы и трудовой деятельности, употребление спиртных напитков и знакомство с наркотиками, сексуальные эксцессы, истинные и демонстративные суициды и пр., обусловленные своеобразием характерологического типа и отчасти специфическими подростковыми реакциями, наблюдались в группе больных с психопатиями, патохарактерологическими развитиями и реакциями у 39 (79%). В основном это были представители гипертимного, неустойчивого, истероидного и конформного типов. В группе шизофрении у 10 больных (50%) также наблюдались проявления специфических подростковых реакций, но клиническая окраска их была иной: пассивное или зависимое участие в подростковых неформальных и формальных группах, пассивное участие в групповых побегах, кражах («не знаю почему, может, из любопытства»), аутизм и враждебное отношение к одному из родителей и патологическая зависимость от другого, аутистическое фантазирование о свершении желаний («да, семейная обстановка очень тяготит; в мыслях несколько раз уезжал в другие города»). Эти клинические наблюдения предвещают непосредственное психотерапевтическое вмешательство и позволяют врачу выбрать адекватный для каждой конкретной семьи, для каждого конкретного случая терапевтический подход.

Семейная психотерапия начинается с момента первой встречи с пациентом и его родственниками. Мы выделяем 2 фазы психотерапевтического процесса: а) «регистрирующую», б) «реконструктивную».

В первой фазе тщательно изучаются биография больного и его семьи, данные социального обследования на дому, проводятся индивидуальные собеседования с больным, его родственниками, уделяется внимание особенностям воспитания пациента, отношений с родителями, взаимоотношений между родителями и ближайшими родственниками. В дополнение к клинико-биографическому обследованию проводились психологические исследования: больной «оценивал» себя по Характерологическому диагностическому опроснику и по методике Аутоидентификации по словесным характерологическим портретам; с помощью специально нами модифицированных вариантов этих методик пациент «оценивал» своих родителей. Родители, в свою очередь, по этим методикам определяли характерологические особенности своих детей. Верификации полученных данных способствовало привлечение к работе с каждой семьей других врачей, с которыми психотерапевт обменивался впечатлениями лишь тогда, когда у него самого складывалось о семье определенное впечатление.

1. Патохарактерологические развития и реактивные состояния на фоне подростковой акцентуации характера и особенности семейной психотерапии.

У больных этой группы нарушения поведения в основном были обусловлены неблагоприятными семейными отношениями, оскорбительным обращением родителей, пренебрежением их к духовным и романтическим увлечениям детей, конфликтом двух тенденций: стремлением подростков к эмансипации, с одной стороны, и стремлением взрослых вернуть себе прежнее беспреко-

словное подчинение - с другой («реакция удержания»), причем с использованием суровых авторитарных методов. Основным терапевтическим эффектом возникал в результате госпитализации подростка в отделение и наступающей таким образом изоляции его от семьи. Больные в первые дни пребывания в отделении либо отказывались от встреч с родными, либо на свиданиях с ними проявляли протестные реакции, держались демонстративно, угрожали уходом из дома «навсегда». Из психотерапевтических соображений свидания таким больным разрешались лишь после ознакомления с семьей пациента, его биографией, сущностью конфликта и под контролем врача, готового вмешаться в беседу и направить ее по нужному руслу. Занятия психотерапевта складывались из индивидуальных собеседований с родителями, порознь с каждым из них, с самим больным. В таких односторонних беседах психотерапевт способствовал эмоциональному отреагированию «враждующих» сторон. После эмоционального отреагирования наступал период разъяснения сторонам сущности конфликта, родителям объяснялись особенности психики подростка, его характерологические черты, вносились коррективы в имеющиеся место ошибочные представления. Подросткам, в свою очередь, объясняли характерологические особенности родителей, мотивацию их поступков. Лучшей формой непосредственной работы с подростками, как нам кажется, является свободная дискуссия, инициатором и руководителем которой является врач, ранее сумевший установить со всеми членами группы доверительный контакт. В «реконструктивной» фазе групповое обсуждение подростками особенностей своей семейной жизни под тактичным руководством врача проходит без особых затруднений, и нередко результатом таких дискуссий становится принятие адекватных решений. Сочетание индивидуальной и групповой психотерапии показано в равной мере как подросткам, так и их родителям. Метод взаимопереубеждения, привлечение конкретных жизненных примеров в групповой дискуссии родственников однотипных больных подчас дают больший эффект, чем дидактические наставления врача.

II. Тактика семейной психотерапии больных с «ядерными» и «органическими» психопатиями.

По форме семейная психотерапия не отличается от описанной выше, т. е. это рациональная терапия, обращенная ко всем членам семьи, сочетанное применение индивидуальных и групповых методов. Основные отличия - большая интенсивность и упорство в проведении ее, необходимость вовлечения в терапию всех членов семьи (в первой группе больных оказалось достаточным вовлечения только родителей), поиски способов ликвидации негативного отношения членов семьи к попытке психотерапевтического вмешательства (в данной группе больных по сравнению с 1-й среди членов семьи чаще встречаются психопатические личности с различными степенями социальной дезадаптации).

Тщательное изучение семейного анамнеза позволяет обнаружить, что нередко кто-либо из членов семьи создает конфликтную напряженную атмосферу. Задачей психотерапевта в таких ситуациях становится поиск способов ликвидации последствий этого патогенного воздействия, возможной его нейтрализации, переориентации семейных отношений на другого члена семьи, способного к положительному доминированию в семейной сфере. Нередко в случаях выражен-

ной деструкции семьи, тяжелых конфликтов, психопатического поведения членов семьи, граничащего с нарушением правопорядка, семейная терапия оказывалась безуспешной, и в таких случаях рекомендовалось применение административных и судебных мер (все 3 семьи больных с эпилептоидной психопатией).

Краткой иллюстрацией патологического воздействия неблагоприятных внутрисемейных отношений на формирование личностей подростков и тактики семейной психотерапии могут служить истории болезни братьев Г.: Бориса, 15 лет, учащегося 8-го класса школы, и Анатолия, 18 лет, студента технического ВУЗа, находящихся на стационарном лечении в 3-й психиатрической больнице Ленинграда в ноябре-январе 1971-1972 гг. Наследственность отягощена по материнской линии: дядя страдал хроническим алкоголизмом, обнаруживал черты истероидной психопатии, покончил жизнь самоубийством в состоянии алкогольного опьянения. Матери 43 года, по профессии водитель трамвая, по характеру вспыльчивая, властная, раздражительная, своим поведением стремится обратить на себя внимание окружающих, ярко и броско одевается, после операции по поводу опухоли грудной железы последние несколько лет дает частые аффективные срывы. Отец 46 лет, человек трудной судьбы, по профессии инженер, по характеру обстоятельный, аккуратный, педантичный, конформный. В вопросах воспитания детей целиком полагался на жену. Старший брат, Анатолий, родился от 2-й нормально протекавшей беременности. Раннее развитие без особенностей. Рос баловнем матери («мною восхищались как красивой игрушкой, одевали так, чтобы вызвать зависть и восторг знакомых»). С детских лет отличался капризностью, упрямством, лживостью. В школе учился неровно, получал неудовлетворительные оценки, подделывал записи учителей и оценки в дневнике, прогуливал занятия. За это жестоко наказывался матерью или по ее просьбе отцом. Значительно скомпенсировался, учась в 9-10 классах, школу закончил успешно, поступил в институт. За год до госпитализации познакомился с девушкой, на которой мечтал жениться, проводил с ней все свободное время, стал плохо заниматься в институте, связался с компанией спекулянтов вещами. Мать, привыкшая распоряжаться поступками сына, вмешиваться в его дела, возмущалась «независимым» образом поведения сына, откровенно ревновала его к избраннице, пыталась при помощи наговоров расстроить их роман. После многочисленных скандалов с матерью Анатолий ушел из дома, стал жить в студенческом общежитии, в квартирах приятелей.

Младший брат родился от 3-й беременности, протекавшей с токсикозом. Рос болезненным, слабым. Часто болел пневмониями, сопровождавшимися снижением настроения, безучастностью к окружающему. По характеру с детства отличался грацильностью, легкими колебаниями настроения от незначительных внешних причин. Был тихим, замкнутым, тонко чувствующим. Мать серьезного внимания, кроме как на его соматические заболевания, на него не обращала, поскольку целиком посвятила себя воспитанию старшего сына. Младший брат чрезвычайно привязан к старшему, любит его, болезненно переживает его неудачи. За месяц до госпитализации, после ухода старшего брата из семьи, состояние Бориса ухудшилось - снизилось настроение, стал

вялым, необщительным, снизилась успеваемость в школе. Пытался вернуть брата, упрасивал помириться с матерью. С этими же просьбами обращался к родителям. После нанесенной отцом обиды (тот обругал его за плохие оценки в школе, впервые в жизни ударил его) с целью самоубийства поздно вечером, когда родители уснули, принял 20 таблеток димедрола, помня, что однажды в детстве на одну таблетку димедрола дал тяжелый анафилактический шок, от которого едва не погиб. После дезинтоксикационных мероприятий в Центре по борьбе с отравлениями был переведен в психиатрическое отделение. В психическом статусе - черты эмоционально-лабильной личности с легкими циклоидными изменениями аффекта («лабильный циклоид», по А.Е. Личко и С.Д. Озерецковскому). Через неделю в психиатрическое отделение поступил после незавершенной суицидной попытки старший брат Анатолий. Последний месяц он жил то в общежитии, то у друзей. Приходила к нему мать, уговаривала вернуться домой, устраивала публичные скандалы. Сильно переживал, узнав о суицидной попытке брата. Во время очередного скандала мать заявила: «Ты - убийца Бориса». В компании друзей в состоянии легкого алкогольного опьянения внезапно пришла мысль, что жизнь потеряла всякий смысл. Пытался повеситься в присутствии приятелей (попытка носила явно демонстративный характер).

В психическом статусе Анатолия - черты неустойчивости, истероидности. Интересы сконцентрированы на развлечениях, беззаботном времяпровождении. На врачей стремится произвести выгодное впечатление, не прочь прихвастнуть, солгать, выставить себя в лучшем свете.

Диагноз Бориса Г.: реактивное состояние на фоне акцентуации личности по эмоционально-лабильному и циклоидному типам.

Диагноз Анатолия Г.: реактивное состояние (аффективная реакция) у акцентуированной личности по неустойчивому и истероидному типам.

Анализ случая и тактика психотерапевта. Источник напряженной конфликтной атмосферы в доме - мать, которая не может смириться с тем, что старший сын ускользает из-под ее опеки. Побудительные мотивы поступков матери - ревность, стремление контролировать поведение старшего сына, которое наталкивается на выраженное сопротивление, свидетельство чему - уход Анатолия из дома. Конфликтные взаимоотношения между матерью и индуцированным ею отцом, с одной стороны, и старшим сыном, с другой, создают в семье ситуацию постоянной неразрешенной тревоги. Младший, сочувствующий и родителям и брату, оказывается в ситуации, в которой чрезвычайно трудно принять адекватное решение. С детства отличающийся лабильностью аффекта, склонностью к депрессивным проявлениям, он в состоянии выраженной депрессии находит «выход» из сложившейся ситуации в суицидной попытке. Суицид старшего брата носил демонстративный характер.

Из психофармакологических препаратов младший брат принимал триптизол, старший - элениум. Обследование семьи проводилось несколькими врачами, каждый поочередно знакомился с родителями, больными. Младший сын охотно встречался с отцом, матерью, братом, легко вступал в беседу с врачами, переживал случившееся, просил врачей помирить родителей и брата. Старший сын от

свиданий с родителями категорически отказался, в дальнейшем сделал исключение для отца. К младшему относился с большой теплотой и нежностью. Эти обстоятельства были использованы врачами при планировании психотерапевтического вмешательства. Решено было нейтрализовать патогенный семейный фокус (мать) путем активизации положительного семейного фокуса (отца). Врачами были разъяснены причины и сущность конфликтных взаимоотношений в семье, указано на неэффективность удаленной позиции отца в вопросах воспитания. Разъяснено, что авторитет отца в семье высок (единодушное мнение всех членов семьи). Даны практические советы по реконструкции семейной жизни, более критическом и жестком регламентировании поведения жены, активном участии в семейных делах. В индивидуальных беседах с больными выяснилось, что при такой ситуации старший брат не возражал бы против возвращения в семью, а для младшего таким образом конфликтная ситуация разрешилась.

III. Тактика семейной психотерапии больных шизофренией.

Принципиальные отличия психотерапии семьи больных шизофренией заключаются в том, что, помимо устранения таких симптомов болезни, как негативизм, некоммуникабельность, враждебность к одному из родителей, обусловленных нередко патологизирующими взаимоотношениями в семье, патологизирующим воспитанием (типа доминирующей гиперпротекции), основная задача — это коренная перестройка жизненных планов семьи в зависимости от прогноза заболевания и успехов применяемого лечения. С больными этой группы проводились в основном индивидуальные психотерапевтические сеансы. Такой выбор обусловлен низкой вовлекаемостью больных в групповые занятия, тяжестью клинических проявлений заболевания. Наиболее частой темой, обсуждаемой в индивидуальных беседах с больными и во время встреч с родственниками, была «планы и перспективы после выписки из больницы». Врачами, исходя из представлений о больном, давались конкретные рекомендации по учебе, возможном трудоустройстве, раскрывались особенности протекания заболевания и возможные его последствия. Прилагались усилия к разрушению ирреальных, либо чрезмерно оптимистических, либо пессимистических взглядов на больного и его жизненные перспективы. Члены семьи во время посещения клиники подготавливались врачами к возвращению больного домой, проводилось обучение навыкам общения с ним и адекватного реагирования на проявления психической болезни. Приводим краткую историю болезни, иллюстрирующую некоторые возможности семейной психотерапии при шизофрении.

Больной Александр Ш., 17 лет, учащийся 10-го класса музыкальной школы, находился на лечении в 3-й психиатрической больнице дважды — осенью 1970 г. и весной 1971 г. Диагноз: шизофрения, непрерывно-поступательный тип течения. Наследственностьотягощена психическими заболеваниями в форме бредовых психозов и случаями шизофрении среди родственников матери и отца. Отец состоял на учете в психоневрологическом диспансере с диагнозом «психастения?, шизофрения?», был замкнутым, стеснительным, в одни периоды жизни обнаруживал к близким немотивированную злобность, в другие оставался аспонтанным, вялым. По профессии музыкант. С семьей не живет; когда мальчику было 3 года, по инициативе жены брак был расторгнут. Матери 43 года, по

профессии преподаватель музыки. По характеру веселая, энергичная, предприимчивая, стеничная, легко добивающаяся своих целей, ригидная («Когда-то раз и навсегда решила, что хорошо, а что плохо, с тех пор и следует этим заповедям», — так говорит больной о своей матери). Наш больной родился первым по счету ребенком в семье. Раннее развитие без особенностей. По характеру был ласковый, очень любил мать. Воспитывался бабушкой и матерью, воспитание по типу «кумир семьи» в сочетании с материнской гиперопекой. Матерью подавлялась всякая инициатива больного в занятиях музыкой, строго регламентировался образ жизни, выбор знакомых, контакты с внешним миром ограничивались в основном рамками семьи. Когда мальчику было 11 лет, мать повторно вышла замуж. От второго брака имеется ребенок. Отчим по характеру вязкий, ригидный, педантичный. С больным отношения сложились враждебные, так как последний игнорировал порядки, установленные отчимом. За последние 2 года больной еще более изменился характерологически: стал застенчивым, замкнутым даже в семейном кругу. Изменилось отношение к матери, стал ей дерзить, открыто высказывать свою ненависть. Настоял на переходе из класса, где преподавателем была его мать, стал заниматься с пожилой преподавательницей, которая вскоре приобрела для него значение «идеала», объекта сексуальных мечтаний. Совершенно перестал разговаривать с матерью, питался отдельно от нее. Летом 1970 г. больной стал высказывать бредовые идеи преследования, особого отношения, что и послужило поводом для первого поступления в больницу. После проведенного лечения инсулином, нейролептиками, психотерапевтических бесед состояние больного улучшилось, был выписан, но через несколько месяцев в связи с неправильным поведением (ухаживание за пожилой преподавательницей, негативное отношение к матери) был вновь госпитализирован. Неохотно встречался с матерью в отделении, был с ней холоден, всегда стремился уйти со свидания. Очень радовался, когда к нему приходила его преподаватель музыки. С врачами держался настороженно, не раскрывал своих переживаний. Лечение принимал без сопротивления, в палате избирательно общался с сознательными больными. «Мишенью» для психотерапевтического вмешательства в данном случае служило негативное отношение больного к матери, что в конечном итоге затрудняло перспективы больного после выписки. С больным стали проводить, на фоне лечения наваном (в дозе 10 мг в сутки), индивидуальные психотерапевтические сеансы, на которых последовательно разбиралось его неправильное отношение к матери, разъяснялись мотивы ее поступков в различных ситуациях. Матери было указано, что жесткое регламентирование занятиями музыкой, которой больной посвящал по 6 часов в день, способствует негативно-му к ней отношению. Временно были прекращены свидания, как с матерью, так и с преподавателем. На фоне терапии наваном (в дозе 15 мг в сутки) у больного развилась тревога, с присоединением внутримышечных инъекций тизерцина (в дозе 2,0 мл 2,5% раствора) появились тяжелые гипотензивные обморочные состояния. У больного развился страх смерти, умолял лечащего врача не оставлять его одного, просил постоянного присутствия врача в палате, впервые обратился с просьбой увидеть мать. Матери были разрешены длительные свидания с возможностью ухода за сыном. Необыкновенно ласково встретил ее, с не-

охотой расставался. С этого момента восстановилось адекватное эмоциональное отношение к матери. В дальнейших встречах врача с членами семьи больного проводился подробный инструктаж навыков общения с больным после выписки. В беседах с матерью, касаясь перспектив больного, удалось уговорить ее отказать от максималистских претензий к сыну, гиперопекающих установок. Катамнез 2 года: больной регулярно принимает поддерживающее лечение небольшими дозами лития. Отношения с матерью очень теплые, привязан к ней. Бредово-галлюцинаторные переживания не обнаруживаются. В личностном плане сильно изменен: замкнут, стеснителен, малопродуктивен, однако продолжает обучение в музыкальной школе. На будущее строит вполне реальные планы (работа концертмейстером в какой-нибудь школе), отношения родственников с больным строятся по выработанному совместно с врачом плану.

Современное дополнение.

Схематически встречи с семьей выглядели так:

Психотерапевт (П) + Александр (А); П+Мать (М); П+А+М.

После повторной госпитализации психотерапия проводилась в квартире деда, к которому переехал внук. Этому предшествовало решение, принятое на встрече П+М+А. Отчим и отец категорически отказались принимать участие, более того, отчим угрожал избить пасынка за «лень».

Встречи строились по схеме М+А+Дед (Д). Отец матери (Д) оказывал большую психологическую поддержку дочери, а также занимал реалистическую позицию по отношению к внуку.

Больной был переведен на 2-ю группу инвалидности и устойчиво работал в лечебно-трудовых мастерских при ПНД.

Продолжение текста статьи

В заключение мы позволим себе утверждать, что своеобразие психотерапии подростков с психопатиями, патохарактерологическими развитиями, различными формами шизофрении, разнообразие тактических приемов семейной психотерапии обуславливаются, с одной стороны, особенностями психики и психических нарушений у подростков, с другой — неправильными семейными взаимоотношениями и методами воспитания. Приемы семейной психотерапии нуждаются в дальнейшей разработке в соответствии с клиническими показаниями и условиями каждой конкретной семьи.

На наш взгляд, семейная психотерапия должна занять важное место в широком комплексе реадaptационных и реабилитационных мероприятий и особенно — в лечении подростков.

IV Анализ случаев и аутосупервизия.

В случае братьев Г. был момент, не описанный в статье. Почему-то братьев госпитализировали в разные отделения. Объяснений этому не было. Вспоминая свой опыт интерна в Республиканской психиатрической больнице Марийской АССР в 1967 г. Госпитализировали из деревни двух старушек с признаками сенильного слабоумия, которые много лет жили в собственном доме на иждивении крестьян. Поводом для госпитализации послужило то, что в холодное время, они стали разжигать костры на полу избы. Речевая продукция у них была минимальной, но было заметно, что они друг без друга тоскуют. Через 2 месяца

они умерли в больнице практически в одно время, несмотря на хорошее питание и уход. Вопрос: «Насколько оправданно было их разлучение?». Ответ на этот вопрос я ищу, по сей день.

Я и другие психотерапевты редко работали с полным составом семей. Раздельные встречи предполагали разрешение внутрисемейных конфликтов.

В работе с семьей братьев Г. удалось выявить супружеский конфликт, охлаждение супружеских отношений. С точки зрения современной семейной психологии старший сын стал «заместителем мужа». Мать на встречах с психотерапевтом корила себя за свое отношение к детям. Контакт был продуктивным, несмотря на то что заведующая отделением однажды ворвалась в комнату, накричала на мать и обвинила ее, «что она мерзавка и т. д.». Позже я узнал, что семейная ситуация братьев Г. напомнила ей второе замужество и непростую судьбу сына. Удалось реанимировать «замершие» супружеские отношения. Оба сына, встретившись с родителями, выразили желание вернуться домой.

Схематически можно представить встречи с семьей братьев Г. следующим образом:

Психотерапевт (П)+Анатолий (А); П+Б; П+Мать (М); П+А и Б; П+М и Отец (О); П+М+А+Б.

Катамнез через 3 года.

Оба брата успешно учатся. Старший брат женился на возлюбленной. Оба сняты с учета в ПНД.

Следует подчеркнуть тот факт, что во времена становления семейной психотерапии в СССР сами психотерапевты, встречаясь с загадочным миром семей, переживали сильную тревогу, чувствовали себя слабыми и неуверенными. Именно это обуславливало работу с отдельными элементами семей и значительно реже - с целыми семьями.

В то время психотерапевты не были знакомы с общей теорией систем Людвиг фон Берталанди, и не были знакомы с семейной психотерапией. В 1973 г. была опубликована монография Сальвадора Минухина «Families and Family Therapy», с которой я ознакомился в середине 80-х годов XX века в Финляндии. Она произвела на меня ошеломляющее впечатление. Оказалось, что семья – не сумма индивидуальностей, как предполагали отечественные психологи, а нечто большее за счет связей между элементами (детьми, родителями и другими родственниками). Удалось накопить опыт и создать собственный метод аналитико-системной психотерапии по Э.Г. Эйдемиллеру и Н.В. Александровой (Психотерапевтическая энциклопедия...).

Первые опыты эмпирико-хаотической семейной психотерапии А.И. Захарова, Эйдемиллер Э.Г., описанные в сборнике 1973 г., помогли решить 2 задачи.

- как корректировать нарушенные отношения.

- как совладать с тревогой и страхом у психотерапевтов перед загадочным миром семейной жизни клиентов/пациентов и своей собственной.

В заключении я хочу сказать, что современная семейная психотерапия обрела крепкую научно-обоснованную базу, включающие в себя идеи психоанализа, семейного и нарративного подходов, а также акторно-сетевую теорию Бруно Латура.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Ackeman N.W. In: American Handbook of Psychiatry, v. III. 1966, 201.
- [2] Видманова Л.Н. и др. Ж. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова, 1966, 12, 1848.
- [3] Шахматова-Павлова И.В. и др. Вестн. АМН СССР, 1971, 5, 46.
- [4] Мягер В.К. и др. В кн.: Вопросы общей психотерапии в медицине и психоневрологии. Харьков, 1968, 104.
- [5] Днепровская С.В. В кн.: Реабилитация больных с нервно-психическими заболеваниями. Томск, 1971, 228.
- [6] Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. М., 1959.
- [7] Личко А.Е. В кн.: Клинико-психологические исследования личности. Л., 1971, 165.
- [8] Эйдемиллер Э.Г. В кн.: Патологические нарушения поведения у подростков. Л., 1973, 48.
- [9] Эйдемиллер Э.Г. В кн.: Неврозы и пограничные состояния. Л., 1972, 83.
- [10] Эйдемиллер Э.Г. В кн.: Аналитко-системная семейная психотерапия по Эйдемиллеру Э.Г. и Александровой Н.В., 4-е издание СПб, Питер, 2008. - 443-447 с.

E.G. Eidemiller

FEATURES OF FAMILY PSYCHOTHERAPY IN ADOLESCENT PSYCHIATRIC CLINIC

The group of adolescent psychiatry (headed by A.E. Lichko) of the Lenin-grad Research Psychoneurological Institute named after V.M. Bekhterev.

Summary. This article is dedicated to the first in the USSR collection of scientific works on methods of pathogenetic psychotherapy. Edmond Eidemiller introduces readers to the first experience of family psychotherapy in the clinic of adolescent psychiatry. His experience and the experience of the authors was non-systemic in nature and corresponded to the concept of «eclecticism». The following is an analysis of the work one and self-supervision. The article describes the experiences of the author when immersed in a unknown world of family relations.

Keywords: family, psychotherapy; selfsupport, eclecticism, Eidemiller.

А.А. Насыров^{1,2}, Т.П. Калашникова¹, М.В. Довганюк²
СИНДРОМ ФЕЛАН-МАКДЕРМИД. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ
¹ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет
им. академика Е.А. Вагнера». ²ГБУЗ ПК «Детская клиническая больница
им. П.И. Пичугина» (Пермь).

Резюме. В данной статье рассмотрен случай генетически подтвержденного синдрома Фелан-МакДермид, причиной которого является потеря концевых участков хромосомы 22, в ряде случаев с образованием кольцевой хромосомы. Проявляется данный синдром отставанием приобретения моторных навыков, задержкой умственного развития, а также наличием эпилептиформной активности на ЭЭГ и нередко эпилептическими приступами. Диагностика девиантных форм когнитивного развития в раннем возрасте, верификация их этиопатогенеза и возможности коррекции остается важной клинической задачей для психиатров, неврологов, педиатров.

Ключевые слова: синдром Фелан-МакДермид, расстройства аутистического спектра, эпилепсия.

В отечественной психиатрии под умственной отсталостью понимают наследственное, врожденное или приобретенное в раннем детстве (до 2-3 лет) необратимое, непрогредиентное слабоумие тотального характера, но с преимущественной недостаточностью мышления и речи [3]. Умственная отсталость в качестве синдрома характерна для многих хромосомных и генных заболеваний. Частота хромосомных болезней (изменение числа хромосом и/или изменение их структуры) среди новорожденных составляет 0,5%-0,7% [4]. Среди различных групп умственно отсталых детей частота хромосомных нарушений составляет от 8% до 20%, что в 20 раз выше, чем в общей популяции. Около 80% хромосомных аномалий приходится на болезнь Дауна, 4,5% – на другие трисомии, 9% составляют аномалии половых хромосом и 6,5% – прочие дефекты хромосомного набора [6].

Один из вариантов наследственной формы умственной отсталости – синдром Фелан–МакДермид (СФМ), который является результатом терминальной или интерстициальной хромосомной делеции 22q13.3 [9]. Синдром впервые был описан в 1985 г. Истинная распространенность СФМ неизвестна. В литературе самый обширный анализ генетического полиморфизма и клинических вариантов СФМ осуществлен в работе S.M. Sarasua и соавт. (2014). Авторы представили обзор 201 наблюдения пациентов с СФМ [12]. Обсуждается генетическая связь поведенческого фенотипа при СФМ и расстройств аутистического спектра (РАС)[11].

Клинически СФМ проявляется эпилепсией и психическими нарушениями: умственная отсталость, отсутствие экспрессивной речи, расстройства сна, с подросткового возраста – расстройства настроения [2]. Неврологический статус характеризуется диффузной мышечной гипотонией с первых дней жизни, задержкой формирования двигательных навыков, функциональными расстройствами желудочно-кишечного тракта. У детей старше 1 года становится явным

расстройство аутистического спектра, наблюдается своеобразная неловкая походка с частыми падениями и низкая чувствительность к боли. Характерно грубое отставание вербального интеллекта (экспрессивная речь отсутствует или представлена отдельными словами) Эпилептиформная активность по типу доброкачественных паттернов детства (ДЭПТ) в той или иной степени выявляется у всех пациентов с СФМ, а эпилептические приступы описаны в половине наблюдений. В ряде случаев эпилепсия приобретает фармакорезистентное течение [1]. При этом подчеркивается необходимость не только рутинного ЭЭГ-мониторирования в бодрствовании, но и оценку ЭЭГ во время сна. Это увеличивает долю пациентов с выявленной эпилептиформной активностью [8].

У 30 % детей с СФМ диагностируется гастроэзофагеальный рефлюкс, вызванный общей вялостью мышц, затрудняющей перистальтику пищевода, у 25% детей – периодические приступы рвоты [5].

Имеется генетическая неоднородность СФМ, которая определяет клиническую вариабельность синдрома [14]. Описан синдром кольцевой хромосомы 22 с аномалией развития мозга в виде билатеральной полимикрогирии в области силвиевой борозды. Подобные наблюдения свидетельствуют о более значимых хромосомных перестройках, которые влияют на фенотип путем глобального изменения топологической хроматиновой организации, а не просто путем удаления или дублирования фрагментов хромосомы [9].

В патофизиологии СФМ рассматривается, как дефект гена SHANK3, который контролирует структурные компоненты глутаматных рецепторов, селективно связывающих N-метил-D-аспартат (NMDA). Рецепторы играют ключевую роль в синаптической пластичности, следовательно в процессах обучения. Продемонстрировано уменьшение числа дендритных шипиков при наличии дефекта гена SHANK3 – мембранных выростов на поверхности дендрита, способных образовать синаптическое соединение на моделях животных [7]

Понимание механизмов развития СФМ обуславливает поиск патогенетически обоснованных методов коррекции. Получены данные о том, что инсулин-ассоциированный фактор роста (IGF-1) частично восстанавливает возможности синаптической трансмиссии у пациентов с СФМ. Однако при этом не повышает экспрессию SHANK3 [14]. В эксперименте на лабораторных животных продемонстрировано модулирующее влияние тамоксифена на экспрессию гена SHANK3 и регресс поведенческих нарушений на этом фоне [10].

Клинический случай. *Нами наблюдался пациент 3., 7 лет. Мальчик поступил впервые в ГБУЗ ПК ДКБ им. П.И. Пичугина по поводу отставания в речевом развитии: использует единичные лепетные слова и звукоподражания (не более 20 слов), имеются эхолалии. Отмечаются эмоциональная несдержанность, вспышки агрессии, выраженные негативные реакции, стойкие стереотипии в руках в виде молниеносных взмахов, отсутствие навыков опрятности.*

Наследственность по психическим заболеваниям и пароксизмальным состояниям, со слов матери, неотягощена.

Мальчик воспитывается в полной семье, sibс в возрасте 1 года. Мать – 27 лет, образование средне-специальное, не работает; отец – 29 лет, образование среднее, в армии служил, разнорабочий.

Мальчик от 1-й беременности. Беременность протекала на фоне инфекции мочевыводящих путей, синдрома вегетативной дистонии, анемии, вагинита, миопии. Роды в 39 недель, физиологические, вес при рождении 2922 г, длина тела 50 см, по шкале Апгар 9 баллов. К груди приложили в родовом зале. Через 5 часов отмечалось ухудшение состояния: слезотечение, обильные срыгивания, вялость, слабость, на 6 сутки переведен в отделение патологии новорожденных, где лечился по поводу перинатального поражения ЦНС гипоксического генеза, задержки внутриутробного развития по гипотрофическому типу.

Формула развития: голову держит с 3 мес.; сидит с 7 мес.; зубы с 6 мес.; стоит с 12 мес.; ходит с 1 г. 8 мес.; отдельные слова появились после 2 лет. Дошкольное учреждение посещает с 3 лет, с программой не справлялся, в 5 лет направлен на ПМПК, где определена программа для детей с тяжелыми нарушениями речи, но и с этой программой не справился, переведен на программу для детей с умственной отсталостью.

Состояние по заболеванию средней степени тяжести, положение активное, сознание ясное. Нормального телосложения. Соматический статус без особенностей. Физиологические отправления в норме, регулярные. Навыки опрятности сформированы частично. Обращает внимание диспластический статус с множественными стигмами дизэмбриогенеза: эпикант, приросшая мочка уха, синдактилия II-III пальца на стопе, готическое небо. Имеется гипермобильность суставов, снижение мышечного тонуса, вальгусная деформация ног, плосковальгусные стопы, крыловидные лопатки. Кинетическая и динамическая диспраксия. Внешние признаки вегетативной дисфункции – мраморность кожи, гипергидроз ладоней и стоп.

Контакт с ребенком затруднен из-за отсутствия разговорной речи. Обращенную речь понимает частично, задания не всегда выполняет адекватно. Преобладает игровая мотивация, часты отказы, простые инструкции усваивает, более сложные – нет. Произвольное внимание не сформировано. Уровень знаний и умений не соответствует возрастной норме. В пространстве и времени не ориентируется. Во время обследования фон настроения смешанный, быстро раздражается, отворачивается, теряет интерес. Мотивации нет, к результатам собственной деятельности не критичен. Мышление наглядно-действенное. Уровень достижений низкий. Матрешку собирает с помощью взрослого, доску Сегена методом проб и ошибок, пирамидку из 7 колец собрал правильно, цвета различает, понятия «большие–меньшие» не дифференцирует, разрезные картинки из 2,4 частей не собирает, названия пальцев, дни недели, времена года не знает, складывание фигур и кубиков не доступно. Цифры называет, но порядковый счет отсутствует. Рисование на стадии каракуль, копирование не доступно. Движения не копирует, не повторяет, позы пальцев не удерживает, мячик не ловит, может показать игрушки, говорит первые слоги. Сюжетной и ролевой игры нет. По тесту Векслера общий интеллектуальный показатель 42, вербальный интеллектуальный показатель 51, невербальный интеллектуальный показатель 44. Результаты теста свидетельствуют об умеренной умственной отсталости.

Логопед отмечает: строение артикуляционного аппарата без особенностей, динамическая организация органов артикуляции нарушена, формирование артикуляционных укладов затруднено, фонематические процессы грубо нарушены, нарушения звукопроизношения носят полиморфный характер, просодическая компонента речи нарушена. Речевая активность низкая. В самостоятельной речи эхολалии, малопонятные аморфные слова, пассивный и активный словарь ограничен, жесты отсутствуют.

Офтальмолог выявил ангиопатию сосудов сетчатки, глазное дно не изменено.

Компьютерная томография головного мозга не выявила макроструктурных изменений.

Основная ритмическая активность при осуществлении ЭЭГ мониторинга с открытыми глазами без проведения функциональных проб соответствует состоянию активного бодрствования. Эпилептиформной активности не зарегистрировано.

Отсутствие эпилептиформной активности на ЭЭГ и морфологических дефектов на компьютерной томографии головного мозга, которыми можно было бы объяснить патогенез клинических симптомов у ребенка, обусловило необходимость проведения генетического исследования.

При кариологическом исследовании выявлен кариотип 46, XY, r(22) (p11g13) – частичная моносомия хромосомы 22 (кольцевая хромосома 22) (рис.1).

Проведено кариологическое обследование родителей, хромосомной патологии не обнаружено.

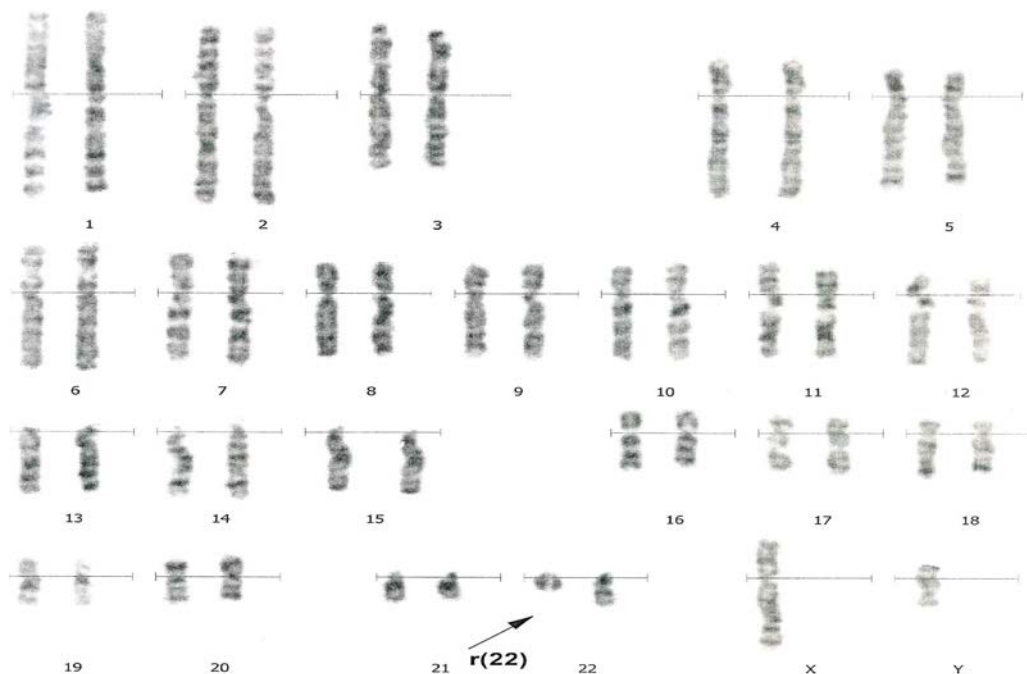


Рисунок 1. Кариологическое исследование пациента 3.7 лет.

На основании жалоб, анамнеза, лабораторных и инструментальных методов исследования, а также клинической картины был выставлен диагноз: умеренная умственная отсталость, обусловленная хромосомной абберрацией (синдром Фелан-МакДермид). Особенностью данного клинического наблюдения является отсутствие эпилептических припадков и эпилептиформных изменений на ЭЭГ пациента. Хромосомная мутация при СФМ достаточно выраженная и верифицируется при помощи обычного кариотипирования. Для подтверждения диагноза не требуется осуществление хромосомного микроматричного анализа.

Следует подчеркнуть еще один важный момент. Значительная роль наследственных факторов при формировании интеллектуальной недостаточности, отсутствие специфических фенотипических и клинических проявлений заболеваний требует осуществления генетических исследований пациентов с девиантным развитием и их кровных родственников и своевременного медико-генетического консультирования.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бобылова М.Ю., Никитина М.А., Мухин К.Ю., Куликов А.В. Синдром Фелан–МакДермид (del 22q13 и r(22)): обзор литературы и 2 случая // Русский журнал детской неврологии. – 2016. – 11(4). – С. 33-44.
2. Горюнова А.В. Аутизм и расстройства аутистического спектра у детей // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2016 (16). - № 1. – С. 88.
3. Детская и подростковая психиатрия. Клинические лекции для профессионалов / Под ред. проф. Ю.С. Шевченко. М.: Медицинское информационное агентство, 2017. – 482 с.
4. Руководство по психиатрии: В 2-х т. Т 2 / А.С. Тиганов, А.В. Снежневский, Д.Д. Орловская и др. Наследственные формы умственной отсталости. Под ред. А.С. Тиганова. – М.: Медицина, 1999. – 634 с.
5. Соловьева Н.В., Кицул Н.С. Роль генетических исследований при лечении аутизма. Синдром Фелан-МакДермид: история Саши // Аутизм и нарушения развития. – 2016. – Т. 14. - № 2. – С. 13-19.
6. Умственная отсталость при наследственных болезнях / Маринчева Г.С., Гаврилов В.И. - М.: Медицина, 1988. – 256 с.

REFERENCES

1. Bobylova M.Ju., Nikitina M.A., Muhin K.Ju., Kulikov A.V. Sindrom Felan–MakDermid (del 22q13 i r(22)): obzor literatury i 2 sluchaja // Russkij zhurnal detskoj nevrologii. – 2016. – 11(4). – S. 33-44.
2. Gorjunova A.V. Autizm i rasstrojstva autisticheskogo spektra u detej // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. – 2016 (16). - № 1. – S. 88.
3. Detskaja i podrostkovaja psihiatrija. Klinicheskie lekciï dlja professionalov / Pod red. prof. Ju.S. Shevchenko. M.: Medicinskoe informacionnoe agentstvo, 2017. – 482 s.
4. Rukovodstvo po psihiatrii: V 2-h t. T 2 / A.S. Tiganov, A.V. Snezhnevskij, D.D. Orlovskaja i dr. Nasledstvennye formy umstvennoj otstalosti. Pod red. A.S. Tiganova. – M.: Medicina, 1999. – 634 s.
5. Solov'eva N.V., Kicul N.S. Rol' geneticheskikh issledovanij pri lechenii autizma. Sindrom Felan-MakDermid: istorija Sashi // Autizm i narushenija razvitija. – 2016. – T. 14. - № 2. – S. 13-19.
6. Umstvennaja otstalost' pri nasledstvennyh boleznyah / Marincheva G.S., Ga-

vrilov V.I. - M.: Medicina, 1988. – 256 s.

7. Harony-Nicolas H, De Rubeis S, Klevzon A, Buxbaum JD Phelan McDermid Syndrome: From Genetic Discoveries to Animal Models and Treatment. *J Child Neurol*. 2015 Dec;30(14):1861-70. doi: 10.1177/0883073815600872.

8. Khan OI, Zhou X, Leon J, Kessler R, Gaughan T, D'Souza P, Gropman A, Cohen N, Rennert O, Buckley A, Inati S, Thurm A. Prospective longitudinal overnight video-EEG evaluation in Phelan-McDermid Syndrome. *Epilepsy Behav*. 2018 Mar;80:312-320. doi: 10.1016/j.yebeh.2017.11.034.

9. Kurtas N, Arrigoni F, Errichiello E, Zucca C, Maghini C, D'Angelo MG, Beri S, Giorda R, Bertuzzo S, Delledonne M, Xumerle L, Rossato M, Zuffardi O, Bonaglia MC. Chromothripsis and ring chromosome 22: a paradigm of genomic complexity in the Phelan-McDermid syndrome (22q13 deletion syndrome). *J Med Genet*. 2018 Apr;55(4):269-277. doi: 10.1136/jmedgenet-2017-105125

10. McGovern Institute Guoping Fang. URL: <http://mcgovern.mit.edu/principal-investigators/guoping-feng> (дата обращения:21.06.2018).

11. Richards C, Powis L, Moss J, Stinton C, Nelson L, Oliver C. Prospective study of autism phenomenology and the behavioural phenotype of Phelan-McDermid syndrome: comparison to fragile X syndrome, Down syndrome and idiopathic autism spectrum disorder. *J Neurodev Disord*. 2017 Nov 10;9(1):37. doi: 10.1186/s11689-017-9217-6.

12. Sarasua SM, Boccuto L, Sharp JL, Dwivedi A, Chen CF, Rollins JD, Rogers RC, Phelan K, DuPont BR. Clinical and genomic evaluation of 201 patients with Phelan-McDermid syndrome. *Hum Genet*. 2014 Jul;133(7):847-59. doi: 10.1007/s00439-014-1423-7.

13. Shcheglovitov A1, Shcheglovitova O, Yazawa M, Portmann T, Shu R, Sebastiano V, Krawisz A, Froehlich W, Bernstein JA, Hallmayer JF, Dolmetsch RE. SHANK3 and IGF1 restore synaptic deficits in neurons from 22q13 deletion syndrome patients. *Nature*. 2013 Nov 14;503(7475):267-71. doi: 10.1038/nature12618.

14. Zhu W, Li J, Chen S, Zhang J, Vetrini F, Braxton A, Eng CM, Yang Y, Xia F, Keller KL, Okinaka-Hu L, Lee C, Holder JL Jr, Bi W. Two de novo novel mutations in one SHANK3 allele in a patient with autism and moderate intellectual disability. *Am J Med Genet A*. 2018 Apr;176(4):973-979. doi: 10.1002/ajmg.a.38622.

A.A. Nasyrov^{1,2}, T.P. Kalashnikova¹, M.V. Dovganiuk²

FELAN-MACDERMID SYNDROME. CLINICAL OBSERVATION

¹Perm State Medical University named after academician E.A. Wagner,

²Children's Clinical Hospital named after P.I. Pichugin (Perm).

Summary. Article describes the case of a genetically confirmed Phelan-McDermid syndrome, the cause of which is the loss of terminal regions of chromosome 22. In some cases, a ring chromosome is formed. This syndrome manifests itself as a delay in the acquisition of motor skills, a delay in mental development, the presence of epileptiform activity on the EEG, and often epileptic attacks. Diagnosis of deviant forms of cognitive development at an early age, verification of their aetiopathogenesis and the possibility of correction remains an important clinical task for psychiatrists, neurologists, pediatricians.

Keywords: Phelan-McDermid syndrome, autistic spectrum disorders, epilepsy.

ПОДГОТОВКА ВОЖАТЫХ ДЕТСКОГО ОЗДОРОВИТЕЛЬНОГО ЛАГЕРЯ ПО ВОПРОСАМ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

ФГБОУ ВО «Российский государственный педагогический университет им. А.И.Герцена». Институт психологии (Санкт-Петербург).

Резюме. В статье представлено исследование студентов педагогического университета, проходивших подготовку к работе вожатыми детского оздоровительного лагеря. Выявлено отношение студентов к работе вожатого, их оценка потребности в знаниях по клинической психологии детей и подростков, а также их представление о характере возникающих сложных ситуаций. Получены данные об актуальности психологических знаний особенностей адаптации и дизадаптации детей и подростков в детском оздоровительном лагере и потребности в помощи студентам-вожатым.

Ключевые слова: адаптация, дизадаптация, детский оздоровительный лагерь, вожатый.

Для многих детей в нашей стране лето неотрывно связано с детскими оздоровительными лагерями (далее – ДОЛ). По данным федеральной службы государственной статистики их число увеличилось с 33,5 тыс. в 1992 г. до 44,5 тыс. в 2016 г., когда численность детей, отдохнувших за лето, составила 4 787 тысяч детей [9]. В научных публикациях неоднократно поднимались вопросы необходимости организации службы психолого-педагогического сопровождения в ДОЛ и индивидуального сопровождения ребенка при наличии запроса социальных служб и родителей [3, 4, 5, 10]. Важно чтобы специалисты, находящиеся в контакте с детьми и подростками имели научные знания о половозрастных психологических особенностях, особенностях реагирования при эмоциональном напряжении в норме и при психопатологии. Эти знания и знания алгоритма действий при выявлении признаков дизадаптации ребенка в ДОЛ позволят не только организовать среду для эффективного развития, социализации, сохранения и укрепления здоровья воспитанников, но и своевременно оказать психологическую помощь, разработав индивидуальную психопрофилактическую (психокоррекционную) программу.

Приезд в детский лагерь для проживания в течение трех недель (стандартная смена в ДОЛ) является для ребенка переменной привычного образа жизни. Для некоторых детей процесс адаптации к новым условиям жизни может оказаться нелегким. Особенно, если ребенок попадает в ДОЛ впервые, если ранее никогда не менял домашнюю обстановку, если находится в трудной жизненной ситуации (в нашей практике были случаи, когда дети приезжали в ДОЛ после смерти родственников и друзей). Рядом нет близких людей – родителей, членов семьи, друзей, чтобы поделиться своими переживаниями. Даже при наличии мобильной связи это не всегда возможно, т. к. дети могут стесняться проявлять свои эмоции из-за боязни насмешек и отвержения со стороны других ребят.

О. И. Ефремова [4], анализируя данные наблюдения за 2312 воспитанниками оздоровительных центров (из них 1158 детей и 1154 подростка), делает вы-

вод о том, что признаки ситуативной дизадаптации фиксируются у четверти исследованных ребят. Поэтому вожатому, человеку, который не просто находится рядом с воспитанниками, а проживает вместе с ними все этапы формирования временного детско-взрослого коллектива, важно уметь видеть признаки эмоционального напряжения, знать формы поведения (отрицательного эмоционального реагирования), отражающие недостаточное приспособление ребенка к среде, ориентироваться в возрастной специфике нервно-психического реагирования на неблагоприятные воздействия. При выявлении признаков неблагоприятного эмоционального самочувствия детей в ДОЛ, вожатый имеет возможность оперативно обратиться к врачу и психологу лагеря для разработки совместной программы оказания психологической помощи ребенку (подростку) с целью профилактики возникновения дизадаптации. Однако, как показало проведенное нами исследование, такими специализированными знаниями обладают далеко все студенты, планирующие работать в летнее время вожатыми в ДОЛ.

В мае 2018 г. в рамках цикла занятий по подготовке к работе вожатых в детских оздоровительных лагерях студентов Герценовского университета преподавателями кафедры клинической психологии и психологической помощи были проведены лекции, в ходе которых рассматривались вопросы психической адаптации и дизадаптации [2]; возрастной специфики проявления расстройств психического здоровья [8]; особенностей эмоциональных расстройств и специфики депрессивных состояний детей и подростков [6, 8]; клинических проявлений психосоматических расстройств у детей и подростков, а также факторы риска возникновения психосоматических расстройств [1, 7]. Интерактивные формы занятий реализовывались в составлении алгоритма действий при выявлении признаков психической дизадаптации.

С целью изучения актуального состояния мотивационно-потребностного компонента готовности студентов к работе вожатыми ДОЛ была разработана анкета и проведен письменный опрос (получено информированное согласие на использование данных). В исследовании приняли участие 44 студента: из них 6 студентов уже имели опыт работы вожатыми в ДОЛ, и 38 студентов планировали работать вожатыми в ДОЛ летом 2018 г. впервые. Средний возраст студентов составил 21,3 года, все являются обучающимися третьего курса на факультетах изобразительного искусства (12 человек), безопасности жизнедеятельности (12 человек), в институтах физической культуры и спорта (9 человек), педагогики (8 человек), народов Севера (3 человека).

В первом вопросе анкеты было предложено определить одним словом свое отношение к работе вожатого. С полученными данными был проведен семантический анализ (как и с последующими ответами), в результате которого было выделено шесть основных смысловых групп, приведенных в табл. 1.

Как видно из табл. 1, доминирующим отношением является ответственность за воспитанников, но студенты с опытом работы в ДОЛ чаще определяют свое отношение как интерес к деятельности (66,6%). Студенты без опыта в 26,3% случаев относятся к работе вожатого как к получению социального опыта. Также встречаются ответы, выражающие тревогу в отношении к предстоящей деятельности, – «проблема» (6,8%), «неизвестность» (4,6%).

Таблица 1.

Распределение студентов по отношению к работе вожатого ДОЛ

Отношение к работе вожатого ДОЛ	Вся выборка		Студенты с опытом работы		Студенты без опыта работы	
	Чел.	% выборки	Чел.	% выборки	Чел.	% выборки
Ответственность	15	34,1	1	16,7	14	36,8
Интерес	11	25,0	4	66,6	7	18,4
Самореализация	3	6,8	1	16,7	2	5,3
Проблема	3	6,8	0	0,0	3	7,9
Опыт	10	22,7	0	0,0	10	26,3
Неизвестность	2	4,6	0	0,0	2	5,3

В табл. 2 представлены данные о представлениях студентов о сложных ситуациях, которые могут возникнуть в работе с воспитанниками.

Таблица 2.

Распределение студентов по представлениям о характере сложных ситуаций в работе вожатого ДОЛ

Представления о характере сложных ситуаций	Вся выборка		Студенты с опытом работы		Студенты без опыта работы	
	Чел.	% выборки	Чел.	% выборки	Чел.	% выборки
Страх собственной некомпетентности	19	43,2	2	33,4	17	44,7
Организация деятельности детей и подростков	16	36,4	4	66,6	12	31,6
Неожиданные ситуации	2	4,6	0	0,0	2	5,3
Не дали ответ	7	15,8	0	0,0	7	18,4

Из табл. 2 можно увидеть, что ответы, которые были даны студентами, объединены в четыре основные категории. Большую часть респондентов (43,2%) беспокоят страхи собственной некомпетентности в ситуациях, связанных с персональной ответственностью за жизнь и здоровье воспитанников ДОЛ: страхи не справиться с конфликтной ситуацией; если в отряде окажутся дети-инвалиды, воспитанники детского дома, подростки со склонностью к делинквентному поведению, к суицидальному или (и) самоповреждающему поведению; если ребенок травмируется; страх наказания, в случае если студент не справится с обязанностями вожатого; страх за состояние своего здоровья (бояться собственного «нервного срыва»). 36,4% опрошенных беспокоят проблемы организации досуга детей и подростков: если детям станет скучно, если в отряде будут «отвергаемые» или «изолированные» дети, непослушание детей и подростков. При этом не обозначили предположений о возможных сложных ситуа-

циях 18,4 % студентов без опыта работы в ДОЛ, что, возможно, свидетельствует, с одной стороны, об оптимистичном настрое, а с другой – о недостаточной осведомленности (среди студентов с опытом работы отсутствия ответов на данный вопрос не было).

На вопрос о том, в какой помощи нуждаются будущие вожатые ДОЛ при работе с воспитанниками, были получены следующие ответы. Потребность в помощи психолога обозначили 38,8% опрошенных, в помощи коллег (воспитателей, вожатых) по работе в ДОЛ – 54,5%, в помощи руководителя (преподавателя) – 40,9%, в материальной обеспеченности летнего отдыха детей и подростков (спортивным инвентарем, настольными играми, материалами для творчества и проч.) – 6,8% студентов. Таким образом, установлено, что более трети опрошенных студентов (в представленных выборках 25% студентов без опыта работы в ДОЛ и 50% с опытом работы), проходящих подготовку к работе вожатыми, обозначают потребность в помощи психолога в работе с детьми и подростками, а также в психологической помощи самим студентам в случаях эмоционально напряженных ситуаций.

Оценивая по десятибалльной шкале необходимость для вожатых ДОЛ знаний по клинической психологии детей и подростков, студентами была дана средняя оценка в 9 баллов (без опыта работы – 8,9 балла; с опытом работы – 9,3 балла). Анализ актуальности психологических знаний показал, что наиболее востребованной тематикой являются вопросы особенностей адаптации и дизадаптации детей и подростков в детском оздоровительном лагере (27,2% опрошенных), нарушений развития в детском и подростковом возрасте (22,7%), психолого-педагогической коррекции (18,2%) и психопрофилактики (25%). Анализ полученных данных позволяет говорить о высокой востребованности знаний по клинической психологии детей и подростков студентами, проходящими подготовку для работы вожатыми. Отсутствие таких знаний проявляется у студентов в виде страха собственной некомпетентности и, как следствие, страха ответственности за воспитанников. При этом приведенный выше данные показывают, что для студентов, имеющих опыт работы в ДОЛ, актуальность подготовки по вопросам клинической психологии детей и подростков выше, чем у студентов без опыта работы.

Резюмируя изложенное, следует подчеркнуть, что при подготовке студентов к работе вожатыми важно освещать вопросы адаптации и дизадаптации детей и подростков в ДОЛ, возрастной специфики нервно-психического реагирования на неблагоприятные воздействия, признаков неблагоприятного эмоционального самочувствия воспитанников. Компактность данного курса определяет необходимость четкого структурирования лекционного материала, а также подготовки списка основных и дополнительных информационных источников, доступных для самостоятельного изучения студентами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков. – М.: Издательство Института Психотерапии, Издательство НГМА, 2000. – 320 с.
2. Березин М.А., Вассерман Л.И. Системный подход и теория функцио-

нальных систем в изучении психической адаптации как медико-психологической проблемы // Медицинская психология в практическом здравоохранении. – СПб.: Изд. дом СПбМАПО, 2003. – С. 29–34.

3. Воронкова Л.В. Деятельность службы психолого-педагогического сопровождения как средство воспитания и охраны здоровья детей и подростков в условиях детского оздоровительного лагеря // Ученые записки Орловского государственного университета. Серия: Гуманитарные и социальные науки. – 2012. – № 1. – С. 340–344.

4. Ефремова О.И. Анализ проявлений ситуативной дизадаптации детей и подростков в детских оздоровительных центрах // Вестник Таганрогского института им. А. П. Чехова. Серия: Гуманитарные науки. – 2010. – № 3. – С. 230–236.

5. Ефремова О.И., Ситчихина Н.А. Психологическое сопровождение детей и подростков со склонностью к суицидальному поведению в детских оздоровительных центрах // Концепт. Научно-методический электронный журнал. – 2014. – № 12. – С. 161–165. – Режим доступа: <http://e-koncept.ru/2014/14365.htm>.

6. Иовчук Н.М., Северный А.А. Депрессии у детей и подростков. – М.: Школа-Пресс, 1999. – 80 с.

7. Исаев Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста. Руководство для врачей. – СПб.: Специальная литература, 1996. – 454 с.

8. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста (руководство для врачей). – М.: Медицина, 1979. – 608 с.

9. Россия в цифрах. 2017: Краткий статистический сборник / Росстат. – М.: Федеральная служба государственной статистики, 2017. – С. 164.

10. Соколова И.О. Социально-педагогическая реабилитация детей и подростков в деятельности педагогического отряда в условиях летнего оздоровительного лагеря // Вестник Пензенского государственного университета. – 2015. – № 4. – С. 55–58.

REFERENCES

1. Antropov Ju.F., Shevchenko Ju.S. Psihosomaticheskie rasstrojstva i patologicheskie privychnye dejstva u detej i podrostkov. – М.: Izdatel'stvo Instituta Psihoterapii, Izdatel'stvo NGMA, 2000. – 320 s.

2. Berebin M.A., Vasserman L.I. Sistemnyj podhod i teorija funkcional'nyh sistem v izuchenii psihicheskoj adaptacii kak mediko-psihologicheskoj problemy // Medicinskaja psihologija v prakticheskom zdravooxranenii. – SPb.: Izd. dom SPbMAPO, 2003. – S. 29–34.

3. Voronkova L.V. Dejatel'nost' sluzhby psihologo-pedagogicheskogo soprovozhdenija kak sredstvo vospitaniya i ohrany zdorov'ja detej i podrostkov v uslovijah detskogo ozdorovitel'nogo lagerja // Uchenye zapiski Orlovskogo gosudarstvennogo universiteta. Serija: Gumanitarnye i social'nye nauki. – 2012. – № 1. – S. 340–344.

4. Efremova O.I. Analiz pojavlenij situativnoj dizadaptacii detej i podrostkov v detskih ozdorovitel'nyh centrakh // Vestnik Taganrogskogo instituta im. A. P. Chehova. Serija: Gumanitarnye nauki. – 2010. – № 3. – S. 230–236.

5. Efremova O.I., Sitchihina N.A. Psihologicheskoe soprovozhdenie detej i podrostkov so sklonnost'ju k suicidal'nomu povedeniju v detskih ozdorovitel'nyh centrakh // Koncept. Nauchno-metodicheskij jelektronnyj zhurnal. – 2014. – № 12. – S. 161–

165. – Rezhim dostupa: <http://e-koncept.ru/2014/14365.htm>.

6. Iovchuk N.M., Severnyj A.A. Depressii u detej i podrostkov. – M.: Shkola-Press, 1999. – 80 s.

7. Isaev D.N. Psihosomaticeskaja medicina detskogo vozrasta. Rukovodstvo dlja vrachej. – SPb.: Special'naja literatura, 1996. – 454 s.

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

9. Rossiya v cifrah. 2017: Kratkij statisticheskij sbornik / Rosstat. – M.: Federal'naja sluzhba gosudarstvennoj statistiki, 2017. – S. 164.

10. Sokolova I.O. Social'no-pedagogicheskaja rehabilitacija detej i podrostkov v dejatel'nosti pedagogicheskogo otrjada v uslovijah letnego ozdorovitel'nogo lagerja // Vestnik Penzenskogo gosudarstvennogo universiteta. – 2015. – № 4. – С. 55–58.

S.I. Belyaeva

**PREPARATION COUNSELORS CHILDREN'S CAMPS IN QUESTIONS
OF CLINICAL PSYCHOLOGY OF CHILDREN AND ADOLESCENTS**

Herzen State Pedagogical University of Russia. Institute of Psychology (St.-Petersburg).

Summary. The article presents a study of students of the Pedagogical University, who were trained to work as counselors of the children's health camp. The attitude of students to the counselor's work, their assessment of the need for knowledge in the clinical psychology of children and adolescents, as well as their perception of the nature of the emerging complex situations is revealed. Data are received on the relevance of psychological knowledge of the adaptation and disadaptation of children and adolescents in a children's health camp and the need for assistance to student counselors.

Keywords: adaptation, disadaptation, children's health camp, counselor.

В.М. Ганузин, Н.Л. Черная

**ВРАЧЕБНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ ПОДРОСТКОВ
ПРИ НЕКОТОРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ**
**ФГБОУ ВО Ярославский государственный медицинский университет
(Ярославль).**

Резюме. Статья посвящена медико-социальной адаптации подростков с ограниченными физическими возможностями. Авторы представляют собственный опыт по изучению возможности подбора профессии и учебного заведения 97 подросткам с нарушениями нервной системы при проведении врачебной профессиональной консультации в условиях детской поликлиники. Дается анализ перечня профессий и условий труда, рекомендуемых для пациентов с эпилепсией, логоневрозом и умственной отсталостью.

Ключевые слова: врачебная профессиональная консультация, подростки, заболевания нервной системы, профессии.

Актуальность. Медико-социальная адаптация подростков с ограниченными физическими возможностями является одним из условий по включению данной группы в жизнь общества и их самореализации. Врачебная профессиональная консультация школьников с заболеваниями нервной системы является одним из этапов медико-социальной реабилитации. Врачебная профессиональная консультация (ВПК) в настоящее время рассматривается как составная часть профориентации. ВПК – это консультация врачом подростков с отклонениями в состоянии здоровья с целью выбора учебного заведения и будущей профессии, максимально соответствующей состоянию их физического и психического здоровья. При этом учитывается успеваемость подростка в школе, склонность его к той или иной профессии, прогнозируется влияние производственно-профессиональных факторов на возникновение и течение патологического процесса, а также возможность освоения им рекомендованной профессии при наличии имеющихся отклонений в состоянии здоровья [1, 3, 6, 7, 9].

Целью работы явилось изучение возможности подбора профессии и учебного заведения подросткам с нарушениями нервной системы при проведении врачебной профессиональной консультации в условиях детской поликлиники.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 97 подростков с различными поражениями нервной системы, в том числе с эпилепсией, логоневрозом и умственной отсталостью. ВПК проводилась в присутствии родителей в период стабилизации патологического процесса. В качестве методического материала использовали Федеральный протокол оказания первичной медико-санитарной помощи несовершеннолетним, обучающимся в образовательных организациях: медицинское профессиональное консультирование и профессиональная ориентация обучающихся [8, 10].

Результаты. Всем подросткам, прошедшим ВПК, был рекомендован ряд основных и дополнительных специальностей, а также учебные заведения, где эти специальности можно получить. Результаты ВПК, медицинские ограничения и рекомендуемые профессии заносили в специальный раздел Медицинской

карты ребенка (форма №026/у-2000) в декретированные возрастные периоды: в 9 и 10-11 классах. Для детей-инвалидов результаты ВПК дополнительно вносились в Индивидуальную программу реабилитации или абилитации (ИПРА) инвалидов, выдаваемую государственными учреждениями медико-социальной экспертизы. При этом важным для школьников с нарушениями ЦНС является создание благоприятной психолого-педагогической среды при обучении в школе, а в дальнейшем в средних и высших учебных заведениях, чтобы предотвратить избыточное психоэмоциональное напряжение, о чем делается запись в разделе психолого-педагогической реабилитации ИПРА [2, 5].

Обсуждение. Овладение профессиональными навыками подростками тесно связано с состоянием нервной системы. Поэтому одним из важнейших критериев профессиональной пригодности является состояние центральной и периферической нервной системы. Из заболеваний ЦНС, требующих определения профессиональной пригодности подростков, наиболее часто встречаются эпилепсия, логоневроз и умственная отсталость, которые в большинстве случаев начинаются в раннем детском возрасте [4].

К наиболее редким относятся органические поражения нервной системы, ведущие к нарушению функций тех или иных органов. В таких случаях профессиональная консультация должна проводиться с учетом состояния функции поврежденных органов и систем, а подростки направляются на комиссию по медико-социальной экспертизе для определения степени утраты трудоспособности.

Подростки, имеющие психические заболевания (шизофрения и др.), а также с отсталостью умственного развития различной степени консультируются и трудоустраиваются совместно с психоневрологом или психиатром того специализированного учреждения, на учете которого они состоят.

При эпилепсии для определения профессиональной пригодности **необходимо учитывать:** частоту приступов, наличие интеллектуальных и характерологических изменений, локальных симптомов поражения ЦНС, данные рентгенографии черепа, состояние глазного дна, результаты ЭЭГ, длительность бесприступного периода и получаемую антиконвульсивную терапию.

При эпилепсии с редкими приступами (не чаще 1-4 раз в год) без интеллектуальных и характерологических изменений не рекомендуется работа в условиях местного и общего травматизма (на транспорте, у движущихся механизмов, станков, автоматических линий, на высоте, у открытых водоемов и котлованов, вблизи огня, в закрытых емкостях, цистернах, канализационных и других люках), в загазованных помещениях с агрессивными средами, нейротоксическими ядами, в неблагоприятных метеорологических условиях, в условиях интенсивного производственного шума и вибрации, значительного нервного и эмоционального напряжения, с токсическими, раздражающими и лекарственными веществами. Кроме того противопоказаны преподавательская деятельность, а также большинство профессий в текстильной, строительной, резинотехнической, нефтехимической, транспортной, энергетической, машиностроительной (в механических цехах) и в ряде других отраслях промышленности.

Рекомендуются следующие рабочие профессии и специальности: табельщик и другие счетно-канцелярские профессии, фотолаборант, приборист, гравер, оператор персональ-

ных компьютеров, художник, чертежник, ретушер, модельер одежды и обуви, швея-ручница легкого платья и легкой одежды, швея-мотористка (не на конвейере) индивидуального пошива белья и легкого платья, сапожник по индивидуальному пошиву и ремонту обуви, скорняк, вышивальщица, кружевница, упаковщик готовой продукции, контролер, часовщик-механик (индивидуальный ремонт часов), слесарь мелкой бытовой аппаратуры, мастер по ремонту и обслуживанию персональных компьютеров, online-продавец (продажа через интернет), механик по ремонту и техническому обслуживанию механизмов и оборудования почтовой связи, оператор связи, слесарь по ремонту любительской фото-киноаппаратуры, слесарь по ремонту бытовых швейных и трикотажных машин, печатник высокой печати, оператор электронных цветоделительных и корректирующих автоматов, печатник плоской печати (минитипографии), ювелир, пчеловод.

Специальности средних и высших учебных заведений: архитектура, плодОВОЩЕВОДСТВО и виноградарство, лесное хозяйство, озеленение населенных мест, экономика, бухгалтер, товароведение и организация торговли, финансы и кредит, статистика, организация механизированной обработки экономической информации, ряд специальностей университетов (славянские и романогерманские языки и литература, математика, механика, биология, физиология, ботаника и зоология, литературная работа, библиотековедение и библиография, книговедение, товароведение книжных товаров) и искусства (композиция, театроведение, графика, скульптура, художественное оформление, моделирование изделий текстильной и легкой промышленности, история и теория изобразительного искусства, интерьер и оборудование, промышленное искусство).

При эпилепсии со средней частотой припадков (1 раз в месяц) с умеренными изменениями личности рекомендуются следующие рабочие профессии: чертежник, чертежник-конструктор, оператор связи, online-продавец (продажа через интернет), слесарь по ремонту бытовой фото-киноаппаратуры, слесарь по ремонту бытовых швейных и трикотажных машин, мастер по ремонту часов, фотограф, кружевница, вышивальщица, пчеловод.

При эпилепсии с выраженными изменениями личности и снижением интеллекта обучение в средних и высших учебных заведениях не показано.

При умственной отсталости (неосложненная олигофрения в степени дебильности) не рекомендуется работа в неблагоприятных метеорологических условиях, с повышенным уровнем шума, вибрации, нервно-психическим напряжением, точные и ответственные работы, с нейротоксическими ядами и другими токсическими веществами, обучение в вузах и техникумах не показано. Профконсультация в этих случаях проводится совместно с психиатром.

Рекомендуются следующие рабочие профессии: прессовщик секций, катушек и изоляционных деталей электрических машин и аппаратов, намотчик катушек трансформаторов, намотчик катушек для электроприборов и аппаратуры, плетельщик мебели, сборщик плетеной мебели, плетельщик изделий из лозы, слесарь по ремонту тепловозов, электровозов, слесарь по ремонту грузовых вагонов, слесарь по ремонту дизельного и холодильного оборудования, рефрижераторных поездов, столяр по ремонту грузовых и пассажирских вагонов, основальщик валяной обуви, шорник, ковровщица, кружевница, вышивальщица, гладильщик белья, стиральщик белья, бондарь, садовник, рабочий городского озелени-

тельного хозяйства, рабочий по изготовлению коробок для тортов и т. д., швея по изготовлению рабочих рукавиц, швея по изготовлению простыней, полотенец, носовых платков, дворник.

При выраженном **логоневрозе необходимо учитывать** общее состояние обследуемого, наличие невротических расстройств, состояние и функцию вегетативной нервной системы (вазомоторные реакции кожи, выраженность потоотделения, тремор пальцев вытянутых рук, лабильность пульса, артериального давления), данные неврологического обследования, результаты ЭЭГ, осмотра глазного дна, рентгенографии черепа.

Не рекомендуется работы, связанные со значительным нервно-эмоциональным напряжением, при постоянном речевом контакте с людьми, с необходимостью часто и быстро подавать словесные сигналы, в условиях высокого производственного шума, конвейерного ритма труда, при повышенной опасности общего травматизма.

Рекомендуются следующие рабочие профессии: дизайнер компьютерного макетирования, токарь, фрезеровщик, оператор персональных компьютеров, мастер по ремонту и обслуживанию персональных компьютеров и ноутбуков, online-продавец (продажа через интернет), мастер по ремонту сотовых телефонов, web-мастер, слесарь-авторемонтник, слесарь строительных машин, слесарь-трубопроводчик, слесарь КИП и автоматики, электрослесарь-приборист, слесарь механосборочных работ, слесарь-электромонтажник, электрослесарь по ремонту бытовой техники, гравер, электромонтер, столяр, маляр (в помещениях), плиточник, лепщик, арматурщик, штукатур (в помещениях), слесарь-инструментальщик, механик по ремонту часов, аккумуляторщик, лаборант электротехнических приборов и систем, наборщик, брошюровщик, переплетчик, ретушер, ювелир, фотооператор, конфетчик, торговщик, пироженщик, кондитер, формовщик колбасных изделий, раскройщица и отделочница головных уборов, вышивальщица (на различных машинах), швея-мотористка (не на конвейере), наладчик швейных машин, некоторые специальности ремонта музыкальных инструментов, настройщик музыкальных инструментов и т. д.

Специальности средних и высших учебных заведений: экономика и бухгалтерский учет в аграрном хозяйстве и промышленности, агрономия, озеленение городов и населенных пунктов, электронная информационная защита, программирование, товароведение, библиотековедение, социология, рисование, художественная обработка дерева, тканей, корректирование книг и журналов, конструирование и моделирование одежды, некоторые специальности почтовой связи.

Заключение. Таким образом, одним из медико-социальных этапов реабилитации подростков с заболеваниями нервной системы является ВПК, позволяющая выбрать достойную профессию, способствующую улучшению качества их жизни и адаптации к современным социально-экономическим условиям.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ганузин В.М., Ганузина Г.С. Организация врачебной профессиональной консультации школьников с отклонениями в состоянии здоровья // Поликлиника. 2007. 1. С. 72-73.
2. Ганузин В.М., Голубятникова Е.В. Детская инвалидность, профилактика,

реабилитация и абилитация детей с ограниченными возможностями // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2017. 17(2). Приложение. С. 55-56.

3. Ганузин В.М., Черная Н.Л., Ганузина Г.С. Пути совершенствования системы врачебной профессиональной консультации подростков // Поликлиника. 2005. 1. С. 50-51.

4. Ганузин В. М., Черная Н. Л., Ганузина Г. С. Врачебная профессиональная консультация и профессиональный отбор школьников с хроническими заболеваниями и отклонениями в состоянии здоровья. Учебно-методическое пособие. Издание 2-е. Ярославль, 2012. 99 с.

5. Ганузин В.М. Черная Н.Л. Школа без педагогического насилия – необходимое условие сохранения здоровья обучающихся // Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. 2013. 2. С. 38-40.

6. Иванов В.Ю., Шубочкина Е.И., Чепрасов В.В. Медико-социальные аспекты профессиональной ориентации старшеклассников в современных условиях // Здоровье и образование в XXI веке. 2017. 19 (9). С. 97-99.

7. Маскова Г.С., Ганузин В.М. Врачебная профессиональная консультация подростков с артериальной гипертензией как фактор профилактики сердечно-сосудистых нарушений у взрослых // Практическая медицина. 2017. 111 (10). С. 67-70.

8. Приказ МТ и СЗ РФ от 1 февраля 2018 г. № 46 «Об утверждении методических рекомендаций для специалистов органов службы занятости населения по организации работы с инвалидами, в том числе по оценке значимости нарушенных функций организма инвалидов для выполнения трудовых функций».

9. Рапопорт И.К. Состояние здоровья школьников и проблемы выбора профессии // Гигиена и санитария. 2009. 2. С. 36-39.

10. Сухарева Л.М., Рапопорт И.К., Шубочкина Е.И. Федеральный протокол оказания первичной медико-санитарной помощи несовершеннолетним, обучающимся в образовательных организациях. Медицинское профессиональное консультирование и профессиональная ориентация обучающихся. ФПРОШУМЗ-5-2014. <https://www.dzhmao.ru/info/FilesDownload/84484.pdf> (дата обращения: 31. 12. 2018).

REFERENCES

1. Ganuzin V.M., Ganuzina G.S. Organizacija vrachebnoj professional'noj konsul'tacii shkol'nikov s otklonenijami v sostojanii zdorov'ja // Poliklinika. 2007. 1. S. 72-73.

2. Ganuzin V.M., Golubjatnikova E.V. Detskaja invalidnost', profilaktika, reabilitacija i abilitacija detej s ogranichennymi vozmozhnostjami // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. 2017. 17(2). Prilozhenie. S. 55-56.

3. Ganuzin V.M., Chernaja N.L., Ganuzina G.S. Puti sovershenstvovanija sistemy vrachebnoj professional'noj konsul'tacii podrostkov // Poliklinika. 2005. 1. S. 50-51.

4. Ganuzin V. M., Chernaja N. L., Ganuzina G. S. Vachebnaja professional'naja konsul'tacija i professional'nyj otbor shkol'nikov s hronicheskimi zabolevanijami i otklonenijami v sostojanii zdorov'ja. Uchebno-metodicheskoe posobie. Izdanie 2-e. Jaroslavl', 2012. 99 s.

5. Ganuzin V.M. Chernaja N.L. Shkola bez pedagogicheskogo nasilija – neobhodimoe uslovie sohraneniya zdorov'ja obuchajushhihsja // Voprosy shkol'noj i universitetskoj mediciny i zdorov'ja. 2013. 2. S. 38-40.

6. Ivanov V.Ju., Shubochkina E.I., Cheprasov V.V. Mediko-social'nye aspekty professional'noj orientacii starsheklassnikov v sovremennyh uslovijah // Zdorov'e i obrazovanie v XXI veke. 2017. 19 (9). S. 97-99.

7. Maskova G.S., Ganuzin V.M. Vrachebnaja professional'naja konsul'tacija podrostkov s arterial'noj gipertenziej kak faktor profilaktiki serdečno-sosudistyh narushenij u vzroslyh // Prakticheskaja medicina. 2017. 111 (10). S. 67-70.

8. Prikaz MT i SZ RF ot 1 fevralja 2018 g. № 46 «Ob utverzhdenii metodicheskikh rekomendacij dlja specialistov organov sluzhby zanjatosti naselenija po organizacii raboty s invalidami, v tom chisle po ocenke znachimosti narushennyh funkcij organizma invalidadlja vypolnenija trudovyh funkcij».

9. Rapoport I.K. Sostojanie zdorov'ja shkol'nikov i problemy vybora professii // Gigiena i sanitarija. 2009. 2. S. 36-39.

10. Suhareva L.M., Rapoport I.K., Shubochkina E.I. Federal'nyj protokol okazaniya pervichnoj mediko-sanitarnoj pomoshhi nesovershennoletnim, obuchajushhimsja v obrazovatel'nyh organizacijah. Medicinskoe professional'noe konsul'tirovanie i professional'naja orientacija obuchajushhihsja. FPROShUMZ-5-2014.

<https://www.dzhmao.ru/info/FilesDownload/84484.pdf> (data obrashhenija: 31. 12. 2018).

V.M. Ganuzin, N.L. Chernaya

MEDICAL PROFESSIONAL ADVICE OF ADOLESCENTS AT SOME DISEASES OF THE NERVOUS SYSTEM

Yaroslavl State Medical University (Yaroslavl).

Summary. The article is devoted to the medical and social adaptation of adolescents with disabilities. The authors present their own experience in exploring the possibility of choosing a profession and an educational institution for 57 adolescents with nervous system disorders during a professional medical consultation in a children's clinic. An analysis of the list of occupations and working conditions recommended for patients with epilepsy, logoneurosis and debility is given.

Keywords: medical professional consultation, adolescents, diseases of the nervous system, professions.

Ю.С. Шевченко, А.В. Горюнова, С.В. Бугрий
**ЭВОЛЮЦИОННЫЙ ПАТОМОРФОЗ ПСИХИЧЕСКОГО
ОНТОГЕНЕЗА. ЧАСТЬ II (ЭССЕ)**

**Кафедра детской психиатрии и психотерапии ФГБОУ ДПО РМАНПО
(Москва).**

Резюме. На модели расстройств аутистического спектра, половой дисфории, нервной анорексии обсуждается эволюционный смысл нарастания этих и прочих вариантов дизонтогенетических расстройств психики и их связь с глобальными экологическими и макросоциальными процессами. Анализируются генетические и эпигенетические механизмы биологической и культурной эволюции человеческого вида и возможность рассмотрения указанных популяционных фенотипических тенденций в качестве форм эволюционной преадаптации. Ставится вопрос о выборе профессиональной и гражданской позиции человека в эпоху антропоцена и постмодерна.

Ключевые слова: расстройства аутистического спектра, генетика, эпигенетика, онтогенез, биологическая эволюция, антропоцен, постмодерн.

Четвертое положение – постмодерн – незавершенный исторический период с момента начала размывания основ индустриального общества

Антропогенное содержание этого периода представлено «постмодернизмом», выступающим как социологическая, историко-философская концепция восприятия мира в эпоху постиндустриализма (актуализация которой фактически совпадает с манифестацией эры антропоцена), опирающаяся на недоверие к традиционным реалистическим концепциям, к истинности отражения реальности человеческими органами чувств [43]. Обращаясь к макросоциальным источникам психического дизонтогенеза, мы солидаризируемся с той точкой зрения, что: «Современная социальная «экология человека» существует как динамическая и диалогическая реальность и проявляет себя как творящий процесс, для которого «здоровье» и оказывается его медико-биологической, медико-психологической и медико-социальной ценностью» [7, с. 18]. В указанном социально-экологическом значении постмодернизм выступает далеко не в качестве саногенного макрофактора.

Понятие «постмодернизм» (или «постмодерн») обозначает ситуацию в культурном и общественном самосознании стран Запада, сложившуюся во второй половине XX столетия. Дословно этот термин означает «послесовременность» (или «постсовременность»). Как специфическое явление в истории и социологии, зародившееся в период Первой мировой войны, постмодернизм пришел на смену европейскому Новому времени, одной из характерных черт которого была вера в прогресс и всемогущество разума [84]. Понимание постмодернизма разработали французские философы-постструктуралисты: М. Фуко [80], Ж. Деррида [23], Ж. Бодрийяр [6], опираясь на концепцию о преобладании «страха и трепета» в менталитете жителя постиндустриальной цивилизации. В интересующем нас контексте постмодернизм – общий культурный знаменатель второй половины XX века, уникальный период, в основе которого лежит спе-

цифическая парадигмальная установка на восприятие мира в качестве хаоса – «постмодернистская чувствительность» [43]. Эпоха постмодерна редуцировала дисциплинирующее влияние предыдущей культуры, в которой мы так нуждаемся в силу особой чувствительности к экстатическим состояниям, трансу и бреду [102], то есть открыла путь к активной психопатологизации обыденной жизни [3,22].

Основными векторами развития общественной жизни в период постиндустриализма являются следующие.

1. **Агностицизм**, низводящий «истину» до уровня лингвистического феномена, а всю сферу знаний представляющий в качестве языковых игр, а не отражения реальности. Вся западная «логоцентрическая традиция», включая такие понятия, как прогресс, объективность, смысл, порядок, творчество, справедливое общество и т. д., объявляется совокупностью идеологем и мифов. Весь мир, сами люди с их представлением о себе являют собой лишь тексты, сложные семиотические системы [23]. Религии же и повествования о Боге в эпоху постмодерна упрощаются до специфических текстов, ориентированных на контроль за человеком, не способным к автономному существованию в качестве суверенного индивида.

Частным примером воинствующего агностицизма является антипсихиатрия, активизировавшаяся с середины прошлого века. Духовно нездоровое общество (подобно пьянице, перерождающемуся в алкоголика) отвергает в принципе наличие психической патологии, утверждая тем самым, что оно нормально и, стало быть, не может порождать психиатрическую симптоматику. При этом фанатизм радикальных представителей антипсихиатрии невольно наводит на мысль, что как раз они-то и нуждаются в срочной помощи психиатра. В дестигматизации нуждается как раз сама психиатрия, а не пациенты, обращающиеся за ее помощью. Как ответ на разрушительное влияние постмодерна прогрессивная психотерапия изменила свою парадигму и превратилась из биопсихосоциальной в биопсихосоциально-духовную [46].

2. **Прагматизм**, провозглашающий в качестве критерия интеллекта успех, выражающийся в современном капиталистическом мире в виде богатства. (Во времена «перестройки» крылатым выражением в России было: «Если ты такой умный, почему ты такой бедный?») И мало кому из растерянных представителей эпохи модерна приходил в голову ответ: «Потому, что не такой наглый»).

Впрочем, меркантильному житейскому прагматизму может мешать не только этическое, но и творческое начало в человеке. В публикации на сайте Ethology.ru от 2018-07-14 представлено сообщение о том, что немецкие ученые из Геттингенского медицинского центра выяснили, что особенности мозга мешают творческим людям зарабатывать большие деньги. В эксперименте участвовали 24 добровольца, которых разделили на две группы: в первой были художники, фотографы, скульпторы, музыканты и актеры, во второй — страховые агенты, администраторы, инженеры и представители других «не креативных» профессий. Каждому участнику показывали несколько изображений, на которых нужно было найти определенные цвета и нажать на кнопку. За зеленый цвет участникам давали 30 евро, а за другие ничего. В процессе тестирования мозг участников сканировали при помощи аппарата МРТ. Когда творческие люди находили «денежный» цвет, их мозг показывал очень слабую активность в области полосатого тела — участке, который отвечает за реакцию на возна-

граждение. Зато, когда художники находили цвета, но не получали за это деньги, повышенная активность наблюдалась в передней префронтальной коре, которая отвечает за выработку дофамина, влияющего на чувство удовлетворения. Исследователи заключили, что мозг творческих людей проявляет интерес только к самому процессу, не беря в расчет материальное вознаграждение. Кроме того, «художники» могут работать гораздо лучше, когда знают, что не получают за это деньги. Исследование научно объективно подтверждает известную истину, говорящую о том, что «продажное искусство» редко бывает по-настоящему творческим, а сам процесс творчества безусловно несет в себе гедонистический и психотерапевтический эффекты [93].

На смену господствовавшим в традиционном и индустриальном обществе идеологиям, объединявшим людей на основе таких метанарративов, как платонизм, христианство, просвещение, либерализм, коммунизм и пр., задававшим им великие отдаленные цели и вдохновлявшим на «большие проекты», пришло раздробление «великих историй» и появление множества более простых, мелких, локальных «историй-рассказов», жизнь «сегодняшним днем» [3, 43]. Переосмысление концепций прошлого и возможностей познания привело к тому, что недоверие к метарассказам, воспринимаемым как подавление мышления и легитимизация власти, вошло в плоть новой картины мира, характерной для «общества потребления» [6].

В качестве антагонистического варианта постмодернистского прагматизма М. Foucault [80] выдвигает концепцию более высокофункциональной «заботы о себе» или «самоспасения» как способа самореализации человека в условиях тотального диктата и отчуждения. Z. Bauman [3] трактует постмодернизм как итог политики и идеологии неоконсерватизма, для которого характерны эстетический эклектизм, фетишизация предметов потребления и другие отличительные черты постиндустриального общества.

В период постмодернизма отношение к феномену адекватности кардинально поменялось. Если ранее под адекватностью понималось соответствие требованиям ситуации и ожиданиям людей, соблюдение норм приличия, то в постмодернистском обществе главенствующим стал принцип «на Ваше усмотрение». К важным характеристикам постмодернистского общества относят плюрализм мнений, вариативность адекватного поведения и толерантность к неопределенности [50].

В психиатрии наглядным примером доминирующего прагматизма являются действующая и готовящаяся «Международные классификации психических и поведенческих расстройств», вытеснившие пусть пока не совершенные, но перспективные нозоцентрически ориентированные этиопатогенетические подходы в угоду сиюминутному «успеху» статистических номинаций, не имеющих единого принципа группировки [37, 50, 101, 119].

3. Эклектизм, отрицающий ориентирующую роль «вечных ценностей» и норм, провозглашающий великие завоевания культуры тоталитарными и параноидальными идефиксами, препятствующими творческой реализации, и декларирующий в качестве идеала «хаосмос» – первоначальное состояние неупорядоченности, гарантирующее материализацию нескованных возможностей [22].

Наиболее приемлемой формой реализации этого вектора представляется коллаж, хаотическая мозаика, клиповое отражение действительности, а критерием его успешности – попадание в музейную коллекцию, на популярный сайт

или модное шоу [70]. При этом шизотипическая самореализация и утрата дифференциации между знаком и объектом сосуществует с параноидальной зависимостью от неконтролируемых последствий научно-технического прогресса. Подлинная реальность заменяется виртуальным мировосприятием, формируемым средствами массовой информации, произвольно конструирующими смысл тех или иных событий, в котором личность постепенно теряет свою уникальность, «свое лицо», становясь объектом среди объектов, унифицированным элементом бессмысленного калейдоскопа масок. И только внешние силы, мировые катастрофы способны «образумить» человека и наставить цивилизацию на путь истинный [6].

Применительно к психиатрии это проявляется в непреодолимости ее параллельного существования с другими научно-организационными институтами, имеющими непосредственное отношение к психическому здоровью (прежде всего с психологией, социологией, педагогикой), вопреки всем официальным призывам к их консолидации и практическим попыткам реализовать оную.

4. **Анархо-демократизм**, превращающий любую организацию (будь то профсоюзное объединение, партия, Олимпийский комитет, ООН или иная общественная ассоциация), лишенную нравственных ориентиров в виде таких понятий, как «справедливость» или «правота», утративших свое априорное значение, в «коллективную вольницу», зомбированную лозунгами о свободе, равноправии и одновременно полностью контролируемую глобальной административной сетью.

С другой стороны, альтернатива для свободно мыслящей личности в виде ухода из навязываемой массовой культурой китчево-маргинальной идеологии в виртуальную реальность компьютерных коммуникаций создает лишь иллюзию независимости. На самом же деле это та же глобально моделируемая форма существования [3]. Применительно к сегодняшней Европе (и России, которая в XX веке в какой-то степени было микрокосмом развития Европы) можно говорить о тоталитарной демократии.

В Античности родилась максима (высший принцип): раб, копающий яму, — дешев; раб, умеющий строить корабль, — дорог; раб, осознающий факт своего рабства, — опасен. Для современной тоталитарной демократии высоко- и даже низко-функциональный аутист, а также любой человек с той или иной душевной аномалией гораздо предпочтительнее, чем психически здоровый, личностно зрелый и критически мыслящий гражданин. Один из путей решения данной проблемы — размывание границ между нормой и патологией. Как писал Булат Окуджава: «И умным кричат – Дураки, Дураки... А вот дураки незаметны».

А. Негри и М. Хардт [53] предупреждают, что мы находимся на пороге создания глобальной империи, в которой внешне все выглядит очень демократично, но при этом манипуляция настолько высока, что это будет гораздо тоталитарнее самого жесткого тоталитаризма. И мы сейчас наблюдаем, когда в обществах, традиционно считающих себя демократическими, внешне вроде бы свобода и демократия, но доминирует одно мнение, не допускаются другие точки зрения. Подобно тому, как каждый подросток утверждает свою независимость от внешних влияний, но все они носят одинаковые драные джинсы. С середины XX века ускоряющееся влияние телевидения, компьютеризации, электронных сетей, виртуальных связей и глобальных технологий на все население планеты стало столь мощным, что способно качественно изменять экологию

души современников и порождать эпигенетические изменения в функционировании их мозга.

Психиатрической иллюстрацией данного вектора постмодерна является все усиливающееся административное навязывание «стандартов» лечения больных, разрабатываемых ведущими специалистами, но окончательно рецензируемых министерскими экономистами, превращающими данные документы из методических рекомендаций, направленных на максимальную помощь пациентам, в руководства по минимизации затрат на них. Помимо этого, стремление современной психиатрии к «доказательности», протоколам и стандартам сопряжено с проблемой, отсутствующей у других медицинских дисциплин. Она связана с тем, что психиатрия тесно связана с процессом развития культуры и является поэтому настолько же естественной, насколько гуманитарной наукой [69].

Иллюстрацией последнего является то, что поддерживаемая средствами массовой информации экспансия ранее однозначно аномальных феноменов сопровождается их «психиатрической либерализацией». Так, уже в 1990 г. ВОЗ заявляла, что нетрадиционная «сексуальная ориентация сама по себе не должна рассматриваться как расстройство». В 2012 г. DSM-5, разработанная Американской психиатрической ассоциацией, удалила рубрику «гендерное расстройство личности» и вместо этого начала использовать термин «гендерная дисфория». В подготовленной МКБ-11 термин «гендерное несоответствие» (гендерная идентичность не совпадает с половой) решено перенести из главы о психических расстройствах в главу о сексуальном здоровье. Это изменение будет представлено на Всемирной ассамблее здравоохранения – законодательном органе ВОЗ – в 2019 г. и вступит в силу 1 января 2022 г., если получит одобрение от государств-членов ВОЗ. Чем не олицетворение всех представленных выше векторов постмодерна в психиатрии?! В то же время, как отмечают специалисты, углубленно занимающиеся данной проблемой, выраженная тенденция к депатологизации половой дисфории приводит к ухудшению качества оказания медицинской помощи таким лицам как в диагностическом, так и в лечебно-реабилитационном плане [9, 49, 54].

Представленная выше предупредительная концепция А. Негри и М. Хардт [53], акцентирующая внимание на том, что постиндустриальная цивилизация и жизнь на грани агностицизма и прагматизма, эклектизма и тоталитаризма угрожают судьбе человечества, породила альтернативные попытки преодоления постмодернистского настоящего устремленной в будущее концепцией неопостмодерна как позитивного регресса к неоромантизму с его виртуализацией реальности и отказом от биологических детерминант в угоду гиперреальности [117].

Всестороннему анализу влияния постмодернизма на психическое здоровье и психиатрию была посвящена научная конференция в Казани (2016). Ее материалы опубликованы в «Неврологическом вестнике» (2016, вып. 4). В эпоху постмодернизма шизофрении (названной болезнью XX века) не стало больше, но произошел «шизофренический дискурс», проявляющийся в способе и стиле коммуникации, в снятии распространенной в классический период античности антитезы патологического и эстетического, что соответствует самой сути XX века. Шизотипическое мировосприятие признается практически синонимом постмодернистской картины мира. Представляется, что система семантики шизотипии и шизофрении имеет некие адаптивные преимущества, востребованные именно сегодня. «Расщепленность мышления, амбивалентность и амбигуэнтность, конспироло-

гический бред, холодная отчужденность и аутистическое погружение стали нормой психики современного человека цивилизованного мира. Этим чертам жестко противостоит только религиозный фундаментализм» [70, с. 77]. В современной культуре утверждается принципиальная равнозначность мира реального и мира виртуального/вымышленного, относительный характер любой истины, зависящей лишь от позиции наблюдателя. Роль стереотипии как характерного признака патологического творчества (известно, что мантральность имеет транквилизирующий эффект) с позиций серийного, стандартного мышления обесценивается вместе с самой дихотомией психической нормы и патологии.

Диалектическая взаимосвязь истории человечества и биологии головного мозга человека позволяет не только глубже понять, но и острее почувствовать прямую, непосредственную, жизненную зависимость церебрального и психического фундамента сознания, поведения индивида и социума от глобального, всепроникающего общественного бытия и присущих ему типов культуры. Диспропорции между динамикой разума, быстро приспосабливающегося к увеличению скорости изменений, и динамикой коллективного бессознательного, которое, как известно, весьма инертно, могут стать латентной причиной стрессов, отражающихся на психическом здоровье населения и нуждающихся в столь же базальной (природно-психической) альтернативе [1]. Культура постмодернизма охотно прибегает к «шизофренической мозаике» в поисках защиты от связанных с эпохой чрезмерных потрясений [70]. В этом контексте аутистический фенотип может рассматриваться как адаптивная форма защиты генофонда от эпигенетической агрессии современной цивилизации – зачем терять время и силы на прижизненную схизо-френизацию и аутизацию, если можно уже родиться в таком виде, к какому они приводят. Иными словами, если шизофренизация жизни есть защита от потрясений, порождаемых цивилизацией, то ранний детский аутизм – дизонтогенетическая профилактика этих потрясений. Филогенетическая аналогия – если самка ящерицы в период беременности регулярно сталкивается с запахом змей, рожденное потомство имеет большую массу, необычно длинные когти и очень чувствительно к запаху змей [111]. Данный пример свидетельствует о реальности эволюционной преадаптации, проявляющейся у людей в том, что мать, подверженная культуральной шизофренизации, характерной для эпохи постмодерна, рождает ребенка с аутистическим фенотипом. Эволюционным «материнским эффектом» фенотипической передачи негенетического типа в перинатальном периоде (как экологически, так и социально обусловленным) посвящен объемный обзор литературы, опубликованный в двух номерах журнала «Вопросы психического здоровья детей и подростков» [62, 63].

Экстраполируя приведенную выше метафору в ближайшее будущее, болезнью XXI века можно назвать расстройства аутистического спектра, являющиеся эволюционной преадаптацией к надвигающемуся миру биороботизации, унисексуальности, геной инженерии, компьютерного общения, виртуализированных войн и техногенной зависимости, когда на смену аутизму процессуальному приходит аутизм врожденный, обусловленный тем, что культурная эволюция (с ее мемными мутациями, доходящими до «горя от ума») приводит к активизации ранее «спавших» генов и направляет ход эволюции биологической. Напрашивается стихотворный афоризм: «С эволюцией суровый у культуры разговор – занял место полового неестественный отбор».

Родители нынешних малышей еще гуляли во дворах, играя в подвижные

игры и непосредственно общаясь со сверстниками, читали детские книжки, написанные писателями предыдущих поколений, слушали народные сказки, воспитывались в традиционном подчинении старшим, не утратившим дифференциацию между хорошим и плохим, красивым и безобразным, дозволенным и запрещенным, правильным и неправильным, истинным и ложным, нормальным и ненормальным. Они еще предпочитают реальный мир миру телевидения и компьютеров. Им не придет в голову с гордым вызовом сказать про себя, что они такие умные «не в папу, а в смартфон», хотя эту фразу для популярного рекламного ролика придумал именно их сверстник – представитель второго поколения антропоцена. Они еще сохраняют образцы мировоззрения, мышления, эмоционального реагирования и поведения, противостоящие шизофреногенному влиянию постмодерна, хотя и не столь болезненно, как их собственные родители воспринимают его. Они наследовали еще нормальную генетическую программу от своих родителей, родившихся на стыке геологических эпох (хотя эпигенетические влияния те уже испытывали). Их мозг для своего нормального развития еще не нуждался в сенсорных комнатах, нейропсихологической коррекции и приеме ноотропов, а личность для своей социализации – в специальных группах общения. Но их дети – это уже третье поколение антропоцена и постмодерна!!!

Гипотеза. К биологическим причинам отклонений индивидуального развития традиционно относят такие, как инфекции, травмы, интоксикации, генетические аномалии, токсикоз матери во время беременности и другие факторы, участвующие в становлении индивидуальной конституции. Среди социально-психологических причин дизонтогенеза, как правило, называют: неправильное воспитание, психотравмирующие ситуации, острые и подострые психические травмы, эмоциональную депривацию и пр. При этом априори макробиологические и макросоциальные условия жизни подразумеваются в качестве привычно стабильных нормативов для предшествующих и будущих поколений, а благоприобретенные признаки дизонтогенеза рассматриваются как не передающиеся по наследству. Сами по себе экзогенно-органические и психогенные влияния, выступающие в роли локальных, ситуационных и субъективно значимых микрофакторов, не способны привести к глобальному росту депрессивной, дизонтогенетической и иной психической патологии и определить ее вектор.

Однако из приведенного выше следует, что если научно-техническая эволюция в эру антропоцена качественно изменила экологию земли и биологические условия жизни человека, то культурная эволюция в эпоху постмодерна столь же радикально воздействует на «экологию души» как минимум на протяжении трех поколений. И тот и другой макрофактор, несомненно, влияет как на непосредственное здоровье, так и на эволюцию самого человека, порождая адаптационные механизмы, способные изменить нормативы его биопсихосоциального функционирования (качественно меняя нейрофизиологическую организацию мозга, конституционально-психологическую сущность и личностно-мировоззренческую надстройку индивидуальности). Более того, компенсаторные новообразования, оказывается, способны закрепиться в наследственных детерминантах филогенеза вида *Homo sapiens*. Материнский организм, подвергаясь неблагоприятному воздействию, передает пренеиту (нерожденному ребенку) сигнал, который путем модификации ДНК и/или РНК, и/или гистонов изменяет его фенотип.

К сожалению, традиционной психиатрией обычно не рассматриваются вопросы формирования сознания у пренейта. Однако есть основание предполагать, что на протяжении девяти месяцев беременности мать транслирует будущему ребенку свои мысли, эмоции, поступки, обогащая или, наоборот, искажая его развитие, рождая сознание, которое будет любить мир и творчески его преобразовывать или бояться, нападать и убегать [2].

Биологические и социально-психологические факторы тесно связаны между собой. Как писали И.В. Давыдовский и А.В. Снежневский, «...социальные факторы... не действуют на человека непосредственно, а всегда так или иначе преломляясь в природных факторах, в биологической основе человека» [20, с.7]. Таким образом, постмодерн так же, как и антропоцен, можно отнести к глобальным факторам эпигенетического влияния на психическое здоровье человека. Более того, культурная и социальная эволюции (порождая научно-техническую революцию) способны не только нивелировать проявления биологического несовершенства человека, но и использовать «вчерашнюю» патологию для успешного создания ими же моделируемого «завтрашнего» человека.

Нам представляется, что накопление компенсирующих эпигенетических сдвигов и культурально-личностных диспозиций способно привести к переходу количества в качество и изменить динамические показатели нормального индивидуально-психического и психологического развития. Вместе с тем при изначальном энергетическом дефиците, порождаемом нарушенной средой обитания, удобнее быть аутистом, а схизисное, оторванное от эволюционно-биологических детерминант миропредъявление, расщепляющее традиционное сознание, самосознание и поведение (индивидуальное, репродуктивное, социальное), в эпоху постмодерна вполне в состоянии стать обыденным. В конечном итоге измененная экология (природная и социальная) порождает эволюционные преадаптации, способные в будущем сделаться нормой здоровья (с поведением, адекватным, критичным и продуктивным по отношению к новым условиям жизни). В этом смысле эпигенетические влияния антропоцена с его эколого-биологической (энцефалопатической) и социокультуральной (постмодернистски-шизотипической) составляющей структурировали, на наш взгляд, фенотипические модели, представляющие собой современные адаптивные варианты эволюционирования человеческого вида.

На уровне человеческого вида нарастание расстройств аутистического спектра может быть объяснено механизмами филогенетической эволюции эпохи антропоцена, породившей уже третье поколение людей, испытывающих доминирующее влияние культурогенеза на свои адаптивные механизмы. Внуки людей, родившихся в середине XX века, уже не испытывают адаптационных проблем наследников голоцена, они полностью (или почти полностью) являются представителями новой геологической эпохи. Эффект третьего поколения исследован на психобиологической модели переселенцев на Север [15], он известен в историогенезе («хомо-советикус»), а также отражен в фольклоре: «Чтобы воспитать леди, надо начинать с бабушки».

Эволюция вида использует как селективные (наиболее эффективные при устойчивых экологических условиях), так и мутационные пути адаптации. Последние могут оказаться предпочтительнее при радикальных изменениях условий жизни, когда до того ущербные и даже патологические носители генофонда оказываются наиболее приспособленными к новым условиям жизни [24, 68]. Если

прародители сегодняшних детей активно обменивались письмами (порой представлявшими собой шедевры эпистолярного творчества), а родители предпочитали непосредственное личное общение, то подрастающее поколение сплошь и рядом вполне обходится виртуальным взаимодействием, вплоть до «любви по интернету», что позволяет существенно экономить дефицитную психическую энергию и эффективно управлять сенсорным, эмоциональным и информационным потоками, обеспечивающими «радость существования». Более того, если современные подростки в своих субкультурах заменяют традиционные модули инициации игровым перевоплощением в киборгов и андроидов, что символизирует «возрождение» в образе постбиологического сверхчеловека [90], то дети-аутисты уже рождаются готовыми к биоинженерной и психотехнологической модификации. Эволюционный закон экономии энергии как бы диктует: «Зачем в процессе жизни адаптироваться к шизофренизирующим социально-культурным условиям эпохи постмодерна и набирать вторично-дизонтогенетическую адаптацию в форме нажитого аутизма, если можно сразу родиться фенотипическим аутистом!?» Тем более, что одновременно с этим антропоцен стирает границы между биологической нормой и патологией (токсикоз беременности, перинатальная энцефалопатия, минимальная мозговая дисфункция, вегетативно-сосудистая дистония стали настолько распространенным и обыденным явлением, что скорее их отсутствие воспринимается как казуистика). С другой стороны, он же предлагает такие технологии генной инженерии, создания биороботов искусственного осеменения и выращивания «пробирочных» детей, компьютеризации, виртуальных коммуникаций и пр., для которых прежняя «машина выживания эгоистичных генов» (по R. Dawkins) не только уже не нужна, но и не совершенна (поскольку несет в себе издержки голоцена, филогенеза и традиционной культуры). В качестве эволюционной преадаптации более перспективными представляются такие модели, как аутисты, бисексуалы, компьютероманы, а также их миксты. Образно говоря, дети-носители аутистического фенотипа, наряду с другими преадаптивными моделями представляют собой «стволовые клетки» биологической эволюции эпохи антропоцена и постмодерна. При этом третье поколение представителей новой эпохи (как и третье поколение переселенцев, по своей биологической адаптированности приближающееся к потомкам аборигенов) уже не испытывает дискомфорт в отношении среды, воспринимавшейся как чуждая и агрессивная предыдущими поколениями.

В нарастании раннего детского аутизма реализуется адаптационная стратегия сохранения эгоистичного гена в условиях культурной эволюции, направляемой его машинами выживания, возмнившими себя первичной единицей эволюции биологической и заботящимися о лучших условиях собственного существования (в том числе в ущерб репродукции). В.А. Дубынин [27] утверждает: «С точки зрения ДНК, каждое новое поколение организмов - это новая серия упаковок. Желательно, чтобы эта емкость для ДНК становилась все более совершенной или, по крайней мере, адаптированной к окружающей среде. Мир меняется, и организмы тоже должны меняться, поэтому нужно создавать все новые и новые версии». Стратегия эгоистичного гена предполагает «смену носителя» либо его качественное изменение, гарантирующее репликацию генофонда. Следующая вероятная эволюционная модель «упаковки» или «машины выживания» человеческого генома, идущая за преадаптационной моделью в форме раннего детского аутизма, – биороботы, способные создать собственную цивилизацию умных и

безэмоциональных аутистов, свободную от институтов семьи и брака и даже от необходимости сохранения бинарной гендерной оппозиции.

Возвращаясь к эволюционно-биологической концепции Г.Е. Сухаревой [77] и перенося ее на общепопуляционный уровень, можно констатировать, что при нарастающем неблагополучии окружающей среды реализуются следующие процессы: а) симптомы «ущерба» проявляются в ухудшении человеческого генофонда и в массовом увеличении распространенности минимальной (резидуально-органической) церебральной недостаточности; б) симптомы «компенсации» проявляются в адаптивном изменении поведенческого фенотипа последующих поколений; в) антропогенные детерминанты изменений биопсихосоциальных «машин выживания эгоистичных генов» обуславливают увеличение распространенности расстройств аутистического спектра и других моделей эволюционных преадаптаций; г) компенсаторно-приспособительный эффект этих моделей обеспечивается экономией психической энергии и снижением чувствительности к неблагоприятным экологическим и культуральным влияниям; д) внукам технической революции и шизотипизирующей эпохи постмодерна не придется прилагать усилий для компенсации нежелательных генетических и эпигенетических изменений и минимальной мозговой дисфункции – это возьмут на себя геновая инженерия и биотехнологии, им не придется проходить через психоз, расщепляющий интеллект, сглаживающий эмоции, ослабляющий волю и обедняющий побуждения ради того, чтобы ущербно компенсироваться за счет шизофренического аутизма, – они будут сразу же рождаться аутистами. Научно-культурные возможности эры антропоцена обеспечат их выживание и размножение, а также позволят решать задачи встраивания этих «стволовых клеток» будущей цивилизации в функциональные структуры будущего общества «сверхлюдей» и биороботов.

Сегодняшнее поколение аутистов – это патологическая преадаптация к нынешним и грядущим порождениям культурной эволюции и одновременно сигнал для цивилизации о том, куда ведет эпоха постмодерна. Другой преадаптивной моделью является, по нашему мнению, «сектомания» – как извращенный духовный антипод компьютеризированному аутизму. Последнюю вершину троичной оппозиции перспективных моделей индивидуального, социального и репродуктивного поведения в контексте эволюционной преадаптации составляют трансгендеры (и примыкающие к ним лица с расстройством пищевого поведения), также представляющие собой рабочую модель будущей цивилизации биороботов (киборгов, андроидов и смешанных вариантов), составляющих общество убежденных в собственной свободе унифицированных индивидов, искусно организуемых, контролируемых и управляемых умными и эмоционально холодными «высокофункциональными» аутистами [70,71].

Экология души (связанная с нейропластичностью, то есть способностью нейронов и нейронных сетей в мозге изменять связи и поведение в ответ на новую информацию, сенсорное стимулирование и другой опыт, приобретаемый уже перинатально) с этого же времени стала определяться социокультуральным влиянием постмодерна, оснащенного постиндустриальными средствами массовой информации и глобальных психотехнологий, расщепляющего («шизофренизирующего») традиционное мировосприятие за счет агностицизма, прагматизма, эклектизма и анархо-демократизма. Необходимость выживания человеческого вида, для которого прежняя «машина выживания» «эгоистичного гена»

и биологически, и социально, и культурально стала несовершенной в новых условиях, породила эпигенетические механизмы эволюционной преадаптации, использующие, в числе прочих, патологические (для прежних условий) фенотипические модели. В числе последних – расстройства аутистического спектра, синдрома дефицита внимания с гиперактивностью, расстройства пищевого поведения, синдром отвергания пола и пр. Совпавшее по времени влияние антропоцена и постмодерна с его энцефалопатизирующей экологией, ухудшающим генофонд интеллектуальным воздействием на естественный отбор, парадоксально-расщепляющим мировоззрением, автономно-виртуальной сверхкоммуникабельностью, тотально контролируемым индивидуализмом, пассивно-потребительским прагматизмом, выученной беспомощностью и ее депрессивно-соматоформными производными, гендерной унифицированностью, вне-традиционной культурой, антипсихиатрической толерантностью активизировало эволюцию человека по патологическому каналу [24, 71], что и расширило фенотипическую представленность различных аномальных состояний, в том числе и расстройств аутистического спектра, в качестве преадаптивных моделей.

При этом уровень человеческих возможностей способен снять эффект вырождения, действовавший до сих пор в отношении шизофренических семей. И если «пожертвовать» нынешним поколением аутистов и ограничиться созданием для них социальной ниши, в которой они созреют, то не исключено, что их дети станут вполне адаптированными к грядущему (современному для них) постбиологическому, «сверхчеловеческому» миру трансформеров, киборгов и андроидов, свободных от филогенетических «издержек» предыдущих поколений. К эволюционной преадаптации, вероятно, можно отнести также лиц, страдающих интернет-зависимостью. И им не обязательно становиться половозрелыми мужчинами и женщинами, чтобы непосредственно тиражировать свои гены, воспитывать детей, участвовать в социальных и культурных процессах.

Альтернатива такому будущему – традиционные незападные цивилизации, не подверженные культуре постмодерна и компенсирующие влияния ухудшающейся экологии за счет количества рождающихся детей, а также сохраняющихся механизмов естественного отбора. Безусловно, имеют место и иные, в том числе противоположно направленные, пути человеческой эволюции – как стихийно-исторические, так и сознательно-цивилизованные (восстановление экологии, отказ от генно-модифицированных продуктов, фундаментализм, тоталитаризм, позитивный регресс). Носители расстройств аутистического спектра, трансгендеры, интернет-зависимые и кибер-люди, как представители патологического канала эволюционного процесса, будучи его преадаптивными моделями, альтруистически (в ущерб собственному статусу) сигнализируют ныне живущему человечеству о перспективах антропогенного изменения экологии, о том, что они сами или их потомки, не сделавшиеся аутистами, цивилизованными гермафродитами, живыми компьютерами, окажутся не приспособленными к тем условиям жизни, которые сейчас создаются при их участии или молчаливом согласии (узаконивание третьего пола, антипсихиатрия, псевдомемократическая толерантность, ювенальная юстиция, отказ от культурных традиций, оголтело воинствующий либерализм и т. п.).

Сама эра антропоцена ставит альтернативу, чем будет определяться конечный выбор – юно-мичуринским «горем от ума» (чреватом тем, что люди по собственной вине случайно вымрут, прихватив с собой большую часть биосфе-

ры, а тараканы останутся благодаря своей неприхотливости, всеядности и плодovitости) или естественнонаучным экологическим мышлением. На то мы и дважды sapiens, чтобы решать, сохранять ли себя как homo. Согласно R. Dawkins [25], тела не воспроизводятся, а специально выращиваются. А самовоспроизводятся гены. Тела – это эволюционные устройства для производства генов, а не наоборот. Отсюда следует, что изменяющиеся условия жизни заставляют гены изменять свои «машины выживания». И если культурная эволюция делает условия жизни ненормальными, то и для выживания и передачи генов выбираются модели, считавшиеся ранее патологическими. «У человека могла выработаться способность выключать свои эволюционно сложившиеся модели поведения – но только если это могло принести какую-то пользу генам. Поэтому даже «освобождение от эволюции», которого, как мы наивно полагаем, мы достигли, само по себе могло выработаться лишь постольку, поскольку помогало репликации генов» (с. 21).

Существуют два принципиальных ответа на альтруистическое послание носителей эволюционных преадаптаций, сигнализирующих об угрозах, порождаемых западной цивилизацией. Первый ответ – отнестись к нынешней патологии как к будущей норме (по аналогии с минимальной мозговой дисфункцией, вялотекущей шизофренией, гомосексуализмом, патологическим пубертатным кризом, исчезнувшими из перечня психиатрических диагнозов) [71]. В отношении рассматриваемой клинической модели такой позиции соответствуют и реабилитационные стратегии в отношении детей с расстройствами аутистического спектра, отвергающие медикаментозное лечение (особенно назначение нейролептиков), этологически обоснованную холдинг-терапию [115, 118], вытесняющие активную интегрирующую социализацию поиском инклюзивных ниш [18, 112], насаждающие псевдогуманистические инновации в воспитании в виде отказа от наказаний и принуждений (вплоть до лишения родительских прав приверженцев традиционных методов воспитания усилиями бесчинствующей ювенальной юстиции) [10]. Возникает законный вопрос: как включать компенсаторные возможности мозга ребенка-аутиста (пребывающего, как правило, в субъективно и объективно комфортных условиях существования, как минимум до школьного возраста), если не заставлять его думать!? Ш. Коэн [39] подчеркивает, что коррекционное обучение аутичных детей должно быть интенсивным – до 30-40 часов в неделю. Насыщение хотя бы половины из этого времени не только пассивным общением, игрой, приобретением навыков самообслуживания, но и активным думанием вряд ли можно обеспечить без принуждения наряду с другими естественными и традиционными воспитательными подходами – поощрением, наказанием, вдохновлением [40, 44, 91].

Большинство современных детей ощущает себя в электронных сетях как «рыба в воде», чего не скажешь об их родителях и прародителях, пугающихся стремительной компьютеризации жизни и беспокоящихся о том, что последняя происходит в ущерб непосредственному эмоциональному общению и духовному росту подрастающего поколения. С другой стороны, перспективное профессиональное образование должно строиться с опорой на сильные стороны личности и ее интересы. И в этом контексте как раз люди с РАС (с раннего детства овладевающие компьютером и комфортно чувствующие себя в виртуальном мире) в наибольшей степени могут проявить себя в сфере актуальных для будущего профессий, организованных по типу «человек–техника и неживая при-

рода», «человек-знаковая система», «человек-живая природа» и «человек-художественный образ» [35]. Но для этого им надо помочь стать, как минимум, «высокофункциональными» аутистами.

Второй ответ – подумать о причинах и социобиологическом смысле нарастающего «спектра» патологического эволюционирования и скорректировать если не глобально-экологические (требующие кропотливых усилий многих поколений), то хотя бы культурно-социальные влияния антропогенных детерминант этого процесса. Причем сделать это, не дожидаясь вмешательства крепнущего фундаментализма и/или вытеснения западной культуры, испорченной европейским постмодернизмом, более традиционными восточными альтернативами.

Три закона генетики поведения Эрика Туркхеймера [116] гласят:

1. Все поведенческие признаки людей наследственные, т. е. в какой-то мере зависят от генов.

2. Эффект генов сильнее, чем эффект воспитания в одной семье.

3. Значительная часть вариативности людей по сложным поведенческим признакам не объясняется ни генами, ни воспитанием в семье.

И это вселяет надежду на то, что по мере оздоровления и гармонизации общества в целом, его мемы будут способствовать позитивной культурализации эволюции человека. Как сказал Сенека: «Что толку в напрасных законах, если нет нравственности».

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреев И.Л., Назарова Л.Н. Психическое здоровье населения России: что день грядущий нам готовит? // Психическое здоровье. № 9 (88). 2013. С. 75-83.

2. Баканина Н.А., Каташинская-Звездина Е.В. Беременная женщина как экологическая среда для формирующегося ребенка (пренейта) // Экология пренейта. Чтения, посвященные памяти святителя Луки (Войно-Ясенецкого), 2009 г.

3. Бауман З. Глобализация. Последствия для человека и общества / Пер. с англ. М.: «Весь Мир», 2004. 188 с.

4. Башина В.М. Диагностика аутистических расстройств в хронобиологическом аспекте. М., 2009. 24 с.

5. Белопольская Н.Л. Комбинированный критерий для оценки состояния психического здоровья // Современные представления о психической норме и патологии: психологический, клинический и социальный аспекты (отв. ред. Н.Л. Белопольская. М.: Когито-Центр, 2015. С. 40-58.

6. Бодрийяр Ж. Общество потребления. Его мифы и структуры. М.: Культурная революция, Республика, 2006. 269 с.

7. Боев И.В., Ахвердова О.А., Волоскова Н.Н. Дети-органики: клиника, психодиагностика, психокоррекция. М.: Национальный книжный центр, 2015. 376 с.

8. Васильев А.Г., Васильева И.А. Эпигенетические перестройки популяций как вероятный механизм наступления биоценотического кризиса. Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. Серия Биология. Выпуск 1 (9). Материалы VIII Всероссийского популяционного семинара «Популяции в пространстве и времени», 11-15 апреля 2005 г., Нижний Новгород. Н. Новгород: Изд-во ИНГУ, 2005. С. 27-38.

9. Введенский Г.Е., Матевосян С.Н. Методологические проблемы стандартов оказания медицинской помощи лицам с расстройствами половой идентификации // Социальная и клиническая психиатрия. Т. 26, № 3 (93). 2016. С. 92-95.

10. Венгер А.Л., Морозова Е.И. Клиническая психология развития: учебник

и практикум для бакалавриата и магистратуры. М.: Изд-во Орайт, 2017. 312 с.

11. Венедиктов Д.Д. Здравоохранение России. Кризис и пути преодоления. М.: Медицина, 1999. 197 с.

12. Ветчинникова Л.В. Карельская береза и другие редкие представители рода *Betula* L. М., 2005. - 268 с.

13. Воробьева Э.И. Evo-devo и концепция эволюции онтогенеза И.И. Шмальгаузена // Известия РАН. Серия биологическая. 2010. Вып. 2. С. 141-148.

14. Вроно М.Ш. Детская шизофрения и дизонтогенез (клинический аспект) // Клинико-биологические, психологические и социальные аспекты психических расстройств у детей и подростков: сб. мат-лов Всероссийской науч.-практ. конф (Москва, 16 февраля 2018 г.), М.: ФГБНУ НЦПЗ, 2018. С. 11- 22.

15. Гильбурд О.А. Шизофрения: семиотика, герменевтика, социобиология, антропология. М: Видар, 2007. 290 с.

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

17. Горюнова А.В. (2) Особенности диагностики аутизма у детей первых лет жизни (Лекция, часть II). Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2016 (16). № 2. С. 113-121.

18. Гринспен С., Уидер С. На ты с аутизмом. Использование методики Floortime для развития отношений, общения и мышления. М.: Теревинф, 2016. 104 с.

19. Давыдовский И.В. Общая патология человека. 2-е изд. М.: Медицина, 1969. 611 с.

20. Давыдовский И.В., Снежневский А.В. О социальном и биологическом в этиологии психических болезней // Социальная реабилитация психически больных. М., 1965. С. 7-15.

21. Датуашвили М.Т., Корень Е.В. Основные тенденции динамики показателей распространенности расстройств аутистического спектра по г. Москва // Психическое здоровье детей страны – будущее здоровье нации: Сб. мат-лов Всероссийской конф. по детской психиатрии и наркологии (Ярославль, 4-6 октября 2016 г.). М.: ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского», 2016. С. 127-129.

22. Делез Ж., Гваттари Ф. Тысяча плато. Капитализм и шизофрения / Пер. с фр. и послесл. Я.И. Свирского, науч. ред. В.Ю. Кузнецов. Екатеринбург: У-Фактория; М.: Астрель, 2010. 895 с.

23. Деррида Ж. Поля философии. Пер. с фр. М.: Академический проект, 2012. 376 с.

24. Дерягина М.А. Эволюционная антропология: биологические и культурные аспекты. Учебное пособие, 2-е изд. М.: Изд-во УРАО, 2003. 208 с.

25. Докинз Р. Эгоистичный ген. Пер с англ. М., АСТ: CORPUS, 2013. 512 с.

26. Докинз Р. Расширенный фенотип: длинная рука гена. Пер с англ. М., АСТ: CORPUS, 2015. 512 С.

27. Дубынин В.А. «Мозг родителя». Видеолекция. Врачи РФ, 16 мая 2018 г.

28. Жерихин В.В. Избранные труды по палеоэкологии и филогенетике. М.: Т-во научных изданий КМК. 2003. 542 с.

29. Жмуров В.А. Психиатрия детско-подросткового возраста. М.: Медицинская книга, 2016. 552 с.

30. Жуков Д.А. Стой, кто ведет? Биология поведения человека и других зверей: в 2 т. Т.2. М.: Альпина нон-фикшн, 2014. 374 с.

31.Зверева Н.В. Когнитивный дизонтогенез при расстройствах аутистического и шизофренического спектра (структура, содержание, виды). // Психическое здоровье детей страны – будущее здоровье нации. Сб. мат-лов Всероссийской конф. по детской психиатрии и наркологии (Ярославль 4-6 октября 2016 г.). М.: ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П.Сербского», 2016. С. 148-149.

32.Каган В.Е. Аутизм у детей. Л.: Медицина, 1981. 190 с.

33.Казаковцев Б.А., Демчева Н.К., Какорина Е.П., Казаковцева С.Б., Голубев Н.А., Зайченко Н.М. Профилактика психических расстройств: акушерство и гинекология по данным федеральных округов. Эпидемиологический анализ // Психическое здоровье. № 5. 2018. С. 3-11.

34.Кенрик Д., Нейберг С., Чалдини Р. Социальная психология. 5-е изд. СПб.: Питер, 2016. 848 с.

35.Климов Е.А. Психология профессионального самоопределения. М.: Академия, 2004. 304 с.

36.Колесников И.А., Петраускайте Э. Эпигенетическое влияние перинатальной среды на развитие ребенка // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2016 (16). № 3. С. 82-85.

37.Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Номо Postmodernus. Психологические и психические нарушения в постмодернистском мире. Новосибирск: Изд. НГПУ. 2009. 248 с.

38.Корочкин Л. И. Что такое эпигенетика? // Генетика. Т. 42. № 9. 2006. С. 1156-1164.

39.Коэн Ш. Как жить с аутизмом? Психолого-педагогические рекомендации по взаимодействию и работе с детьми с аутизмом. Пер. с англ. М.: Институт общегуманитарных исследований, 2017. 204 с.

40.Купер Дж.О., Херон Т.Э., Хьюард У.Л. Прикладной анализ поведения. Пер. с англ. М.: Практика, 2016. 864 с.

41.Лебединский В.В., Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. М., Изд. МГУ, 1990. 197 с.

42.Лежнина Л.В. Социальный интеллект современных студентов // Вопросы психического здоровья детей и подростков. № 2. 2017 (17). Приложение. С. 138-139.

43.Лиотар Ж.Ф. Состояние постмодерна. Пер. с франц. М.: Институт экспериментальной социологии. СПб.: Алетейя, 1998. 160 с.

44.Ловаас И. Книга Я. Пер. с англ. Пилюгиной С.П. Владивосток: University Park Press, 1981. 115 с.

45.Мазо Г.Э., Касьянов Е.Д., Кибитов А.О. От фенотипа депрессии к эндофенотипу: в поиске точки опоры // Психическое здоровье. № 5. 2018. С. 13-25.

46.Макаров В.В. Психотерапия нового века. М.: Академический проект: ОППЛО 2001. 496 с.

47.Макаров И.В., Телеинтервью, сентябрь 2017.

48.Марков А. Эволюция человека. Кн. 2: Обезьяны, нейроны и душа. М.: Астрель:CORPUS, 2011. 512 с.

49.Матевосян С.Н., Введенский Г.Е. Половая дисфория (клинико-феноменологические особенности и лечебно-реабилитационные аспекты синдрома «отвергания» пола. М.: МИА, 2012. 400 с.

50.Менделевич В.Д. От Ганнушкина до Павленского: классификация расстройств и реальная жизнь // Неврологический вестник 2016. Т. XLVIII, вып. 4. С. 58-60.

51. Микиртумов Б.Е., Завитаев П.Ю. Аутизм: история вопроса и современный взгляд. СПб.: Изд-во Н-Л, 2012. 144 с.
52. Мнухин С.С. О резидуальных нервно-психических расстройствах у детей // XIV Мнухинские чтения. «Роль психических расстройств в структуре школьной дезадаптации» 24 марта 2016 г. СПб.: Альта Астра, 2016. С. 5-18.
53. Негри А., Хардт М. Империя. Порождение и разложение. // Отечественные записки. № 6. 2003 (электронная версия).
54. Окулов А.Б. Становление педиатрической андрогеникологии как специальности (действующие лица, события, факты, результаты). М.: Литтера, 2016. 112 с.
55. Пахомова С.А. Особенности взаимодействия клинических, генетических и перинатальных показателей у больных детской шизофренией. Автореф... канд. мед. наук. Саратов, 2010. 22с.
56. Подзолкова Н.М. Репродуктивная медицина: настоящее и будущее: актовая речь. М.: ФГБОУ ДПО РМАНПО, 2017. 32 с.
57. Поздняков А.А. Критика эпигенетической теории эволюции // Журнал общей биологии. 2009. Т. 70, вып. 5. С. 383–395.
58. Полетаев А.Б., Шендеров Б.А. Аутизм. Генетика или эпигенетика // Цунами детского аутизма: медицинская и психолого-педагогическая помощь. Под общей ред. А.П. Чуприкова. М.: Гнозис, 2017. С. 99-110.
59. Портнов А.А. Воспоминания о развитии отечественной психиатрии. Избранные труды: сборник научных трудов, посвященный 30-летию кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии факультета последипломного образования ГОУВПО МГМСУ Росздрава. М.: ООО «Издательство МБА», 2010. С. 8-37.
60. Протопопов А.И., Вязовский А.В. Инстинкты человека: (попытка описания и классификации). Якутск: Компания «Дани АлмаС», 2011. 144 с.
61. Раевский В.В. Онтогенез медиаторных систем мозга. М.: Наука, 1991. 144 с.
62. Ракова Г.Н. Особенности «материнских эффектов» фенотипической передачи в перинатальном периоде (обзор литературы) // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2018 (18). № 2. С. 92-100.
63. Ракова Г.Н. Особенности «материнских эффектов» фенотипической передачи в перинатальном периоде (обзор литературы) // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2018 (18). № 3. С. 102-115.
64. Расстройства аутистического спектра у детей. Научно-практическое руководство / Под ред. Н.В. Симашковой. М.: Авторская академия, 2013. 264 с.
65. Ридли М. Секс и эволюция человеческой природы. Пер с англ. М.: Эксмо, 2011. 448 с.
66. Рис М. Наша космическая обитель. М.: Ижевск: Институт компьютерных исследований, 2002. 193 с.
67. Рэфф Р., Кофмен Т. Эмбрионы, гены и эволюция. Пер. с англ. М.: Мир, 1986. 404 с.
68. Самохвалов В.П. История души и эволюция помешательства. Сургут: Северный дом, 1995. 420 с.
69. Самохвалов В.П., Гильбурд О.А., Егоров В.И. Социобиология в психиатрии. М.: Изд-й дом Видар-М, 2011. 336 с.
70. Самохвалов В.П., Кузнецов В.Е. / Психиатрия и искусство. М.: Изд. дом Вида-М., 2015. 376 с.
71. Самохвалов В.П. Психиатрия и постмодернизм: из прошлого в будущее

// Неврологический вестник. 2016. Т. XLVIII, вып.4. С. 63-66.

72. Свааб Дик. Мы – это наш мозг: От матки до Альцгеймера. Пер. с нидерл. СПб.: Изд-во Ивана Лимбаха, 2014. 544 с.

73. Северцов А.Н. Эволюция и эмбриология: Речь, произнес. на соедин. заседании 12 Съезда рус. естествоиспытателей и врачей и О-ва испытателей природы 3 янв. 1910 г. М.: тип. Имп. Моск. ун-та, 1910. 16 с.

74. Скальный А.В. Вебинар: «Биотическая медицина в коррекции детей с расстройствами аутистического спектра» Общественная социальная сеть Врачи РФ от 21 декабря 2016 г.

75. Сквицков И.А. Развитие нервной системы у детей (нейроонтогенез и его нарушения). М.: Тривола. 2000. 208 с.

76. Сквицков И.А., Башина В.М. Нарушения развития коммуникативных функций у детей при заболеваниях аутистического спектра. Тула: Имидж Принт, 2013. 320 с.

77. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. Т.1. М., 1955. 458 с.

78. Уоддингтон К.Х. Основные биологические концепции // На пути к теоретической биологии. М.: Мир, 1970. С. 108-115.

79. Урываев В.А., Сенин И.Г. Социально-психологические детерминанты динамики выраженности нормативного развития личностных черт в периоды трансформации российского общества // Диагностика в медицинской (клинической) психологии: современное состояние и перспективы / под ред. Н.В.Зверевой, И.Ф.Рошиной. М.: ООО «Сам Полиграфист», 2016. С. 187-196.

80. Фуко М. Рождение клиники. М.: Академический проект (Психологические технологии), 2010. 256 с.

81. Хайретдинов О.З. Диагностика и дифференциальная диагностика аутистических расстройств у детей на основе клинко-этологической оценки невербального поведения // Клиническая психотерапия (инстинктивно-поведенческие и нейропсихологические модели) / Под ред. Ю.С.Шевченко. М.: ООО «Изд-во «Медицинское информационное агентство», 2018. С. 117-138.

82. Хлебков В.В. Дискретные адаптивные нормы: механизмы и роль в эволюции // Труды Зоологического института РАН. Приложение № 1. 2009. С. 219-231

83. Хомский Н., Бервик Р. Человек говорящий. Эволюция и язык. Пер с англ. СПб.: Питер, 2018. 304 с.

84. Цендровский О.Ю. Культурно-мировоззренческие основания глобального сетевого общества XXI в. // Человек и культура. 2015. № 5. С.1-57.

85. Чудакова Ю.М., Ершова Е.С., Вейко Н.Н., Коровина Н.Ю. и др. ГЦ-обогащенные и окисленные фрагменты внеклеточной ДНК вызывают понижение уровня экспрессии NRF2 и вызывают повреждения ядерной ДНК в лимфоцитах периферической крови детей, больных аутизмом / Психическое здоровье. 2018 (5): 33-35. DOI: 10.25557/2074-014X.2018.05.33-35.

86. Чуприков А.П., Хворова А.М. Расстройства спектра аутизма: медицинская и психолого-педагогическая помощь. Изд. 2-е. Львов: Мс. 2013. 272 с.

87. Чуприков А.П. Этиология и патогенез расстройств спектра аутизма // Цунами детского аутизма: медицинская и психолого-педагогическая помощь. / Под общей ред. А.П. Чуприкова. М.: Гнозис, 2017. С. 20-36.

88. Шевченко Ю.С. Психопатии. Детская и подростковая психиатрия: Клинические лекции для профессионалов / Под ред. Ю.С.Шевченко. М.: ООО «Ме-

дицинское информационное агентство», 2011. С. 275-308

89.Шевченко Ю.С., Корнеева В.А. Этологические аспекты детской психиатрии // Медицинская психология в России. Научный сетевой журнал www.mprj.ru /мпрж. РФ № 2 (29). 2014 г.

90.Шевченко Ю.С., Левковская О.Б. Инициация: социобиологические, психопатологические и коррекционно-психотерапевтические аспекты // Современные представления о психической норме и патологии: Психологический, клинический и социальный аспекты / Отв. ред. Н.Л. Белополюская. М.: Когито-Центр, 2015. С. 229-237.

91.Шевченко Ю.С. Комплексная многоуровневая терапия детей с синдромом раннего детского аутизма (вместо заключения) // Цунами детского аутизма: медицинская и психолого-педагогическая помощь / Под общей ред. А.П.Чуприкова. М.: Гнозис, 2017. С. 294-313.

92.Шевченко Ю.С., Баздырев Е.И. Природа и проявления психопатологического диатеза (эволюционно-биологический взгляд) // Детская и подростковая психиатрия: Клинические лекции для профессионалов. 2-е изд. / Под ред. Ю.С. Шевченко. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2017. С. 34-59.

93.Шевченко Ю.С. Природно-психические предпосылки искусства как биологические корни арт-терапии и арт-педагогики // Клиническая психотерапия (инстинктивно-поведенческие и нейропсихологические модели) / Под ред. Ю.С.Шевченко. М.: ООО «Изд-во «Медицинское информационное агентство», 2018. С. 322-344.

94.Шипкова К.М. «Модель психического» у пациентов с локальными поражениями мозга // Диагностика в медицинской (клинической) психологии: традиции и перспективы (к 195-летию С.Я. Рубинштейн). Сборник мат-лов науч.-практ. конф. 29-30 ноября 2016 г. М.: ООО «Сам Полиграфист», 2016. С. 384-387.

95.Шишкин М.А. Закономерности эволюции онтогенеза // Современная палеонтология. М.: Недра, 1988. Т. 2. С. 169-210.

96.Шмальгаузен И.И. Вопросы дарвинизма. М.: Наука, 1990. 161 с.

97.Юров И.Ю., Ворсанова С.Г., Юров Ю.Б. Постгеномные исследования и их возможности для персонализированной психиатрии // Психическое здоровье. № 5. 2018. С. 36-37.

REFERENCES

1. Andreev I.L., Nazarova L.N. Psihicheskoe zdorov'e naselenija Rossii: chto den' grjadushhij nam gotovit? // Psihicheskoe zdorov'e. № 9 (88). 2013. S. 75-83.

2. Bakanina N.A., Katashinskaja-Zvezdina E.V. Beremennaja zhenshhina kak jekologicheskaja sreda dlja formirujushhegosja rebenka (prenejta) // Jekologija prenejta. Chtenija, posvjashhennye pamjati svjatitelja Luki (Vojno-Jaseneckogo), 2009 g.

3. Bauman 3. Globalizacija. Posledstvija dlja cheloveka i obshhestva / Per. s angl. M.: «Ves' Mir», 2004. 188 s.

4. Bashina V.M. Diagnostika autisticheskikh rasstrojstv v hronobiologicheskom aspekte. M., 2009. 24 s.

5. Belopol'skaja N.L. Kombinirovannyj kriterij dlja ocenki sostojanija psihičeskogo zdorov'ja // Sovremennye predstavlenija o psihicheskoi norme i patologii: psihologicheskij, kliničeskij i social'nyj aspekty (otv. red. N.L. Belopol'skaja. M.: Kogito-Centr, 2015. S. 40-58.

6. Bodrijar Zh. Obshhestvo potreblenija. Ego mify i struktury. M.: Kul'turnaja revoljucija, Respublika, 2006. 269 s.

7. Boev I.V., Ahverdova O.A., Voloskova N.N. *Deti-organiki: klinika, psiho-diagnostika, psihokorrekcija*. M.: Nacional'nyj knizhnyj centr, 2015. 376 s.
8. Vasil'ev A.G., Vasil'eva I.A. *Jepigeneticheskie perestrojki populacij kak verojatnyj mehanizm nastuplenija biocenoticheskogo krizisa*. Vestnik Nizhegorodskogo universiteta im. N.I. Lobachevskogo. Serija Biologija. Vypusk 1 (9). Materialy VIII Vserossijskogo populjacionnogo seminaru «Populjacija v prostranstve i vremeni», 11-15 aprelja 2005 g., Nizhnij Novgorod. N. Novgorod: Izd-vo INGU, 2005. S. 27-38.
9. Vvedenskij G.E., Matevosjan S.N. Metodologicheskie problemy standartov okazaniya medicinskoj pomoshhi licam s rasstrojstvami polovoj identifikacii // Social'naja i klinicheskaja psihiatrija. T. 26, № 3 (93). .016. S. 92-95.
10. Venger A.L., Morozova E.I. *Klinicheskaja psihologija razvitija: uchebnik i praktikum dlja bakalavriata i magistratury*. M.: Izd-vo Orajt, 2017. 312 s.
11. Venediktov D.D. *Zdravoohranenie Rossii. Krizis i puti preodolenija*. M.: Medicina, 1999. 197s.
12. Vetchinnikova L.V. Karel'skaja bereza i drugie redkie predstaviteli roda Betula L. M., 2005. - 268 s.
13. Vorob'eva Je.I. Evo-devo i koncepcija jevoljucii ontogeneza I.I. Shmal'gauzena // Izvestija RAN. Serija biologicheskaja. 2010. Vyp. 2. S. 141-148.
14. Vrono M.Sh. Detskaja shizofrenija i dizontogenez (klinicheskij aspekt) // Kliniko-biologicheskie, psihologicheskie i social'nye aspekty psihicheskikh rasstrojstv u detej i podrostkov: sb. mat-lov Vserossijskoj nauch.-prakt. konf (Moskva, 16 fevralja 2018 g.), M.: FGBNU NCPZ, 2018. S. 11- 22.
15. Gil'burd O.A. *Shizofrenija: semiotika, germenevtika, sociobiologija, antropologija*. M: Vidar, 2007. 290 s.
16. Gorjunova A.V. (1) *Autizm i rasstrojstva autisticheskogo spektra u detej (Lekcija, chast' I)* // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. 2016 (16). № 1. S. 86- 96.
17. Gorjunova A.V. (2) *Osobennosti diagnostiki autizma u detej pervyh let zhizni (Lekcija, chast' II)*. Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. 2016 (16). № 2. S. 113-121.
18. Grinspen S., Uider S. *Na ty s autizmom. Ispol'zovanie metodiki Floortime dlja razvitija otnoshenij, obshhenija i myshlenija*. M.: Terevinf, 2016. 104 s.
19. Davydovskij I.V. *Obshhaja patologija cheloveka*. 2-e izd. M.: Medicina, 1969. 611 s.
20. Davydovskij I.V., Snezhnevskij A.V. *O social'nom i biologicheskom v jetiologii psihicheskikh boleznej* // Social'naja rehabilitacija psihicheski bol'nyh. M., 1965. S. 7-15.
21. Datuashvili M.T., Koren' E.V. *Osnovnye tendencii dinamiki pokazatelej rasprostranennosti rasstrojstv autisticheskogo spektra po g. Moskva* // Psihicheskoe zdorov'e detej strany – budushhee zdorov'e nacii: Sb. mat-lov Vserossijskoj konf. po detskoj psihiatrii i narkologii (Jaro-slavl', 4-6 oktjabrja 2016 g.). M.: FGBU «FMICPN im. V.P. Serbskogo», 2016. S. 127-129.
22. Delez Zh., Gvattari F. *Tysjacha plato. Kapitalizm i shizofrenija* / Per. s fr. i poslesl. Ja.I. Svirskogo, nauch. red. V.Ju. Kuznecov. Ekaterinburg: U-Faktorija; M.: Astrel', 2010. 895 s.
23. Derrida Zh. *Polja filosofii*. Per. s fr. M.: Akademicheskij proekt, 2012. 376 s.
24. Derjagina M.A. *Jevoljucionnaja antropologija: biologicheskie i kul'turnye aspekty*. Uchebnoe posobie, 2-e izd. M.: Izd-vo URAO, 2003. 208 s.
25. Dokinz R. *Jegoistichnyj gen*. Per s angl. M., AST: C0RPUS, 2013. 512 s.

26. Dokinz R. Rasshirennij fenotip: dlinnaja ruka gena. Per s angl. M., AST: CORPUS, 2015. 512 S.
27. Dubynin V.A. «Mozg roditelja». Videolekcija. Vrachy RF, 16 maja 2018 g.
28. Zherihin V.V. Izbrannye trudy po paleojekologii i filocenogenetike. M.: T-vo nauchnyh izdanij KMK. 2003. 542 s.
29. Zhmurov V.A. Psihiatrija detsko-podrozkovogo vozrasta. M.: Medi-cinskaja kniga, 2016. 552 s.
30. Zhukov D.A. Stoj, kto vedet? Biologija povedenija cheloveka i drugih zverej: v 2 t. T.2. M.: Al'pina non-fikshn, 2014. 374 s.
31. Zvereva N.V. Kognitivnyj dizontogenez pri rasstrojstvah autisticheskogo i shizofrenicheskogo spektra (struktura, sodержanie, vidy). // Psihicheskoe zdorov'e detej strany – budushhee zdorov'e narii. Sb. mat-lov Vserossijskoj konf. po detskoj psihiatrii i narkologii (Jaroslavl' 4-6 oktjabrja 2016 g.). M.: FGBU «FMICPN im. V.P.Serbskogo», 2016. S. 148-149.
32. Kagan V.E. Autizm u detej. L.: Medicina, 1981. 190 s.
33. Kazakovcev B.A., Demcheva N.K., Kakorina E.P., Kazakovceva S.B., Golubev N.A., Zajchenko N.M. Profilaktika psihicheskikh rasstrojstv: akusherstvo i ginekologija po dannym federal'nyh okrugov. Jepidemiologicheskij analiz // Psihicheskoe zdorov'e. № 5. 2018. S. 3-11.
34. Kenrik D., Nejberg S., Chaldini R. Social'naja psihologija. 5-e izd. SPb.: Piter, 2016. 848 s.
35. Klimov E.A. Psihologija professional'nogo samoopredelenija. M.: Akademiya, 2004. 304 s.
36. Kolesnikov I.A., Petrauskajte Je. Jepigeneticheskoe vlijanie perinatal'noj sredy na razvitie rebenka // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrozkov. 2016 (16). № 3. S. 82-85.
37. Korolenko C.P., Dmitrieva N.V. Nomo Postmodernus. Psihologicheskije i psihicheskije narushenija v postmodernistskom mire. Novosibirsk: Izd. NGPU. 2009. 248 s.
38. Korochkin L. I. Chto takoe jepigenetika? // Genetika. T. 42. № 9. 2006. S. 1156-1164.
39. Kojen Sh. Kak zhit' s autizmom? Psihologo-pedagogicheskije rekomen-dacii po vzaimodejstvuju i rabote s det'mi s autizmom. Per. s angl. M.: Institut obshhegumanitarnyh issledovanij, 2017. 204 s.
40. Kuper Dzh.O., Heron T.Je., H'juard U.L. Prikladnoj analiz povedenija. Per. s angl. M.: Praktika, 2016. 864 s.
41. Lebedinskij V.V., Nikol'skaja O.S., Baenskaja E.R., Libling M.M. Jemotional'nye narushenija v detskom vozraste i ih korrakcija. M., Izd. MGU, 1990. 197 s.
42. Lezhnina L.V. Social'nyj intellekt sovremennyh studentov // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrozkov. № 2. 2017 (17). Prilozhenie. S. 138-139.
43. Liotar Zh.F. Sostojanie postmoderna. Per. s franc. M.: Institut jeksperimental'noj sociologii. SPb.: Aletejja, 1998. 160 s.
44. Lovaas I. Kniga Ja. Per. s angl. Piljuginoj S.P. Vladivostok: University Park Press, 1981. 115 s.
45. Mazo G.Je., Kas'janov E.D., Kibitov A.O. Ot fenotipa depressii k jendofenotipu: v poiske tochki opory // Psihicheskoe zdorov'e. № 5. 2018. S. 13-25.
46. Makarov V.V. Psihoterapija novogo veka. M.: Akademicheskij proekt: OPPLJu 2001. 496 s.
47. Makarov I.V., Teleinterv'ju, sentjabr' 2017.

48. Markov A. Jevoljucija cheloveka. Kn. 2: Obez'jany, nejrony i dusha. M.: Astrel':CORPUS, 2011. 512 s.
49. Matevosjan S.N., Vvedenskij G.E. Polovaja disforija (kliniko-fenomenologicheskie osobennosti i lechebno-reabilitacionnye aspekty sindroma «ot-verganiya» pola. M.: MIA, 2012. 400 c.
50. Mendelevich V.D. Ot Gannushkina do Pavlenskogo: klassifikacija rasstrojstv i real'naja zhizn'ju // Nevrologicheskij vestnik 2016. T. XLVIII, vyp. 4. S. 58-60.
51. Mikirtumov B.E., Zavitaev P.Ju. Autizm: istorija voprosa i sovremennij vzgljad. SPb.: Izd-vo N-L, 2012. 144 s.
52. Mnuhin S.S. O rezidual'nyh nervno-psihicheskikh rasstrojstvah u detej // XIV Mnuhinskie chtenija. «Rol' psihicheskikh rasstrojstv v strukture shkol'noj dezadaptacii» 24 marta 2016 g. SPb.: Al'ta Astra, 2016. S. 5-18.
53. Negri A., Hardt M. Imperija. Porozhdenie i razlozhenie. // Otechestvennye zapiski. № 6. 2003 (jelektronnaja versija).
54. Okulov A.B. Stanovlenie pediatricheskoj androgenikologii kak special'nosti (dejstvujushhie lica, sobytija, fakty, rezul'taty). M.: Littera, 2016. 112 s.
55. Pahomova S.A. Osobennosti vzaimodejstvija klinicheskikh, geneticheskikh i perinatal'nyh pokazatelej u bol'nyh detskoj shizofreniej. Avto-ref... kand. med. nauk. Saratov, 2010. 22s.
56. Podzolkova N.M. Reprodukativnaja medicina: nastojashhee i budushhee: aktivnaja rech'. M.: FGBOU DPO RMANPO, 2017. 32 s.
57. Pozdnjakov A.A. Kritika jepigeneticheskoi teorii jevoljucii // Zhurnal obshhej biologii. 2009. T. 70, vyp. 5. S. 383–395.
58. Poletaev A.B., Shenderov B.A. Autizm. Genetika ili jepigenetika // Cunami detskogo autizma: medicinskaja i psihologo-pedagogicheskaja pomoshh'. Pod obshhej red. A.P. Chuprikova. M.: Gnozis, 2017. S. 99-110.
59. Portnov A.A. Vospominanija o razvitii otechestvennoj psihiatrii. Izbrannye trudy: sbornik nauchnyh trudov, posvjashhennyj 30-letiju ka-fedry psihiatrii, narkologii, psihoterapii fakul'teta poslediplomnogo obrazovanija GOUVPO MGMSU Roszdruva. M.: OOO «Izdatel'stvo MBA», 2010. S. 8-37.
60. Protopopov A.I., Vjazovskij A.V. Instinkty cheloveka: (popytka opisaniya i klassifikacii). Jakutsk: Kompanija «Dani AlmaS», 2011. 144 s.
61. Raevskij V.V. Ontogenez mediatornyh sistem mozga. M.: Nauka, 1991. 144 s.
62. Rakova G.N. Osobennosti «materinskih jeffektov» fenotipicheskoi peredachi v perinatal'nom periode (obzor literatury) // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. 2018 (18). № 2. S. 92-100.
63. Rakova G.N. Osobennosti «materinskih jeffektov» fenotipicheskoi peredachi v perinatal'nom periode (obzor literatury) // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. 2018 (18). № 3. S. 102-115.
64. Rasstrojstva autisticheskogo spektra u detej. Nauchno-prakticheskoe rukovodstvo / Pod red. N.V. Simashkovej. M.: Avtorskaja akademija, 2013. 264 s.
65. Ridli M. Seks i jevoljucija chelovecheskoj prirody. Per s angl. M.: Jeksmo, 2011. 448 s.
66. Ris M. Nasha kosmicheskaja obitel'. M.: Izhevsk: Institut komp'juternyh issledovanij, 2002. 193 s.
67. Rjeff R., Kofmen T. Jembriony, geny i jevoljucija. Per. s angl. M.: Mir, 1986. 404 s.
68. Samohvalov V.P. Istoriya dushi i jevoljucija pomeshatel'stva. Surgut: Sever-

nyj dom, 1995. 420 s.

69. Samohvalov V.P., Gil'burd O.A., Egorov V.I. Sociobiologija v psihiatrii. M.: Izd-j dom Vidar-M, 2011. 336 s.

70. Samohvalov V.P., Kuznecov V.E. / Psihijatrija i iskusstvo. M.: Izd. dom Vida-M., 2015. 376 s.

71. Samohvalov V.P. Psihijatrija i postmodernizm: iz proshlogo v budushhee // Nevrologicheskij vestnik. 2016. T. XLVIII, vyp.4. S. 63-66.

72. Svaab Dik. My – jeto nash mozg: Ot matki do Al'cgejmara. Per. s niderl. SPb.: Izd-vo Ivana Limbaha, 2014. 544 s.

73. Severcov A.N. Jevoljucija i jembriologija: Rech', proiznes. na soedin. zasedanii 12 S#ezda rus. estestvoispytatelej i vrachej i O-va ispytatelej prirody 3 janv. 1910 g. M.: tip. Imp. Mosk. un-ta, 1910. 16 s.

74. Skal'nyj A.V. Vebinar: «Bioticheskaja medicina v korrekcii detej s rasstrojstvami autisticheskogo spektra» Obshhestvennaja social'naja set' Vrachy RF ot 21 dekabrja 2016 g.

75. Skvorcov I.A. Razvitie nervnoj sistemy u detej (nejroontogenez i ego narushenija). M.: Trivola. 2000. 208 c.

76. Skvorcov I.A., Bashina V.M. Narushenija razvitija kommunikativnyh funkcij u detej pri zabolevanijah autisticheskogo spektra. Tula: Imidzh Print, 2013. 320 s.

77. Suhareva G.E. Klinicheskie lekicii po psihiatrii detskogo vozrasta. T.1. M., 1955. 458 s.

78. Uoddington K.H. Osnovnye biologicheskie koncepcii // Na puti k teoreticheskoj biologii. M.: Mir, 1970. S. 108-115.

79. Uryvaev V.A., Senin I.G. Social'no-psihologicheskie determinanty dinamiki vyrazhennosti normativnogo razvitija lichnostnyh chert v periody transformacii rossijskogo obshhestva // Diagnostika v medicinskoj (klinicheskoj) psihologii: sovremennoe sostojanie i perspektivy / pod red. N.V.Zverevoj, I.F.Roshhinoj. M.: OOO «Sam Poligrafist», 2016. S. 187-196.

80. Fuko M. Rozhdenie kliniki. M.: Akademicheskij proekt (Psihologicheskie tehnologii), 2010. 256 s.

81. Hajretidinov O.Z. Diagnostika i differencial'naja diagnostika autisticheskikh rasstrojstv u detej na osnove kliniko-jetologicheskoy ocenki neverbal'nogo povedenija // Klinicheskaja psihoterapija (instinktivno-povedencheskie i nejropsihologicheskie modeli) / Pod red. Ju.S.Shevchenko. M.: OOO «Izd-vo «Medicinskoe informacionnoe agentstvo», 2018. S. 117-138.

82. Hlebovich V.V. Diskretnye adaptivnye normy: mehanizmy i rol' v jevoljucii // Trudy Zoologicheskogo instituta RAN. Prilozhenie № 1. 2009. S. 219-231

83. Homskij N., Bervik R. Chelovek govorjashhij. Jevoljucija i jazyk. Per s angl. SPb.: Piter, 2018. 304 s.

84. Cendrovskij O.Ju. Kul'turno-mirovozzrencheskie osnovanija global'nogo setevogo obshhestva XXI v. // Chelovek i kul'tura. 2015. № 5. S.1-57.

85. Chudakova Ju.M., Ershova E.S., Vejko N.N., Korovina N.Ju. i dr. GC-obogashhennye i okislenne fragmenty vnekletochnoj DNK vyzyvajut ponizhenie urovnja jekspressii NRF2 i vyzyvajut povrezhdenija jadernoj DNK v limfocitah perifericheskoy krovi detej, bol'nyh autizmom / Psihicheskoe zdorov'e. 2018 (5): 33-35. DOI: 10.25557/2074-014H.2018.05.33-35.

86. Chuprikov A.P., Hvorova A.M. Rasstrojstva spektra autizma: medi-cinskaja i psihologo-pedagogicheskaja pomoshh'. Izd. 2-e. L'vov: Ms. 2013. 272 s.

87. Chuprikov A.P. Jetiologija i patogeneza rasstrojstv spektra autizma // *Cunami detskogo autizma: medicinskaja i psihologo-pedagogičeskaja pomoshh'*. / Pod obshhej red. A.P. Chuprikova. M.: Gnozis, 2017. S. 20-36.
88. Shevchenko Ju.S. Psihopatii. Detskaja i podroshkovaja psihiatrija: Kliničeskie lekčii dlja professionalov / Pod red. Ju.S. Shevchenko. M.: OOO «Medicinskoe informacionnoe agentstvo», 2011. S. 275-308
89. Shevchenko Ju.S., Korneeva V.A. Jetologičeskie aspekty detskoj psihiatrii // *Medicinskaja psihologija v Rossii. Nauchnyj setevoj žurnal www.mprj.ru /mprzh. RF № 2 (29). 2014 g.*
90. Shevchenko Ju.S., Levkovskaja O.B. Inicijacija: sociobiologičeskie, psihopatologičeskie i korrekcionno-psihoterapevtičeskie aspekty // *So-vremennye predstavlenija o psihicheskoj norme i patologii: Psihologičeskij, kliničeskij i social'nyj aspekty* / Otv. red. N.L. Belopol'skaja. M.: Kogito-Centr, 2015. S. 229-237.
91. Shevchenko Ju.S. Kompleksnaja mnogourovnevaja terapija detej s sindromom rannego detskogo autizma (vmesto zaključenija) // *Cunami detskogo autizma: medicinskaja i psihologo-pedagogičeskaja pomoshh'* / Pod obshhej red. A.P. Chuprikova. M.: Gnozis, 2017. S. 294-313.
92. Shevchenko Ju.S., Bazdyrev E.I. Priroda i projavlenija psihopatologičeskogo diateza (jevolucionno-biologičeskij vzgljad) // *Detskaja i podroshkovaja psihiatrija: Kliničeskie lekčii dlja professionalov. 2-e izd.* / Pod red. Ju.S. Shevchenko. M.: OOO «Medicinskoe informacionnoe agentstvo», 2017. S. 34-59.
93. Shevchenko Ju.S. Prirodno-psihicheskie predispylki iskusstva kak biologičeskie korni art-terapii i art-pedagogiki // *Kliničeskaja psihoterapija (instinktivno-povedenčeskie i nejropsihologičeskie modeli)* / Pod red. Ju.S. Shevchenko. M.: OOO «Izd-vo «Medicinskoe informacionnoe agentstvo», 2018. S. 322-344.
94. Shipkova K.M. «Model' psihicheskogo» u pacientov s lokal'nymi poraženijami mozga // *Diagnostika v medicinskoj (kliničeskoj) psihologii: tradicii i perspektivy (k 195-letiju S.Ja. Rubinshtejn). Sbornik mat-lov nauch.-prakt. konf. 29-30 nojabrja 2016 g.* M.: OOO «Sam Poligrafist», 2016. S. 384-387.
95. Shishkin M.A. Zakonomernosti jevoljucii ontogeneza // *Sovremennaja paleontologija*. M.: Nedra, 1988. T. 2. S. 169-210.
96. Shmal'gauzen I.I. Voprosy darvinizma. M.: Nauka, 1990. 161 s.
97. Jurov I.Ju., Vorsanova S.G., Jurov Ju.B. Postgenomnye issledovanija i ih vozmožnosti dlja personalizirovannoj psihiatrii // *Psihicheskoe zdorov'e. № 5. 2018. S. 36-37.*
98. Asperger H. Heilpädagogik, 5. Auflage. Wien: Springer, 1968. – 317 p.
99. Carrington Damian. The Anthropocene epoch: scientists declare dawn of human-influenced age (en-GB), *The Guardian* Monday 29 August 2016).
100. Bracken P., Thomas Ph. Postpsychiatry: a new direction for mental health // *The British Medical Journal*. 2001. Vol. 322. P. 724–727.
101. Eibl-Eibesfeldt I. Humanethologie. Berlin, N.-Y. Plenum Press, 1985. – 875 p.
102. Goldschmidt R. The material basis of evolution. New Haven: Yale Univ. Press, 1982. XLIII, 436 p.
103. Kanner L. Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 1943; 2-3: p. 217-250.
104. Kanner L. *Child psychiatry*. 2-d ed. – Thomas, 1955. – 752 p.
105. Lorenz K. *Evolution and Modification of Behaviour*. Chicago, 1965. – 351 p.
106. Ohno, S. 1973. Evolutional reason for having so much junk DNA. In: *Modern Aspects of Cytogenetics: Constitutive Heterochromatin in Man* (ed. R.A. Pfeif-

fer), pp. 169-173. F.K. Schattauer Verlag, Stuttgart, Germany.

107. Pennisi E. Evolutionary biology: Evo-Devo Enthusiasts Get Down to Details // *Science*. — 2002. — v. 298, № 5595. — p. 953–955

108. Premack D., Woodruff G. Does the Chimpanzee Have a “Theory of mind”? // *Behavioral and Brain Sciences*, v.4, 1978.- p. 515-526

109. Rapley Ch. 2071: The World We'll Leave Our Grandchildren. Hodder&Stoughton, 2014.-208 p.

110. Shine R., Downes S. Can pregnant lizards adjust their offspring phenotypes to environmental conditions. // *Oecologia*. - 1999/- Vol. 119, № 1.- p. 1-18.

111. Schopler E. Mesiboy G.B., Hearsey K. Structured teaching in the TEACCH system // *Learning and Cognition in Autism* /eds E. Schopler, G.B. Mesiboy. N.Y. Plenum Press, 1995.- p. 243-268

112. Sommer, R. J. The future of evo-devo: model systems and evolutionary theory // *Nature Reviews Genetics*. — 2009. — T. 10, вып. 6. — С. 416–422.

113. Strauss William, Howe Neil. The Fourth Turning: An American Prophecy - What the Cycles of History Tell Us About America's Next Rendezvous with Destiny. Broadway Books. 1997. — 400 p.

114. Tinbergen N., Autistic Children: New Hope For a Cure. London: Routledge and Keagan Paul, 1983. - 362 p.

115. Turkheimer E. Three Laws of Behavior Genetics and What They Mean. *Current Directions in Psychological Science*, 9, 2000.- p.160-164.

116. Vermeulen T., Akker R. Notes of Metamodernism. 2010. <http://www.metamodernism.com/2010/07/15/what-is-metamodernism/> (Acceded on April 28, 2014).

117. Welch M. Holding-time. – New-York: Saimon and Shuster, 1988. – 254 p.

118. Whitley R. Postmodernity and mental health // *Harv Rev Psychiatry*. 2008. Vol. 16 (6), p. 352–364.

119. Wilson E.O. Man: From sociobiology to Sociology (Chapter 27). In: *Sociobiology: the new synthesis*. The Belknap Press of Harvard University Press. Cambridge, Massachusetts, and London, England, 1975. - p.547-575.

Ju.S. Shevchenko, A.V. Goryunova, S.V. Bugriy
EVOLUTIONARY PATHOMORPHOSIS OF MENTAL ONTOGENESIS
PART II. (ESSAY)

Department of child psychiatry and psychotherapy. Russian Medical Academy of Continuous Professional Education (Moscow).

Summary. On the model of autism spectrum disorders, gender dysphoria, anorexia nervosa discusses evolutionary sense of the rise of these and other variants of dizontogenetic affective disorders and their relationship to global environmental and makrosocial processes. Analyses of the genetic and epigenetic mechanisms of biological and cultural evolution of the human species and the possibility of considering these population phenotypical trends as the forms of evolutionary preadaptation. Question about the choice of professional and civilian positions human in the era of Anthropocene and postmodernism.

Keywords: autism spectrum disorders, genetics, epigenetics, ontogeny, biological evolution, the Anthropocene, postmodern.

А.В. Силаева^{1,2}, Ю.В. Ковас^{1,3}, Т.Г. Бохан^{1,2}, Ж.Ф. Гайфулина², Ю.В. Оккель²
**ЗДОРОВЬЕ МАТЕРИ КАК ФАКТОР ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ
И ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭКО⁴**

¹Национальный исследовательский Томский государственный университет (Томск), ²ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» (Томск), ³Лондонский университет Голдсмит, (Лондон).

Резюме. В статье приведены данные зарубежных и отечественных исследований о состоянии здоровья и психического развития детей, родившихся с применением экстракорпорального оплодотворения. Поставлена проблема выявления связи состояния здоровья матери как системного феномена, представленного взаимосвязями репродуктивного, соматического, психического и психологического компонентов, и психического развития и здоровья ребёнка, родившегося с помощью вспомогательных репродуктивных технологий.

Ключевые слова: психическое развитие, здоровье, дети, рожденные с помощью экстракорпорального оплодотворения.

Актуальность. Статистические данные свидетельствуют о том, что к настоящему моменту свыше 7 000 000 детей во всем мире рождены с помощью вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) [36]. В Российской Федерации экстракорпоральное оплодотворение включено в программу государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи гражданам [17] и с 2013 г. финансируется в рамках программы ОМС. К методам ВРТ относят: экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) и интрацитоплазматическую инъекцию сперматозоида в ооцит цитоплазмы (ИКСИ). По данным Российской ассоциации репродукции человека (РАРЧ) за 2015 г. в России доля родов после ВРТ составила 1,3%, всего в России родилось 1 940 579 детей, из них около 30039 (1,5%) в циклах ВРТ [9]. Однако эти цифры могут быть выше, т.к. не все российские медицинские центры, реализующие ВРТ входят в Национальный регистр ЭКО. Количество детей, рожденных с применением ЭКО, увеличивается с каждым годом, однако нет системного отслеживания процесса психического развития и состояния здоровья таких детей, в том числе и в долгосрочной перспективе.

Имеющиеся на сегодняшний день результаты исследований о здоровье и психическом развитии детей, рожденных с помощью ЭКО, в антен-, интра- и неонатальный периоды, а также в постнатальном периоде разнообразны и часто противоречивы. Так, исследователи отмечают, что наиболее часто встречающимися осложнениями и расстройствами у детей, рожденных с помощью ЭКО в антенатальный период, являются: задержка внутриутробного развития [2, 13], многоплодие, высокая частота внутриутробных инфекций, геморрагические и гематологические нарушения, врожденные аномалии развития, относительный риск которых составляет 1,3-2,0 раза по сравнению с естественными беременностями, деформации и хромосомные нарушения, генетические нарушения, врожденные пороки, недоношенность, синдром задержки развития плода, перинатальная смертность [4, 8, 18, 31]. Однако имеются и другие данные, например, частота рождения детей, родившихся с применением ЭКО, с врожденной патологией не превышает частоту поро-

⁴Статья написана в рамках научного проекта (№ проекта 8.1.11.2018), выполненного при поддержке Программы повышения конкурентоспособности ТГУ.

ков развития в общей популяции России [6, 11, 12, 14, 21]. Остается до конца не ясным с чем могут быть связаны перечисленные нарушения: с самой процедурой ЭКО, факторами внешней среды, состоянием здоровья родителей [5, 6, 8, 11, 12].

Результаты исследований [1, 4-6, 8, 12, 13, 49, 53] свидетельствуют, что в интранатальном периоде у детей, рожденных с использованием ЭКО, отмечаются преждевременные роды, асфиксия при рождении, низкий вес при рождении. Наряду с этим встречаются данные о том, что, если осуществлен моноперенос и анамнез родителей не был отягощен наследственностью и роды были проведены по соответствующему плану, то подобных нарушений может и не возникнуть [6, 7, 56].

В неонатальном периоде со стороны здоровья ребенка, родившегося посредством ВРТ [14], наблюдаются перинатальные поражения ЦНС гипоксически-ишемического генеза с синдромом угнетения и повышенной нервно-рефлекторной возбудимости [12]. В тоже время имеются сведения, что доношенные дети, рожденные с помощью ВРТ, на неонатальном этапе достоверно не отличаются от детей после естественно наступившей беременности [23].

Исследования состояния здоровья в младенческом периоде и периоде раннего детства у рожденных после ЭКО детей диагностируют: высокий риск неврологических проблем, болезни органов дыхания, эндокринной системы, расстройства пищеварения и нарушения обмена веществ, болезни кожи и подкожной клетчатки, мочеполовой системы, подверженность инфекционным заболеваниям, аномалии развития, отставание в развитии [6, 10, 14, 18, 26, 31, 51]. Согласно исследованиям [6, 8], выявленные нарушения при должном медицинском сопровождении и уходе могут компенсироваться к концу 1-1,5 лет. В катамнестическом наблюдении за детьми, рожденными с помощью ЭКО, исследователями [7, 39, 40] не выявлено каких-либо специфических нарушений здоровья. Также указывается, что обнаруженные некоторые различия между детьми группы ЭКО и естественной беременности в основном объясняются повышенным риском и частотой преждевременных родов при применении ВРТ и тревожным отношением к детям со стороны родителей и значимых близких, которые формируют статистику обращений за медицинской помощью по любому, вызывающему опасения, вопросу [6, 20, 56].

Таким образом, приведенные сведения о состоянии здоровья детей, рожденных с применением ЭКО, не дают однозначного ответа о возможности прогнозировать состояние психофизического развития и здоровья детей, однако есть четкие сведения о наличии риска их врожденных нарушений.

Недостаточно данных о психическом развитии и долгосрочных последствиях ЭКО относительно психологического благополучия. В некоторых исследованиях ставится проблема, что рожденные с помощью применения ВРТ дети, особенно зачатые после многократных попыток ЭКО, могут попадать в группу риска по психическому развитию [19, 20] и иметь неблагоприятные тенденции [2]. Ряд исследователей отмечает, что у зачатых посредством ЭКО детей чаще, чем в общей популяции, диагностированы: повышенная чувствительность и возбудимость, неустойчивость вегетативных реакций, неврологические заболевания, нарушения сна и аппетита, общая двигательная расторможенность, задержка речевого развития [2, 41] в сравнении с детьми, зачатыми естественно.

Наряду с данными о проблемах в психическом развитии, результаты исследований свидетельствуют, что психическое развитие детей, зачатых при помощи ВРТ, соответствует нормативным возрастным показателям. В рамках лонгитюдных

исследований [24, 32, 33, 45, 50] приводятся факты, что психическое и психомоторное развитие таких детей в течение первого года и дошкольного возраста соответствует норме, что может быть также связано с тем, что они имеют достоверно более высокие показатели качества семейного окружения и качества жизни [15]. Результаты, основанные на данных национальных реестров, опровергают повышение риска задержки психического развития детей группы ЭКО [46, 47, 53].

Относительно когнитивного развития детей, зачатых с помощью ЭКО, результаты исследования. [20] показывают его связь с количеством попыток. Так, установлено, что, дети, зачатые в результате 1–3 попыток ЭКО, на первом году жизни проявляют существенное отличие в познавательном развитии по сравнению с детьми, зачатыми естественно: норма развития встречается значительно реже, чем у зачатых спонтанно, однако на втором и третьем году жизни таких различий не обнаружено. У зачатых в результате 4–9 попыток ЭКО детей нормальное познавательное развитие было диагностировано существенно реже, чем у детей, зачатых в результате 1–3 попыток ЭКО и у спонтанно зачатых на всем протяжении раннего возраста [19, 20]. В некоторых исследованиях акцентируют внимание на реальном риске (1,18) возникновения умственной отсталости у некоторых детей, появившихся на свет с использованием ВРТ, особенно с применением технологии ИКСИ [28, 56], а также на риске снижения интеллектуальной деятельности.

Согласно результатам сравнительных исследований [7, 43], рожденные с использованием ЭКО доношенные дети демонстрируют отсутствие статистически значимых различий в интеллектуальном развитии по сравнению с детьми, зачатыми естественным образом. Риск отставания и низкой успешности в освоении знаний и навыков, соответствующих возрастной норме, отмечается у детей, рожденных с 4 и более попытки ЭКО [19]. Показано, что когнитивное развитие на протяжении 5 лет жизни и в школьном возрасте, позволяющее освоить школьные знания, и психосоциальное развитие этих детей соответствуют норме [39, 50, 54, 56]. В ряде научных работ приводятся факты о существовании гендерных различий в когнитивном развитии. Так, выявлено, что у мальчиков, рожденных с помощью ВРТ, имеется более низкий уровень выраженности когнитивных проблем, чем у мальчиков, рожденных от спонтанной беременности, у девочек наблюдается обратная тенденция [45]. В то же время в публикациях встречаются данные о превышении популяционной нормы по когнитивному развитию у детей, зачатых с использованием ЭКО [15, 16, 35, 37, 44]. Эти данные объясняются достоверно более высокими показателями качества внутрисемейных отношений и качества жизни семьи, в том числе заинтересованностью родителей в благополучии своих детей и концентрацией усилий на их развитии.

В отношении эмоционального и социального развития выявлено, что поведенческие, эмоциональные и социальные трудности, а также проблемы школьной адаптации в большей мере характерны для детей, зачатых с помощью ВРТ, чем для зачатых спонтанно [19, 20, 44]. Матери детей, рожденных посредством ЭКО, сообщают о более серьезных трудностях с поведением своего ребенка только в первый год его жизни. В период младшего школьного возраста отмечают появление незначительных признаков некоторых эмоциональных и поведенческих проблем, однако к началу полового созревания психосоциальное функционирование соответствует вариантам нормы [24]. В то же время в некоторых зарубежных исследованиях не обнаружено достоверно значимого превышения показателей дизадаптации, клинически значимых поведенческих про-

блем и аффективных нарушений у детей, рожденных с применением ЭКО по сравнению с детьми от спонтанной беременности [30, 35]. Не выявлено значимых различий в коммуникативных навыках, уверенности в себе, адаптации и самоконтроле [25, 59]. Установлено, что незапланированные и нежеланные дети проявляют больше поведенческих проблем, чем их запланированные сверстники, что применимо к рожденным с применением ВРТ [38]. Также существуют данные о том, что социальное развитие детей, зачатых с использованием ЭКО, даже несколько превышает популяционную норму [38].

При оценке психологических свойств и характеристик детей зачатых естественным способом и с применением ЭКО [29, 54], обнаружена предрасположенность к меньшему уровню экстернализирующего поведения (т. е. проблемы с вниманием, агрессия, нарушение правил). При этом не выявлено значимых отличий в группах по характеристикам коммуникативной компетентности, асертивному поведению и социализации [59]. Согласно мнению родителей и учителей, у детей, рожденных с помощью ЭКО, имеется относительный риск депрессивного и замкнутого поведения, однако, по данным самоотчетов детей, значимых различий не выявлено [43]. Данные относительно риска аутизма у детей от индуцированной беременности также противоречивы: одни результаты подтверждают использование технологии ЭКО как значимого фактора риска для возникновения расстройств F 84 [25, 60], другие не находят подтверждения этой гипотезы [28, 42, 52].

Различия в существующих данных в отношении здоровья и развития детей, рожденных с помощью ЭКО, объясняют особенностями реализации исследований. К ним относят: малые выборки респондентов, методологические ограничения, субъективность при сборе данных и интерпретации [3, 6, 20, 56], отсутствие российской базы данных долгосрочных исследований [6, 20] и возможности подключения к мировым реестрам сведений [20, 53]; отсутствие или неполный учет биопсихосоциальных факторов развития и здоровья детей [3]; влияние окружающей среды в период беременности [3]; небольшое количество изучаемых параметров и характеристик развития [20]; превалирование выборок детей раннего возраста и недостаток подростковых и возрастных групп обследуемых [3, 8, 20]; нежелание родителей делиться информацией о способе зачатия и состоянии здоровья ребенка [4, 44]; проведение исследований по произвольному протоколу [4, 56], субъективность при сборе данных и интерпретации [19] и т. д.

В литературе представлены результаты исследований, указывающих на связь показателей развития и здоровья детей, рожденных с помощью ЭКО, с причиной и длительностью недостаточности репродуктивной сферы родителей, общим соматическим состоянием здоровья и возрастом [4, 6, 20], психическим здоровьем матери, лекарственной терапией матери до и после ЭКО, параметрами питательной среды для эмбриона и половых клеток, стадией имплантации, использованием криоконсервации, многоплодием и т. д. [6, 10, 19]. Женщины, получающие лечение бесплодия методом ЭКО, намного чаще оказываются первыми и старородящими, что может быть причиной перинатальных осложнений [58]. Увеличение частоты церебрального паралича и задержки психического развития, связанные с факторами недоношенности и низким весом при рождении, могут определяться многоплодной беременностью и факторами здоровья со стороны пациентки, а не использованием ВРТ [6, 12, 20]. Исследователи говорят о возможной связи ЭКО с аутизмом и нарушениями когнитивного развития детей в случаях материнского и акушерского факторов [39, 43, 53, 57]. В то же время

многие исследователи считают, что не сама процедура ЭКО является определяющим фактором, а во многом таковым может являться здоровье матери, которое в различных исследованиях представлено состоянием репродуктивного, соматического, психического и психологического здоровья [11, 22, 23, 56].

Выявление связи состояния здоровья матери как системного феномена, представленного взаимосвязями репродуктивного, соматического, психического и психологического компонентов, и психического развития и здоровья ребёнка, родившегося с помощью ЭКО, на протяжении пренатального периода и периода раннего онтогенеза позволит расширить представления о факторах психического развития и здоровья детей, рожденных с помощью ЭКО. Цель исследования будет реализовываться посредством следующих основных методов: организационные методы - комплексный метод, который предполагает изучение клинических, физических, психологических, социальных показателей в их взаимосвязях; лонгитюдный метод, который направлен на выявление особенностей психического развития и здоровья детей, зачатых с помощью ЭКО, во взаимосвязи с системными показателями здоровья матери; сравнительный метод позволяет проследить динамику изменений в показателях развития и здоровья детей, здоровья матери; психодиагностический метод включает анкеты, опросники, свободные высказывания, завершающие предложение, семантический дифференциал (протоколы психодиагностической программы соотнесены с зарубежными лонгитюдными исследованиями [27, 34, 48, 55], что представляет возможности для кросскультуральных сравнений; улинический метод представлен сбором данных Карт беременной женщины относительно репродуктивного, соматического и психического здоровья, неонатальных данных, полученных при рождении ребенка; биологический метод оценки минерального гомеостаза позволит определить биологические риски здоровья женщин и наследственные риски нарушения здоровья их детей.

Результаты комплексного лонгитюдного исследования могут быть положены в основу разработки системы комплексной медико-психологической помощи женщинам на этапах лечения бесплодия по программе ЭКО, вынашивания беременности, постнатальном периоде, решающей профилактические, коррекционные и реабилитационные задачи в системе охраны здоровья матери и ребенка, и будут представлять научную основу для разработки профилактических, развивающих программ для детей ранних периодов развития.

Таким образом, существование противоречивых данных в отношении развития и здоровья детей, рожденных с помощью ЭКО, междисциплинарный характер проблемы, ограниченность сведений о биопсихосоциальных факторах развития и здоровья детей, методологические недочеты исследований объективируют проблему здоровья матери, рассматриваемого в качестве системного феномена, как фактора, связанного с вариантами психического развития и состояния здоровья детей в периодах раннего детства. Использование опыта в проведении лонгитюдных исследований и возможности подключения к мировым реестрам здоровья и развития детей, рожденных с использованием ЭКО, открывает перспективы для более глубокого изучения и выявления достоверных закономерностей в системе факторов, определяющих психическое развитие и здоровья детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бахтиярова В.О. Состояние здоровья детей, родившихся в результате экстракорпорального оплодотворения и искусственного осеменения: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1993. 58 с.

2. Битенский В.С., Чернова Т.М. Анализ исследования психического здоровья детей, родившихся с помощью экстракорпорального оплодотворения // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. 2002. № 2. С. 54-57.

3. Геномика поведения: детское развитие и образование / под ред. С.Б. Малых, Ю.В. Ковас, Д.А. Гайсиной. Томск: Издательский Дом Томского государственного университета, 2016. 446 с.

4. Здоровье детей, рожденных после ЭКО / Г.М. Савельева, М.А. Курцер, Е.М. Карачунская и др. // Акушерство и гинекология. 2010. № 5. С. 49-54.

5. Кешишян Е.С. Анализ состояния здоровья детей, рожденных методом ЭКО, наблюдавшихся в центре коррекции развития детей раннего возраста 1998—2014 гг. // Репродуктивные технологии сегодня и завтра. Мат-лы XXIV Международной конф. РАРЧ (Ярославль, 3-6 сентября 2014 г.). М., 2014. С. 100-103.

6. Кешишян Е.С., Царегородцев А.Д., Зиборова М.И. Состояние здоровья и развитие детей, рожденных после экстракорпорального оплодотворения // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2014. № 5. С. 15-25.

7. Киселева М.А. Здоровье детей, рожденных доношенными в результате применения вспомогательных репродуктивных технологий // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». 2016. № 1. С. 32-36.

8. Копылова И.В., Витязева И.И. Здоровье и эндокринный статус детей, рожденных с помощью методов вспомогательных репродуктивных технологий (обзор литературы) // Проблемы эндокринологии. 2012. № 1. – С. 54-60.

9. Корсак В.С., Смирнова А.А., Шурыгина О.В. ВРТ в России. Отчет за 2015 год. СПб., 2017. 29 с.

10. Мельник Л.А., Иова А.С., Щугарева Л.М. Состояние здоровья детей, рожденных при помощи вспомогательных репродуктивных технологий // Педиатрия. 2017. Т.96. № 1. С.110-116.

11. Михеева Е.М., Пенкина Н.И. Здоровье детей, рожденных с использованием вспомогательных репродуктивных технологий // Практическая медицина. 2014. № 9 (85). С. 47-51.

12. Новикова Н.О., Ипполитова Л.И. Особенности раннего неонатального периода у детей после экстракорпорального оплодотворения // Вестник новых медицинских технологий. 2013. Т. 20. № 2. С. 271.

13. Особенности родоразрешения и состояния новорожденных у женщин после ЭКО / В.О. Атласов, Г.В. Долгов, Н.А. Куликова и др. // Ж. акушерства и женских болезней. 2004. № 52. С.37-41.

14. Особенности состояния здоровья детей первого года жизни, родившихся после экстракорпорального оплодотворения от одноплодной беременности / Н.Д. Гаджимурадова, Л.А. Пыхтина, О.М. Филькина и др. // Современные проблемы науки и образования. 2016. № 2. URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=24320> (дата обращения: 18.03.2019).

15. Печенина В.А. Состояние эмоциональной сферы и эмоциональное благополучие детей, родившихся в результате экстракорпорального оплодотворения // Евразийский Союз Ученых. 2016. № 1 (22). С. 72-75.

16. Плаксина А.Н., Ковтун О.П., Блохина С.И. Оценка показателей качества жизни детей, рожденных при помощи вспомогательных репродуктивных технологий // Системная интеграция в здравоохранении: Электронный научный журнал. 2011. № 1. С. 83—89. URL: <http://sys->

int.ru/sites/default/files/sys_int_99_1_11_2011_0.pdf (дата обращения 18.03.2019).

17. Постановление Правительства РФ от 22 октября 2012 г. № 1074 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов». Система ГАРАНТ: URL: <http://base.garant.ru/70246050/#ixzz4z8ST1aRC> (дата обращения 18.03.2019).

18. Рищук С.В., Душенкова Т.А., Мирский В.Е. Вспомогательные репродуктивные технологии и здоровье населения // Медицинский альманах. 2014. № 4 (34). С. 71-74.

19. Соловьева Е.В. Дети, зачатые посредством ЭКО: особенности психического развития // Психологическая наука и образование psyedu.ru. 2014. – № 1. – С. 261-272. URL: http://psyedu.ru/files/articles/psyedu_ru_2014_1_Solov%D1%83eva.pdf (дата обращения: 18.03.2019).

20. Соловьева Е.В. Особенности развития детей, зачатых при помощи вспомогательных репродуктивных технологий // Современная зарубежная психология. 2014. Т. 3. № 4. С.33-48.

21. Состояние здоровья новорожденных от многоплодной индуцированной беременности / М.К. Соболева, Д.А. Киншт, И.В. Айзикович и др. // Репродуктивные технологии сегодня и завтра. Мат-лы XII Международной конф. РАРЧ (Геленджик, 8-11 сентября 2012 г.). Краснодар, 2012. С.123-124.

22. Стасова Ю.В, Терещенко В.А. Особенности здоровья детей, рожденных с помощью применения репродуктивных технологий по данным ПЦ СО // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. 2014. Т. 4. № 4. С. 333-333. URL: <https://medconfer.com/files/archive/2014-04/2014-04-376-T-3567.pdf> (дата обращения: 18.03.2019).

23. Черненко Ю.В., Нечаев В.Н., Стасова Ю.В. Оценка показателей здоровья детей, рожденных с помощью применения репродуктивных технологий // Саратовский научно-медицинский журнал. 2014. Т. 10. №4. С.683–688.

REFERENCES

1. Bahtiarova V.O. Sostojanie zdorov'ja detej, rodivshih'sja v rezul'tate jekstrakorporal'nogo oplodotvorenija i iskusstvennogo osemenenija: avtoref. dis. ... kand. med. nauk. M., 1993. 58 s.

2. Bitenskiy V.S., Chernova T.M. Analiz issledovanija psihicheskogo zdorov'ja detej, rodivshih'sja s pomoshh'ju jekstrakorporal'nogo oplodotvorenija // Visnik psihiatrii ta psihofarmakoterapii. 2002. № 2. S. 54-57.

3. Genomika povedenija: detskoe razvitie i obrazovanie / pod red. S.B. Malyh, Ju.V. Kovas, D.A. Gajsinov. Tomsk: Izdatel'skij Dom Tomskogo gosudarstvennogo universiteta, 2016. 446 s.

4. Zdorov'e detej, rozhdennyh posle JeKO / G.M. Savell'eva, M.A. Kurcer, E.M. Karachunskaja i dr. // Akusherstvo i ginekologija. 2010. № 5. S. 49-54.

5. Keshishjan E.S. Analiz sostojanija zdorov'ja detej, rozhdennyh metodom JeKO, nabljudavshih'sja v centre korrekcii razvitija detej rannego vozrasta 1998—2014 gg. // Reprodukativnye tehnologii segodnja i zavtra. Mat-ly XXIV Mezhdunarodnoj konf. RARCh (Jaroslavl', 3-6 sentjabrja 2014 g.). M., 2014. S. 100-103.

6. Keshishjan E.S., Caregorodcev A.D., Ziborova M.I. Sostojanie zdorov'ja i razvitie detej, rozhdennyh posle jekstrakorporal'nogo oplodotvorenija // Rossijskij vestnik perinatologii i pediatrii. 2014. № 5. S. 15-25.

7. Kiseleva M.A. Zdorov'e detej, rozhdennyh donoshennymi v rezul'tate primenenija vspomogatel'nyh reprodukivnyh tehnologij // Kurskij nauchno-prakticheskij

vestnik «Chelovek i ego zdorov'e». 2016. № 1. S. 32-36.

8. Kopylova I.V., Vitjazeva I.I. Zdorov'e i jendokrinnyj status detej, rozhdennyh s pomoshh'ju metodov vspomogatel'nyh reproduktivnyh tehnologij (obzor literatury) // Problemy jendokrinologii. 2012. № 1. – S. 54-60.

9. Korsak V.S., Smirnova A.A., Shurygina O.V. VRT v Rossii. Otchet za 2015 god. SPb., 2017. 29 s.

10. Mel'nik L.A., Iova A.S., Shhugareva L.M. Sostojanie zdorov'ja detej, rozhdennyh pri pomoshhi vspomogatel'nyh reproduktivnyh tehnologij // Pediatrija. 2017. T.96. № 1. S.110-116.

11. Miheeva E.M., Penkina N.I. Zdorov'e detej, rozhdennyh s ispol'zovaniem vspomogatel'nyh reproduktivnyh tehnologij // Prakticheskaja medicina. 2014. № 9 (85). S. 47-51.

12. Novikova N.O., Ippolitova L.I. Osobennosti rannego neonatal'nogo perioda u detej posle jekstrakorporal'nogo oplodotvorenija // Vestnik novyh medicinskih tehnologij. 2013. T. 20. № 2. S. 271.

13. Osobennosti rodorazreshenija i sostojanija novorozhdennyh u zhenshin posle JeKO / V.O. Atlasov, G.V. Dolgov, N.A. Kulikova i dr. // Zh. akusherstva i zhenskih boleznej. 2004. № 52. S.37-41.

14. Osobennosti sostojanija zdorov'ja detej pervogo goda zhizni, rodivshihsja posle jekstrakorporal'nogo oplodotvorenija ot odnoplodnoj beremennosti / N.D. Gadzhimuradova, L.A. Pyhtina, O.M. Fil'kina i dr. // Sovremennye problemy nauki i obrazovanija. 2016. № 2. URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=24320> (data obrashhenija: 18.03.2019).

15. Pechenina V.A. Sostojanie jemocional'noj sfery i jemocional'noe blagopoluchie detej, rodivshihsja v rezul'tate jekstrakorporal'nogo oplodotvorenija // Evrazijskij Sojuz Uchenyh. 2016. № 1 (22). S. 72-75.

16. Plaksina A.N., Kovtun O.P., Blohina S.I. Ocenka pokazatelej kachestva zhizni detej, rozhdennyh pri pomoshhi vspomogatel'nyh reproduktivnyh tehnologij // Sistemnaja integracija v zdavoohranenii: Jelektronnyj nauchnyj zhurnal. 2011. № 1. S. 83—89. URL: http://sys-int.ru/sites/default/files/sys_int_99_1_11_2011_0.pdf (data obrashhenija 18.03.2019).

17. Postanovlenie Pravitel'stva RF ot 22 oktjabrja 2012 g. № 1074 «O programme gosudarstvennyh garantij besplatnogo okazanija grazhdanam medicinskoj pomoshhi na 2013 god i na planovyj period 2014 i 2015 godov». Sistema GARANT: URL: <http://base.garant.ru/70246050/#ixzz4z8ST1aRC> (data obrashhenija 18.03.2019).

18. Rishhuk S.V., Dushenkova T.A., Mirskij V.E. Vspomogatel'nye reproduktivnye tehnologii i zdorov'e naselenija // Medicinskij al'manah. 2014. № 4 (34). S. 71-74.

19. Solov'eva E.V. Deti, zachatye posredstvom JeKO: osobennosti psihicheskogo razvitiya // Psihologicheskaja nauka i obrazovanie psyedu.ru. 2014. – № 1. – S. 261-272. URL: http://psyedu.ru/files/articles/psyedu_ru_2014_1_Solov%D1%83eva.pdf (data obrashhenija: 18.03.2019).

20. Solov'eva E.V. Osobennosti razvitiya detej, zachatyh pri pomoshhi vspomogatel'nyh reproduktivnyh tehnologij // Sovremennaja zarubezhnaja psihologija. 2014. T. 3. № 4. S.33-48.

21. Sostojanie zdorov'ja novorozhdennyh ot mnogoplodnoj inducirovannoj beremennosti / M.K. Soboleva, D.A. Kinsht, I.V. Ajzikovich i dr. // Reproaktivnye tehnologii segodnja i zavtra. Mat-ly XII Mezhdunarodnoj konf. RARCh (Gelendzhik, 8-11 sentjabrja 2012 g.). Krasnodar, 2012. S.123-124.

22. Stasova Ju.V., Tereshhenko V.A. Osobennosti zdorov'ja detej, rozhdennyh s

pomoshh'ju primenenija reproduktivnyh tehnologij po dannym PC SO // Bjulleten' medicinskih Internet-konferencij. 2014. T. 4. № 4. S. 333-333. URL: <https://medconfer.com/files/archive/2014-04/2014-04-376-T-3567.pdf> (data obrashhenija: 18.03.2019).

23. Chernenkov Ju.V., Nechaev V.N., Stasova Ju.V. Ocenka pokazatelej zdorov'ja detej, rozhdennyh s pomoshh'ju primenenija reproduktivnyh tehnologij // Saratovskij nauchno-medicinskij zhurnal. 2014. T. 10. №4. S.683–688.

24. An overview of studies on early development, cognition, and psychosocial well-being in children born after in vitro fertilization / K. Wagenaar, J. Huisman, P.T. Cohen-Kettenis, H.A. Delemarre-van de Waal // J Dev Behav Pediatr. 2008. Vol.29 (3). P. 219-30.

25. Artificial Reproductive Techniques Follow-up Project (L-art- FUP). Matched follow-up study of 5—8-year-old ICSI singletons: child behaviour, parenting stress and child (health-related) quality of life / M. Knoester, F.M. Helmerhorst, L.A. van der Westerlaken et al. // Hum Reprod. 2007. Vol. 22 (12). P. 3098-3107.

26. Assisted reproductive technologies and the risk of birth defects-a systematic review / Hansen M., Bower C., Milne E. et al. // Hum Reprod. 2005. Vol. 20 (2). P. 328-338.

27. Associations between maternal older age, family environment and parent and child wellbeing in families using assisted reproductive techniques to conceive / J. Boivin, F. Rice, D. Hay, G. Harold, A. Lewis, M.M. van den Bree, A. Thapar // Social science & medicine. 2009. Vol. 68(11). P. 1948-1955.

28. Autism and mental retardation among offspring born after in vitro fertilization / S. Sandin, K.G. Nygren, A. Iliadou, C.M. Hultman, A. Reichenberg // JAMA. 2013. №310. P. 75–84.

29. Behavior and socioemotional functioning in 9—18-year-old children born after in vitro fertilization / K. Wagenaar, M.M. van Weissenbruch, F.E. van Leeuwen et al. // Fertil Steril. 2009. Vol. 92 (6). P. 1907-1914.

30. Behavioral, cognitive, and motor performance and physical development of five-year-old children who were born after intracytoplasmic sperm injection with the use of testicular sperm / A.M. Meijerink, L. Ramos, A.J. Janssen et al. // Fertility and Sterility. 2016. Vol. 106 (7). P. 1673-1682.

31. Birth defects in children conceived by in vitro fertilization and intracytoplasmic sperm injection: a meta-analysis / J. Wen, J. Jiang, C. Ding et al. // Fertility and Sterility. 2012. Vol. 97 (6). P. 1331-1337.

32. Bower C., Hansen M. Assisted reproductive technologies and birth outcomes: overview of recent systematic reviews // Reprod Fertil. 2005. № 173. P. 329—333.

33. Colpin H., Soenen S. Parenting and psychosocial development of IVF children: a followup study // Human Reproduction. 2002. Vol. 17 (4). P. 1116-1123. URL: <http://humrep.oxfordjournals.org/content/17/4/1116.short> (date of the application 18.03.2019).

34. Disentangling genetic and environmental influences on children's development: introducing a novel methodology / G.T. Harold, K.H. Shelton, F. Rice et al. // Acta Psychologica Sinica. 2008. Vol. 40(10). P. 1124-1134.

35. Effects of pregnancy planning, fertility, and assisted reproductive treatment on child behavioral problems at 5 and 7 years: evidence from the Millennium Cohort Study / C. Carson, M. Redshaw, A. Sacker, Y. Kelly, J.J. Kurinczuk, M.A. Quigley // Fertility and Sterility. Vol. 99 (2). P. 456-463.

36. Faddy M.J., Gosden M.D., Gosden R.G. A demographic projection of the contribution of assisted reproductive technologies to world population growth // Re-

productive BioMedicine Online. 2018. Vol. 36. P. 455-458. URL: [http://www.rbmojournal.com/article/S1472-6483\(18\)30039-7/pdf](http://www.rbmojournal.com/article/S1472-6483(18)30039-7/pdf). (date of the application 18.03.2019).

37. Golombok S., MacCallum F. Practitioner review: Outcomes for parents and children following non-traditional conception: What do clinicians need to know? // *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 2003. Vol. 44 (3). P. 303-315.

38. Golombok S., R. Cook, A. Bish, C. Murray Families created by the new reproductive technologies: Quality of parenting and social and emotional development of the children // *Child Development*. 1995. Vol. 64 (2). P. 285-298.

39. Hart R., Norman R.J. The longer-term health outcomes for children born as a result of IVF treatment: Part I – General health outcomes // *Human Reproduction Update*. 2013. Vol.19 (3). P. 232–243.

40. Hart R., Norman R.J. The longer-term health outcomes for children born as a result of IVF treatment. Part II – Mental health and development outcomes. *Human Reproduction Update*. 2013. Vol.19 (3). P. 244-250.

41. Health of children born as a result of in vitro fertilization [Electronic resource] / R. Klemetti, T. Sevón, M. Gissler, E. Hemminki // *Pediatrics*. 2006. Vol. 118 (5). P. 1819-1827.

42. Kamowski-Shakibai M. T., Magaldi N., Kollia B. Parent-reported use of assisted reproduction technology, infertility, and incidence of autism spectrum disorders // *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2015. Vol. 9. P. 77-95.

43. Leunens L., Celestin-Westreich S., Bonduelle M. Follow-up of cognitive and motor development of 10-year-old singleton children born after ICSI compared with spontaneously conceived children // *Hum Reprod*. 2008. Vol. 23 (1). P. 105-111.

44. Medical, cognitive, emotional and behavioral outcomes in school-age children conceived by in vitro fertilization / R. Levy Shiff, E. Vakil, L. Dimitrovsky et al. // *Journal of Clinical Child Psychology*. 1998. Vol. 27 (3). P. 320-329.

45. Mental health and developmental outcomes for children born after ART: a comparative prospective study on child gender and treatment type / R.L. Punamäki, A. Tiitinen, J. Lindblom et al. // *Hum Reprod*. 2016. Vol. 31(1). P. 100-107.

46. Mental, psychomotor, neurologic, and behavioral outcomes of 2-year-old children born after preimplantation genetic screening: follow-up of a randomized controlled trial / K.J. Middelburg, M. Van der Heide, B. Houtzager et al. // *Fertility and Sterility*. 2011. Vol. 96 (1). P. 165-169.

47. Neuromotor, cognitive, language and behavioural outcome in children born following IVF or ICSI-a systematic review / K.J. Middelburg, M.J. Heineman, A.F. Bos et al. // *Hum Reprod Update*. 2008. Vol. 14 (3). P. 219-231.

48. Phenotypic and genetic associations between reading comprehension, decoding skills, and ADHD dimensions: evidence from two population-based studies / V. Plourde, M. Boivin, N. Forget-Dubois // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2015. Vol. 56 (10). P. 1074-1082.

49. Post-neonatal health and development of children born after assisted reproduction: a systematic review of controlled studies / A.K. Ludwig, A.G. Sutcliffe, K. Die-drich, M. Ludwig // *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2006. Vol. 127 (1). P. 3-25.

50. Psychological follow-up study of 5-year old ICSI children / I. Ponjaert Kristoffersen, T. Tjus, J. Nekkebroeck, J. Squires, D. Verter, M. Heimann et al. // *Human Reproduction*. 2004. Vol. 19 (12). P. 2791-2797.

51. Reproductive technologies and the risk of birth defects / M.J. Davies, V.M.

Moore, K.J. Willson et al. // *N Engl J Med*. 2012. Vol. 366 (19). P. 1803-1813.

52. Risk of autism spectrum disorders in children born after assisted conception: a population-based follow-up study / D. Hvidtjørn, J. Grove, D. Schendel et al. // *J Epidemiol Community Health*. 2011. Vol. 65 (6). P. 497-502.

53. Risk of stillbirth and infant deaths after assisted reproductive technology: a Nordic study from the CoNARTaS group / A.A. Henningsen, U.B. Wennerholm, M. Gissler et al. // *Hum Reprod*. 2015. Vol. 30 (3). P. 710-716.

54. Self-reported behavioral and socioemotional functioning of 11-to 18-year-old adolescents conceived by in vitro fertilization / Wagenaar K., van Weissenbruch M.M., van Leeuwen F.E. et al. // *Fertil Steril*. 2011. Vol. 95 (2). P. 611-616.

55. The Cardiff Study of All Wales and North West of England Twins (CaStANET): a longitudinal research program of child and adolescent development / M. van den Bree, F. Rice, T.A. Fowler et al. // *Twin Research and Human Genetics*. 2007. Vol. 10 (1). P. 13-23.

56. The impact of specific fertility treatments on cognitive development in childhood and adolescence: a systematic review / A.R. Rumbold, V.M. Moore, M.J. Whitrow et al. // *Human Reproduction*. 2017. Vol. 32 (7). P. 1489-1507.

57. The nature of nurture: Disentangling passive genotype–environment correlation from family relationship influences on children's externalizing problems / G.T. Harold, L.D. Leve, K.K. Elam et al. // *Journal of Family Psychology*. 2013. Vol. 27(1). P. 12.

58. The psychological status at school age of children conceived by in vitro fertilization / T.R. Montgomery, F. Aiello, R.D. Adelman et al. // *Human Reproduction*. 1999. Vol. 14 (8). P. 2162-2167.

59. The social adaptation of children born after ICSI compared with IVF-conceived children: a study from China / Xing L.F., Qu F. Qian Y.L. et al // *J Obstet Gynaecol*. 2011. Vol. 31 (8). P. 751-753.

60. Zachor D.A., Ben Itzhak E. Assisted reproductive technology and risk for autism spectrum disorder // *Research in Developmental Disabilities*. 2011. Vol. 32 (6). P. 2950-2956.

A.V. Silaeva^{1,2}, Yu.V. Kova^{1,3}, T.G. Bohan^{1,2}, J.F. Gaifulina², Yu.V. Okkel²

THE HEALTH OF THE MOTHER AS A FACTOR IN MENTAL DEVELOPMENT AND HEALTH OF CHILDREN BORN USING IVF

¹National research Tomsk state University, ²Siberian state medical University (Tomsk), ³Goldsmiths University of London (London).

Summary. The article presents the data of foreign and domestic studies of the state of health and mental development of children born with in vitro fertilization. The article deals with the problem of identifying the relationship of maternal health as a systemic phenomenon, represented by the relationship of reproductive, somatic, mental and psychological components, as well as mental development and health of the child born through assisted reproductive technologies.

Keyword: mental development, health, children born with in vitro fertilization.

**ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ПЕЧАТНЫХ РАБОТ,
присылаемых для публикации в журнале «Вопросы психического здоровья
детей и подростков (Научно-практический журнал психиатрии, психоло-
гии, психотерапии и смежных дисциплин)»**

1. Содержание работы должно соответствовать тематике журнала и его рубрикам. Журнал не публикует планы и проекты.

2. Статья набирается **шрифтом Times New Roman, кегль 14, интервал 1,5 строки, поля 2 см сверху, снизу, 3 см слева, 1,5 см справа.**

3. Графики, рисунки, диаграммы изображаются **в черно-белом формате, ДОСТУПНОМ ДЛЯ РЕДАКТИРОВАНИЯ.**

4. Объем работы: **авторские статьи – до 14 стр., краткие сообщения – до 7 стр.;** архивные материалы, обзоры литературы, методические материалы, лекции могут превышать 14 стр. (в этом случае они публикуются с разбивкой на несколько выпусков).

5. В начале каждого материала указываются авторы с полными инициалами, название работы, представляемые организации, город.

6. Полному тексту предшествуют резюме (1 абзац до 10 строк) и ключевые слова.

7. В конце статьи (после списка литературы) излагаются **на английском языке** авторы с полными инициалами, название работы, представляемые организации, город, резюме (1 абзац до 10 строк) и ключевые слова.

8. **ВСЕ УПОМИНАЕМЫЕ В СТАТЬЕ АВТОРЫ** должны отражаться в пристатейном списке литературы. Ссылки на литературные источники в тексте даются цифрами (соответственно пристатейному списку) в квадратных скобках.

9. Список литературы оформляется **В АЛФАВИТНОМ ПОРЯДКЕ** соответственно требованиям Государственного стандарта, вначале источники на русском языке (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. В случае наличия замечаний рецензента рецензия направляется автору без указания имени рецензента. Решение о публикации (или отклонении) статьи принимается Редколлегией после получения рецензии и, если статья требует доработки, ответа 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 19.03.2019 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