

ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

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

ISSN 2305-9133

2019 (19), №3

«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. 2019

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 ГБУ Городского научно-практического центра по защите прав детей «ДЕТСТВО».

СОДЕРЖАНИЕ

ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ, СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА И СМЕЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ

И.П. Логинов, С.З. Савин, Е.В. Солодка СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПОДРОСТКОВ РОССИИ И КНР.....	4
А.С. Буслаева ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ ХРОНИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ.....	13
О.И. Богачева, М.В. Иванов ОСОБЕННОСТИ МАТЕРИНСКОГО ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА.....	21
Н.Л. Белопольская ВОЗРАСТНО-ТЕЛЕСНЫЕ ИДЕНТИФИКАЦИИ У ПОДРОСТКОВ С РЕАЛЬНЫМИ И МНИМЫМИ ДЕФЕКТАМИ ВНЕШНОСТИ.....	29

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

Т.А. Куприянова, Е.В. Корень СИНДРОМ МЮНХГАУЗЕНА <i>ВУ ПРОХУ</i> В ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.....	37
В.В. Колягин, Е.П. Чернигова НЕПРАВИЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА У ПОДРОСТКОВ ДРУГИХ РАССТРОЙСТВ ВМЕСТО БИПОЛЯРНОГО (ПРИЧИНЫ; КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ).....	46
С.В. Гречаный, Е.В. Кождей СЛУЧАЙ СКРЫТЫХ ИНФАНТИЦИДНЫХ ДЕЙСТВИЙ У ПАЦИЕНТКИ С ПОСЛЕРОДОВЫМ ПСИХИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ.....	55

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

Т.В. Раева, А.В. Леонова, В.В. Проботюк ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ, СОПРОВОЖДАЮЩИХ ЗАДЕРЖКУ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.....	64
И.Н. Рахманина, Т.Ю. Овсянникова ОСОБЕННОСТИ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСТРАНСТВА ПОДРОСТКОВ С ОТКЛОНЯЮЩИМСЯ ПОВЕДЕНИЕМ.....	70
Ю.Л. Уланова МОТИВАЦИЯ УЧЕНИЯ ПОДРОСТКОВ В СОВРЕМЕННОМ ИНФОРМАЦИОННОМ ПРОСТРАНСТВЕ.....	76
Л.И. Доева, В.В. Ильченко ЭТНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ПОЛА РЕБЕНКА В ТРАДИЦИОННОЙ ОСЕТИНСКОЙ СЕМЬЕ.....	82

ОСОБАЯ ТЕМА

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА В ШКОЛЕ

В.В. Зарецкий, В.К. Рябцев, В.В. Ряшина ИНДИКАТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ВОСПИТАННИКАМИ, СКЛОННЫМИ К ДЕВИАНТНОМУ ПОВЕДЕНИЮ, В УЧРЕЖДЕНИЯХ ДЛЯ ДЕТЕЙ-СИРОТ И ДЕТЕЙ, ОСТАВИХСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ.....	87
И.В. Полякова ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ: ТОЧНОСТЬ ВОСПРИЯТИЯ И САМОРЕГУЛЯЦИЯ.....	106

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ, ЛЕКЦИИ, МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

В.И. Брутман ПСИХОГЕННЫЕ РЕАКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ – ПРЕГНАНТОГЕНИИ.....	114
Т.Г. Светличная, Е.А. Смирнова ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ И ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.....	126
О.П. Шамова УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ: ОБЗОР ПУБЛИКАЦИЙ ПОСЛЕДНЕГО ДЕСЯТИЛЕТИЯ.....	134
ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ПЕЧАТНЫХ РАБОТ.....	144

CONTENTS

PSYCHIATRY, PSYCHOLOGY, PSYCHOTHERAPY, SOCIAL PEDAGOGICS AND ALLIED DIRECTIONS

I.P. Loginov, S.Z. Savin, Ye.V. Solodkaya

COMPARATIVE ANALYSIS OF DEPRESSIVE DISORDERS AMONG ADOLESCENTS
IN RUSSIA AND CHINA..... 4

A.S. Buslaeva

EMOTIONAL CONDITIONS OF CHRONICALLY SICK CHILDREN AND ADOLESCENTS
IN HOSPITALIZATION..... 13

O.I. Bogacheva, M.V. Ivanov

SPECIAL CHARACTERISTICS OF THE MATERNAL ATTITUDE TO THE DISEASE
OF CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS..... 21

N.L. Belopolskaya

AGE-BODY IDENTIFICATION IN ADOLESCENTS WITH REAL AND IMAGINARY
APPEARANCE DEFECTS..... 29

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

T.A. Kupriyanova, E.V. Koren

MÜNCHHAUSEN BY PROXY SYNDROME IN CHILD PSYCHIATRY: CLINICAL CASE..... 37

V.V. Kolyagin, E.P. Chernigova

INCORRECT DIAGNOSTICS OF OTHER DISORDERS INSTEAD OF BIPOLAR
IN ADOLESCENTS (REASONS; CLINICAL CASES)..... 46

S.V. Grechanyi, E.V. Kozhadey

THE CASE OF LATENT INFANTILE ACTIVITIES IN A PATIENT WITH POSTPARTUM
PSYCHIATRIC DISORDER..... 55

SHORT COMMUNICATIONS

T.V. Rayeva, A.V. Leonova, V.V. Probotyuk

FEATURES OF MENTAL IMPAIRMENTS, COMORBID DEVELOPMENTAL LANGUAGE
DELAY IN EARLY AGE CHILDREN..... 64

I.N. Rachmanina, T.Yu. Ovsyannikova

THE FEATURES OF NEUROPSYCHOLOGICAL SPACE TEENAGERS
WITH DEVIANT BEHAVIOR..... 70

J.L. Ulanova

EDUCATIONAL MOTIVATION OF TEENAGERS IN MODERN INFORMATION SPACE..... 76

L.I. Doeva, V.V. Ilchenko

ETHNIC FEATURES OF THE FORMATION OF THE PSYCHOLOGICAL SEX OF THE CHILD..... 82

SPECIAL TOPIC

EXPERIMENTAL PREVENTION PROGRAMS AT SCHOOLS

V.V. Zaretsky, V.K. Ryabtsev, V.V. Ryashina

INDICATORS OF THE EFFECTIVENESS OF PREVENTIVE WORK WITH PUPILS PRONE
TO DEVIANT BEHAVIOR IN INSTITUTIONS FOR ORPHANS AND CHILDREN LEFT
WITHOUT PARENTAL CARE..... 87

I.V. Polyakova

MENTAL HEALTH: THE ACCURACY OF PERCEPTION AND SELF-REGULATION..... 106

LITERATURE REVIEWS, LECTURES, METHODOLOGICAL MATERIALS

V.I. Brutman

PSYCHOGENIC REACTIONS IN PREGNANT WOMEN – PREGNANTOGENIES..... 114

T.G. Svetlichnaya, E.A. Smirnova

FORMATION FACTORS AND PECULIARITIES OF INTERNET-DEPENDENCE
MANIFESTATION IN CHILDREN AND ADOLESCENTS..... 126

Shmakova O.P.

MENTAL RETARDATION: A REVIEW OF THE PUBLICATIONS OF THE LAST DECADE..... 134

THE RULES FOR SCIENTIFIC WRITINGS..... 144

И.П. Логинов¹, С.З. Савин², Е.В. Солодкая¹

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕНИЯ

ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПОДРОСТКОВ РОССИИ И КНР

¹Дальневосточный государственный медицинский университет,

²Тихоокеанский государственный университет (Хабаровск).

Резюме. В статье освещены оригинальные методологические подходы к системному анализу процессов распространения непсихотических депрессивных расстройств у подростков. На основе собственных оригинальных методик и статистических материалов, данных отечественных и зарубежных авторов изучаются закономерности поведения, модели и способы коррекции деструктивного поведения. Приводятся методические разработки и математический инструментарий для моделирования нарушений поведения, вызванных непсихотическими депрессивными расстройствами.

Ключевые слова: подростки, системный анализ, депрессивные расстройства, суицидальное поведение, Дальний Восток, Россия, Китай.

Введение. В настоящее время в подростковой психиатрии наметились определенные перспективы в понимании биопсихосоциальных механизмов формирования депрессивных расстройств (ДР). Развитие этой психической патологии зависит от сочетания субъективной значимости психотравмирующей ситуации, тяжести заболевания, продолжительности и степени предрасположенности подростка к развитию депрессии [5, 7, 11]. Значительную роль в возникновении, формировании и развитии ДР играют социальный статус, гендерные особенности, сопутствующая соматическая или психическая патология, индивидуальные возможности организма [1, 2, 3, 10]. Изучение таких пациентов дает возможность не только тщательно исследовать динамику аффективного расстройства, но и выявить его клинические, личностно-психологические и социальные детерминанты, что позволяет создать объективную базу для разработки дифференцированных превентивных программ. Выбор материала и методов исследования определялся тем, что до настоящего времени остается малоизученной роль социально-психологических и этнокультуральных факторов в формировании и клинической динамике ДР у подростков [1, 2, 4, 9, 11].

Материал и методы. Для решения задач применялись следующие методы исследования: клиничко-анамнестический, клиничко-психопатологический, клиничко-социальный, статистический и метод обратного перевода. Программа исследования включала этапы сбора клинического материала (2013-2016 гг.); этап обработки полученных данных (2015-2016 гг.); этап анализа результатов исследования (2016-2017 гг.). Результаты исследования получены при выборочном клиничко-психопатологическом обследовании подростков с непсихотическими ДР, проживающих в районах Хабаровского края и северно-китайской провинции Хэйлунцзян. Материалом для решения поставленных задач послужили

данные рандомизированного исследования 123 больных с симптомами ДР, из которых 61 – этнические китайцы, проживающие в северно-китайской провинции Хэйлунцзян и поступившие на стационарное лечение в 1-й специальный госпиталь г.Харбина и 62 подростка, проживающие на Дальнем Востоке России, поступившие в Хабаровскую краевую психиатрическую больницу. В процессе динамического наблюдения согласно критериям были исключены 14 подростков, и 15 выбыли из исследования в связи со сменой места жительства. Итоговое клинико-психопатологическое обследование завершили 94 подростка с непсихотической депрессией (50 российских и 44 китайских подростка). В основу диагностики непсихотических ДР были положены критерии, базирующиеся на классификации МКБ-10, которые прошли процедуру обратного перевода [3, 8]. Это обусловлено не только общемедицинской традицией, но и разными медико-правовыми подходами к проблеме транскультуральных исследований. В качестве инструмента исследования использовалась «Базисная карта этнокультуральных исследований», разработанная в ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского и включающая социодемографический, этнокультуральный и клинический разделы [5]. Карта заполнялась на каждого обследуемого при личном клиническом собеседовании, дополненного сведениями медицинской документации (амбулаторные карты, истории болезни) и информацией от ближайших родственников пациентов. Все методики в исследовании были проведены через процедуру обратного перевода [3], что позволило избежать явных различий в переводе опросников, использованных в нашем исследовании. Исходя из вышеизложенного, из числа пациентов Краевой клинической психиатрической больницы (Хабаровск, РФ) и Первого специального госпиталя (Харбин, КНР), проходивших лечение в 2013-2016 гг., и были сформированы группы больных, соответствующих следующим критериям включения: наличие установленной связи клинических проявлений и содержания ДР с четко идентифицируемым стрессовым (психотравмирующим) фактором острого или пролонгированного характера; непсихотический уровень ДР; соответствие клинической картины расстройства одной из следующих диагностических рубрик (МКБ-10): депрессивный эпизод легкой, средней степени (F32.0, F32.1); дистимия (F34.1); смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2); расстройство адаптации (F43.20-22); отсутствие признаков психических заболеваний другой этиологии и обострений хронических соматических заболеваний; наличие информированного согласия пациента или его законного представителя на участие в исследовании. При транскультуральных исследованиях основным инструментом явилась формализованная «Карта обследования», разработанная с учетом рекомендаций кафедры психиатрии Харбинского медицинского университета и предназначенная для проведения комплексного изучения ДР у подростков [4, 5, 6]. Все вопросы, поставленные в карте обследования, также проходили процедуру обратного перевода [3]. Карта заполнялась на каждого пациента и включала позиции, сгруппированные в 7 разделов (общие сведения, социодемографические сведения, социально-профессиональные, социокультуральные, клинические и интенционные характеристики ДР; формы и методы интервенционных и поственционных воздействий. Каждый пункт карты

отражал конкретную характеристику пациента и содержал несколько вариантов ответов, один из которых необходимо было выделить при заполнении. Дополнительными источниками информации явились беседы с родными и близкими пациентов, в ходе которых удавалось получить сведения об их поведении, высказываниях, психотравмирующих ситуациях, обстоятельствах. Проводилось изучение имеющейся медицинской документации (предыдущие истории болезни и амбулаторные карты общемедицинских и психиатрических учреждений), из которой можно было извлечь информацию о субклинических и клинических проявлениях ДР. Все больные подвергались как клиническому, так и специальному обследованию. Все методики в нашем исследовании были проведены через процедуру обратного перевода, включающую 5 последовательных этапов: перевод методики с китайского на русский; уточнение перевода экспертами, владеющими русским и китайским языками; экспертиза перевода специалистом русского языка, ориентирующимся в специальности исследователя; обратный перевод текста с русского языка на китайский; сравнение текста оригинала с обратно переведенным текстом, внесение поправок. Применение процедуры обратного перевода позволило нам избежать нескольких явных различий в переводе опросников, использованных в дальнейшем исследовании [3, 5].

Клинико-анамнестический метод использовался при изучении социодемографических и социокультуральных характеристик обследуемых, а также обстоятельств ДР. Применение клинико-эпидемиологического метода позволило выделить и ранжировать по частоте встречаемости выявленные факторы риска. Эпидемиологическое исследование проводилось двумя методами: путем клинического анализа прошлых жизненных событий и установления их значимости в возникновении и развитии ДР (ретроспективный метод) и путем непосредственного клинического обследования пациентов, направленного на выявление факторов, имеющих этиологическое и патогенетическое значение.

Клинико-психопатологический метод использовался при оценке психического состояния каждого исследуемого пациента на момент поступления в стационар. При этом использовались клинические дефиниции и диагностические критерии МКБ-10. Дополнительно к этому применялись формализованные карты исследования, адаптированные как для РФ, так и для КНР: шкала депрессии (HDRS-21) и тревоги Гамильтона и многофакторная оценочная шкала SCL-90. Динамика депрессивного состояния изучалась по степени редукции показателей соответствующих субшкал.

Клинико-социальный метод использовался для оценки выявления факторов риска в макросоциальной и микросоциальной среде подростков. Под макросоциальными факторами понимались социальные условия, непосредственно обусловленные общественным строем, социально-экономической и политической структурой общества. Микросоциальные – факторы, определяемые непосредственным окружением человека (семья, трудовой коллектив, разнообразные неформальные группы).

Статистическая обработка данных проведена с использованием лицензионного пакета прикладных программ Statistica-6. Применялся корреляционный анализ по Спирмену и Пирсону, использован t-критерий Стьюдента при оценке

уровня достоверности $p < 0,05$. На первом этапе исследований осуществлялся сбор первичного научного материала, основанный на критериях включения по социально-демографическим (пол и возраст) и клиническим признакам. На этом этапе проводилось полное клинико-психопатологическое, клинико-социальное и психологическое обследование всех госпитализированных пациентов. На втором этапе проводилась статистическая обработка полученных материалов. На третьем этапе осуществлялись клинический анализ, интерпретация полученных результатов, их сопоставление с существующими литературными данными. Также проводилось обобщение полученных результатов и формулирование выводов исследования, включающих конкретные рекомендации по дифференцированной профилактике ДР и предупреждению повторных эпизодов этой психопатологии.

Результаты и обсуждение. По данным многих исследователей, в настоящее время наблюдается «омоложение» ДР [1, 2, 4, 10, 11]. На настоящий момент нет четких эпидемиологических данных о депрессии у младенцев, но 3 исследования, проведенные в разных странах, выявили, что распространенность детской депрессии составляет 0,5%-3% [10, 11]. Распространенность депрессивных расстройств у детей препубертатного возраста составляет 1%-2%. Выявлено, что у детей в возрасте 8-13 лет риск рецидива составляет 40% в течение 2 лет и 72% в течение 5 лет [11]. Распространенность депрессии у подростков повышается и составляет 3%-8%, а к концу пубертата достигает приблизительно 20% [2, 10]. Гендерное соотношение распространенности расстройств настроения, впервые возникших у подростков 3:1 (женщины:мужчины). До пубертатного периода девочки не обнаруживают большую склонность к депрессии, чем мальчики. С 12 лет у девочек обнаруживается нарастание депрессивной симптоматики, достигающей диагностического уровня к 13 годам или старше [7, 9, 11]. При установленном диагнозе депрессии нет никаких межполовых различий по длительности, тяжести, частоте рецидивов, показателей выздоровления. При выяснении связи ДР с полом и возрастом были установлены некоторые закономерности (табл. 1).

Таблица 1.

Распределение подростков по полу и возрасту

	пол		возраст (лет)	
	Мальчики	Девочки	11-14	15-18
Российская группа (n=50)	11 (22%)	39 (78%)	10 (20%)	40 (80%)
Китайская группа (n=44)	14 (31,8%)	30 (68,2%)	7 (15,9%)	37 (84,1%)
Всего (n=94)	25 (26,6%)	69 (73,4%)	17 (18,1%)	77 (81,9%)

Примечание: достоверные различия между группами отсутствуют.

Как следует из табл.1, в группу российских подростков было отобрано 50 респондентов, из них 11 мальчиков, 39 девочек. В группу китайских подростков было отобрано 44 респондента: 14 мальчиков и 30 девочек. Результаты, полученные в обеих группах, подтверждают данные отечественных и зарубежных исследователей о значительном преобладании среди подростков с ДР лиц женского пола как в целом, так и по отдельным клиническим подгруппам. Исследо-

вание наследственной отягощенности у респондентов показало, что чаще всего родственники российских подростков страдали психическими расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ (ПАВ) - алкоголизмом (32%). ДР с суицидальной отягощенностью имели 4%, расстройства личности и поведения 2%. Почти каждый четвертый подросток был выходцем из так называемой «алкогольной» семьи, что согласуется с данными [7, 9, 10] о том, что у детей из «алкогольных» семей риск депрессивного расстройства в 7 раз выше чем у детей из «обычных» семей. Среди китайских подростков лишь 13% родственников страдали расстройствами, связанными с употреблением ПАВ, а у 7% – невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства, что отсутствует у российских подростков. На третьем месте расположились: шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства, а также расстройства личности и поведения – по 5%, и, наконец, собственно ДР (суицидальная отягощенность) – 4%. В целом у 38% российских респондентов и 34% китайских респондентов имела место отягощенность наследственности. При этом в большинстве случаев (32%/13%) отягощенность была связана с употреблением ПАВ. Выявленное распределение показывает, что в генетическом отношении формированию ДР способствуют не только психических расстройства эндогенного уровня (их было около 5%), но и расстройства экзогенного уровня, что лишний раз подчеркивает значение психосоциальных факторов в генезе непсихотических депрессивных расстройств. С позиций наследственной отягощенности наибольший риск развития ДР имеют лица, родственники которых страдали расстройствами, связанными с употреблением алкоголя, а наличие психопатологической и суицидальной отягощенности наследственности в целом может рассматриваться как значимый фактор развития депрессии.

Далее были проанализированы особенности соматоневрологического состояния самих респондентов, показавшие, что в обеих группах (12% и 11,4%) чаще всего встречались болезни органов пищеварения. Известно, что влияние соматического заболевания на психику человека осуществляется по двум механизмам: соматогенному (посредством интоксикационных воздействий на ЦНС) и психогенному (острая реакция личности на заболевание и его последствия). При этом выделяются три основных типа реакции больного на болезнь: стеническая, астеническая и рациональная [1]. Среди наших пациентов стеническая реакция, характеризующаяся активной установкой больного на обследование и лечение, была зафиксирована у 62% пациентов. Как правило, болезнь не звучала в жалобах этих пациентов в качестве фактора риска для формирования депрессивного расстройства. Астеническая реакция наблюдалась у 30% пациентов и сопровождалась склонностью к пессимизму, мнительности, отрицательной оценке своего состояния в будущем, что негативно сказывалось на течении депрессивного эпизода, формируя почву, на которой активизировались суицидальные тенденции. Доля рационального типа реагирования составила 8%. У этих пациентов болезнь также оказывала негативное влияние на психический статус, однако они пытались выработать рациональные механизмы психологической защиты, что, однако, не всегда им удавалось. Так, у большинства были стенический, тревожный, меланхолический, дисфорический, ипохондрический, апати-

ческий, и сенситивный типы реагирования, что утяжеляло субъективную оценку своего состояния. Исследование клинической структуры соматоневрологических заболеваний у лиц, страдающих депрессией, выявило, что и в российской, и в китайской группах преобладают болезни органов пищеварения, соответственно, 12% и 11,4%. Всего в обеих группах – 24,1% (мужчины – 27,5%, женщины – 21,6%), заболевания органов дыхания – 22,9% (мужчины – 18,8%, женщины – 25,7%) и сердечно-сосудистые заболевания – 21,7% (мужчины – 24,6%, женщины – 19,6%). Достоверно реже ($p < 0,05$) выявлялись болезни эндокринной системы – 13,8%, почек – 9,6%, ревматические и системные заболевания – 6,1%, болезни крови – 1,8%. Каких-либо особенностей в суицидальном поведении пациентов с той или иной формой соматической патологии выявить не удалось. Гораздо более значимую роль играла не столько форма, сколько стадия (суицидальная активность усиливалась в периоды обострения) и длительность соматического заболевания: у большинства суицидентов заболевание протекало 10 и более лет. Резко увеличивал суицидальный риск болевой синдром. Все эти данные свидетельствуют об отсутствии статистических достоверных различий между российской и китайской группами по возрастному, половому составу, психопатологической отягощенности и соматоневрологической заболеваемости (табл. 2).

Таблица 2.

Распределение пациентов по нозологическим группам

Код по МКБ-10	1 группа		2 группа		РФ/КНР
	Абс.	%	Абс.	%	
F32.10. Депрессивный эпизод умеренный	3/2	6/4	3/10	6/23	1,000/0,001*
F 32.20. Депрессивный эпизод тяжелый	0/0	0/0	1/18	2/41	0/0,000*
F43.20. Расстройство адаптации, крат-	0/2	0/5	21/4	42/9	0,070/0,000*
F43.21. Расстройство адаптации, про-	2/1	4/2	12/3	24/7	0,678/0,002*
F43.22. Расстройство адаптации, сме-	4/0	8/0	3/1	6/2	0,012/0,279
F41.2. Смешанные тревожные и де-	1/2	2/5	0/1	0/2	0,442/0,477
Всего	10/7	20/16	40/37	80/84	50/44

* $p < 0.05$, ** $p < 0.001$)

Сплошное клинико-эпидемиологическое и клинико-психопатологическое исследование лиц, страдающих ДР и госпитализированных по этому поводу, позволило выявить наиболее часто встречающиеся клинические формы непсихотической депрессии среди подростков, проживающих на трансграничных территориях. В первой возрастной группе (11-14 лет) у российских и китайских подростков достоверных отличий в клинической структуре ДР не выявлено. Однако, у российских подростков второй возрастной группы (15-18 лет) клинико-психопатологическая структура ДР достоверно чаще была направлена в сторону роста кратковременных (42%) и пролонгированных (24%) депрессивных реакций, тогда как среди китайских подростков достоверно чаще встречался депрессивный эпизод умеренный (23%) и тяжелый без психотических симптомов (41%). Далее мы изучили распределение больных по клинико-

психопатологической структуре ведущего синдрома. Получены достоверные данные о структуре ведущего синдрома среди подростков второй возрастной группы (15-18 лет): у китайских подростков достоверно чаще преобладает асте-нодинамический вариант ДР (36%), у российских подростков достоверных различий не выявлено. Тревожная депрессия выявлена у 38% российских и 30% китайских пациентов. Уровни ангедонической, дисфорической, аноректической и маскированной депрессий существенно ниже в обеих группах и возрастах (до 5%). Китайские подростки отмечали, что прежние интересы и увлечения перестали играть в их жизни какую-либо значимую роль и они переставали справляться с повседневными нагрузками, что влекло за собой снижение работоспособности и негативно сказывалось на качестве обучения. Как правило, они не связывали ухудшение настроения со своим психическим состоянием и пытались объяснить это необоснованно растущими требованиями и недоброжелательным отношением со стороны окружающих. Часть пациентов (15%) в подобной ситуации пыталась все-таки справиться с нагрузками, «взять себя в руки», «начинать справляться с учебой», однако это приводило к астенизации и еще большему ухудшению настроения. Параллельно появлялись нарушения сна, ухудшался аппетит, резко снижался жизненный тонус в целом. Постепенно стали появляться идеи самоуничтожения и собственной никчемности, неспособности быть «нормальным, полноценным человеком», что закономерно приводило к обострению депрессии. Хотя среди российских подростков достоверных данных о преобладании того или иного синдрома не выявлено, мы обратили внимание на следующую тенденцию: более четверти пациентов (27%) были склонны винить в происходящем окружающих: «они не понимают меня», «мне никто не помогает, а только требуют», «я никому не нужен по-настоящему». Подобные переживания провоцировали появление хронического переживания тревоги (если ситуация связывалась в сознании пациента с плохим, по его мнению, отношением окружающих) или тоски (если появлялись стойкие идеи собственной ненужности, чаще всего своим близким).

Таблица 3.

Суицидальные попытки у подростков (11-18 лет) с непсихотическими ДР

Код по МКБ-	Название психического расстройства	Наличие суи-		Наличие суи-		РФ/КНР
		число	%	число	%	
F32.10	Депрессивный эпизод	2	4,0	9	20,5	0,001*
F32.20	Депрессивный эпизод	1	2,0	11	25,0	0,000**
F43.20	Расстройство адап-	19	38,0	5	11,4	0,000**
F43.21	Расстройство адап-	17	34,0	4	9,1	0,000**
F43.22	Расстройство адап-	1	2,0	1	2,3	0,733

* $p < 0.05$, ** $p < 0.001$

Для лучшего понимания влияния клинических факторов нами были изучены некоторые особенности отношения к алкоголю у подростков, страдающих ДР. Учитывалась субъективная оценка самих пациентов, поэтому в результатах могут иметь место погрешности из-за боязни огласки информации перед роди-

телями. Употребление спиртных напитков в пределах культуральной нормы было зафиксировано больше чем у половины подростков российской группы, что объясняется этническими особенностями страны и отношением к алкоголю в семье, тогда как большинство подростков китайской группы (72,7%) было отнесено к абстинентам, поскольку в китайской культуре неприемлемо употребление алкоголя до 21 года. Это позволяет сделать вывод о важной роли культуральных особенностей употребления алкоголя как фактора риска суицидов при депрессивных расстройствах, что находит подтверждение в табл.3.

Заключение. Итак, было достоверно установлено, что психические расстройства, содержащие в своих клинических проявлениях депрессивный симптомомкомплекс, являются наиболее суицидоопасными, что нашло подтверждение в нашем исследовании. Следует отметить, что тяжесть депрессии у российских подростков, совершивших суицидальные попытки, в нашем исследовании чаще доходила до легкого и умеренного уровня, а суицид объяснялся неадекватным типом личностного реагирования, спровоцированного употреблением алкоголя или других ПАВ. Достоверно чаще наши подростки совершали суицид в связи с расстройством адаптации, при кратковременной и пролонгированной депрессивной реакции. А у китайских подростков достоверно чаще суицид был связан с тяжестью ДР, что на наш взгляд, обусловлено этническими особенностями восприятия психического заболевания – в общественном сознании населения Китая любое психическое расстройство рассматривается как наказание за ошибки предков. Поэтому психические проблемы у одного из членов семьи вызывают среди остальных чувство стыда и вины. Таким образом, в течении длительного времени китайские подростки остаются вне поля зрения психиатра и не получают специализированную помощь, что приводит к ухудшению состояния вплоть до депрессивного эпизода тяжелой степени.

ЛИТЕРАТУРА

- 1.Зверева Н.В., Горячева Т.Г. Клиническая психология детей и подростков. – М.: Академия, 2013. – 272 с.
- 2.Краснов В.Н. Депрессия как социальная и клиническая проблема современной медицины // Российский психиатрический журнал. 2011; 6: 8-10.
- 3.Левкова Е.А., Логинов И.П., Савин С.З., Будницкий А.А., Тимошенко Н.А., Чжан Цунпэй, Цзянь Ху. Проблемы обратного перевода в этномедицине // Социальные и гуманитарные науки на Дальнем Востоке. 2016; 2(50): 161-168.
- 4.Логинов И.П., Солодка Е.В. К проблеме депрессивных расстройств у подростков // Дальневосточный медицинский журнал. 2014; 2: 127-133.
- 5.Логинов И.П., Солодка Е.В., Савин С.З., Чжан Сунпэй, Ван Ксиджин, Ю Фенгуй. Трансграничное исследование ситуации психического здоровья среди подростков // Дальневосточный медицинский журнал. 2015; 1: 37-40.
- 6.Логинов И.П., Солодка Е.В., Савин С.З., Чжан С., Ван К., Лиу Ю., Ю Ф., Ян Л., Джан Ж. Психическое здоровье подростков Харбина (КНР) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2015; 3(88): 76-79.
- 7.Хритинин Д.Ф., Самохин Д.В., Гончарова Е.М. Суицидальное поведение в структуре депрессивных расстройств у лиц молодого возраста // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2015; 1(86): 9-15.
- 8.Чуркин А.А., Мартюшов А.Н. Практическое руководство по применению МКБ-10 в психиатрии и наркологии. – М.: ГНЦ СиСП им. В.П. Сербского, 2010.

–132 с.

9.Шипицына Л.М., Иванов Е.С., Стеценко Е.М. Мотивы суицидального поведения у подростков // Российский психиатрический журнал. 2000; 5: 40-45.

REFERENCES

1.Zvereva N.V., Gorjacheva T.G. Klinicheskaja psihologija detej i podrostkov. – М.: Ака-демija, 2013. – 272 с.

2.Krasnov V.N. Depressija kak social'naja i klinicheskaja problema sovremennoj mediciny // Rossijskij psichiatricheskij zhurnal. 2011; 6: 8-10.

3.Levkova E.A., Loginov I.P., Savin S.Z., Budnickij A.A., Timoshenko N.A., Chzhan Cunpjej, Czjan' Hu. Problemy obratnogo perevoda v jetnomedicine // Social'nye i guma-nitarnye nauki na Dal'nem Vostoke. 2016; 2(50): 161-168.

4.Loginov I.P., Solodkaja E.V. K probleme depressivnyh rasstrojstv u podrostkov // Dal'nevostochnyj medicinskij zhurnal. 2014; 2: 127-133.

5.Loginov I.P., Solodkaja E.V., Savin S.Z., Chzhan Sunpjej, Van Ksidzhin, Ju Fenguj. Transgranichnoe issledovanie situacii psihicheskogo zdorov'ja sredi podrostkov // Dal'nevostochnyj medicinskij zhurnal. 2015; 1: 37-40.

6.Loginov I.P., Solodkaja E.V., Savin S.Z., Chzhan S., Van K., Liu Ju., Ju F., Jan L., Dzhan Zh. Psihicheskoe zdorov'e podrostkov Harbina (KNR) // Sibirskij vestnik psichiat-rii i narkologii. 2015; 3(88): 76-79.

7.Hritinin D.F., Samohin D.V., Goncharova E.M. Suicidal'noe povedenie v struk-ture depressivnyh rasstrojstv u lic mladogo vozrasta // Sibirskij vestnik psichiat-rii i narkologii. 2015; 1(86): 9-15.

8.Churkin A.A., Martjushov A.N. Prakticheskoe rukovodstvo po primeneniju MKB-10 v psichiatrii i narkologii. – М.: GNC SiSP im. V.P. Serbskogo, 2010. –132 с.

9.Shipicyna L.M., Ivanov E.S., Stecenko E.M. Motivy suicidal'nogo povedenija u podrostkov // Rossijskij psichiatricheskij zhurnal. 2000; 5: 40-45.

10.Clayton K.M., Stewart S.M., Wiebe D.J., McConnel C.E., Hughes C.W., White P.C. Maternal depressive symptoms predict adolescent healthcare utilization and charges in youth with type 1 diabetes //Health Psychology.2013;32(9):1013-1022.

11.Stewart S.M., Kennard B.D., Lee P.W.H., Mayes T., Hughes C.W., Emslie G. Hopelessness and suicidal ideation among adolescents in two cultures // Journal of Child Psychology, Psychiatry and Allied Disciplines.2010;46:364-372.

I.P. Loginov¹, S.Z. Savin², Ye.V. Solodkaya¹

COMPARATIVE ANALYSIS OF DEPRESSIVE DISORDERS AMONG ADOLESCENTS IN RUSSIA AND CHINA

¹Far-Eastern State Medical University, ²Pacific National University (Khabarovsk).

Summary. The original methodological approaches to the system analysis of non-psychotic depressive disorders in adolescents are considered. On the basis of their own original methods and statistical materials, data of domestic and foreign authors studied patterns of behavior, models and methods of correction of destructive behavior. Methodical developments and mathematical tools for modeling of deviant behavior caused by non-psychotic depressive disorders are presented.

Keywords: teenagers, system analysis, depressive disorders, suicidal behavior, Amur region of the Far East, Russia, China.

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ ХРОНИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей (Москва).

Резюме. В статье представлены результаты исследования эмоционального состояния 30 детей и подростков с хронической соматической патологией на этапе госпитализации в соматическом стационаре. Перечислены основные причины возникновения устойчивого снижения эмоционального фона у хронически больных детей, показатели, по которым можно определить характер эмоциональных трудностей, направления и форму оказания психологической помощи. Подробно раскрыты особенности поведения детей с различными причинами возникновения эмоциональных нарушений: переживание разлуки с близкими, физическое истощение, острое потрясение фактом наличия или обострения болезни. Представлены результаты наблюдений и психологического обследования детей в виде клинических случаев.

Ключевые слова: эмоциональные нарушения, депрессивные состояния, педиатрический стационар, хроническое заболевание, дети с ограниченными возможностями здоровья, социальная ситуация развития, стресс, психологическая помощь, комплексная реабилитация.

Введение. В настоящее время частота встречаемости депрессивных расстройств в школьном возрасте среди соматически больных детей (кардиологические, гастроэнтерологические, онкологические заболевания, диабет и др.) колеблется в пределах 22%-33 % [3, 5, 9]. Соматогенные депрессии и депрессивные состояния, наблюдающиеся при многих соматических заболеваниях, чаще возникают у пациентов с тяжелым, непрерывно рецидивирующим течением болезни [5, 6, 7]. Снижение эмоционального состояния у хронически больных детей обусловлено значительной астенизацией, длительным физическим дискомфортом и регулярными болевыми ощущениями, физическими и социальными ограничениями [4, 5]. Снижение фона настроения у больных детей сочетается с высоким уровнем тревожности и разнообразными устойчивыми страхами. Ряд авторов связывает психологическое неблагополучие больного ребенка, в частности депрессивные состояния, с воздействием негативных социальных факторов. Многократно показана связь депрессивных состояний с социальной изоляцией, разлукой с близкими, трудностями общения со сверстниками, низкой успеваемостью, невозможностью реализовать личные планы, с нарушением адаптации к изменяющейся жизненной ситуации и стрессом при тяжелой болезни [1, 2, 4].

Большинство авторов сходятся в едином мнении, что депрессия в детском возрасте является труднораспознаваемой или «маскированной», имеет изменчивый, зачастую стертый и фрагментарный характер [1]. В основе детской депрессии лежит сниженное, подавленное или безразличное, иногда тоскливое или тревожное настроение в сочетании с идеаторной и моторной заторможенностью [1, 8]. Данное состояние (депрессивная триада) часто сопровождается снижением

жизненного тонуса, соматическими жалобами, неприятными телесными ощущениями и разнообразными вегетативными расстройствами. Поэтому их так легко спутать с непосредственными проявлениями тяжелого физического состояния у хронически больного ребенка. При этом депрессии могут усложнять клиническую картину основного соматического заболевания ребенка, увеличивать число жалоб со стороны больного и быть причиной назначения необоснованных, в том числе болезненных дорогостоящих исследований [3, 7]. Своевременно нераспознанные депрессивные расстройства могут приводить к выраженным трудностям адаптации в условиях стационара, невозможности проведения лечения и реабилитационных мероприятий, и в итоге – к ухудшению соматического состояния.

Крайне важно своевременно выявлять первые признаки снижения настроения у хронически больных детей, причины эмоционального неблагополучия, вовремя начинать психологическую работу по улучшению эмоционального состояния.

В связи с тем что в литературе недостаточно освещены эти аспекты, нами было организовано настоящее исследование, целью которого стало изучение особенностей эмоционального состояния, причин их возникновения у хронически больных детей и определение необходимых видов медико-психологической поддержки.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе терапевтического и хирургического стационаров ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей». В течение 2017 г. были обследованы 30 детей 9-16 лет со средней тяжестью течения болезни (из отделения кардиологии – 5 детей, из отделения хирургии – 3, из отделения ревматологии – 9, из отделения гастроэнтерологии – 9, из отделения пульмонологии – 4). В исследование были включены дети с выраженным снижением настроения и особенностями поведения (замкнутость и нежелание отвечать на вопросы окружающих) без эндогенной психиатрической патологии.

Исследование начиналось с беседы с врачом и изучения медицинской документации для получения исчерпывающей информации о состоянии здоровья ребенка и истории его развития. Учитывались возраст, клинический диагноз, тяжесть течения болезни и ее продолжительность, анализировались жалобы со стороны лечащего врача. Тяжесть физического состояния 13 детей определила необходимость проведения психологического обследования у постели больного. Другие 17 детей в более стабильном физическом состоянии были обследованы в кабинете психолога. В течении 3-5 встреч собиралась психологическая информация о динамике изменений физического и психологического состояния детей.

В качестве диагностических методов использовались беседа и наблюдение за поведением и деятельностью ребенка. При этом учитывались их эмоциональные проявления, переживания, характер общения, особенности двигательной активности ребенка, его работоспособность, психологические потребности и способы их предъявления и реализации. В итоге клинические и психологические данные обобщались, определялись содержание и форма оказания психологической помощи, оценивалась ее результативность путем анализа катamnестических сведений.

Результаты. Согласно причине возникновения эмоциональных трудностей, дети были объединены в 3 группы:

1. в стабильном физическом состоянии с эмоциональными трудностями на

фоне астенизации и резкого изменения социальной ситуации, в т. ч. с разлукой с близкими взрослыми (5 человек),

2.в тяжелом физическом состоянии с быстрым истощением психической активности, приводящем к эмоциональному приглушению (5 человек),

3.в стабильном физическом состоянии с длительным переживанием факта наличия хронической болезни (20 человек).

Подавленное эмоциональное состояние детей *из первой группы* - это адаптационная реакция соматически ослабленного ребенка на изменение привычных социальных условий. Наблюдение в течение госпитализации за детьми из первой группы не выявило связи между физическим и эмоциональным состоянием. Все дети из первой группы были в стабильном средне тяжелом физическом состоянии, по оценке врачей. Доверительный контакт с детьми и подростками позволил выявить у них широкий спектр негативных переживаний, связанных с разлукой с родными, тоску по дому, выраженный дискомфорт в условиях стационара, боязнь медицинских процедур, тягостные ожидания времени прихода родителей в отделение и др. По мере оказания психологической поддержки, организации досуга и приближения момента выписки из стационара, эмоциональное состояние детей постепенно улучшалось, они становились более общительными, начинали включаться в разные виды деятельности; в день выписки на лице можно было увидеть робкую улыбку и позитивные изменения в поведении, свидетельствующие о некотором улучшении эмоционального состояния.

В качестве примера приводим результаты психологического обследования и анализа истории болезни мальчика 10 лет с неспецифическим язвенным колитом в состоянии ремиссии (длительность болезни 6 лет), поступившего седьмой раз в течение последних 6 лет в стационар для проведения плановых лечебных мероприятий, впервые без сопровождения матери.

Поведение мальчика при поступлении вызывало беспокойство лечащего врача. Ребенок был эмоционально подавлен, выглядел угрюмым, отказывался от вербального и зрительного контакта, раздраженно отворачивался от собеседника. В течение дня неподвижно сидел на своей кровати, ждал прихода бабушки и мамы, отказывался есть, плакал, сон был нарушен.

Стабильное физическое состояние ребенка позволило провести психологическое обследование в кабинете специалиста. В течение нескольких встреч ребенок демонстрировал нежелание контакта, не отвечал на вопросы специалиста, сидел на край дивана, не меняя позу и выражение лица, смотрел в сторону или на пол, мимика была неподвижной, в деятельность не включался. Эмоциональный фон был значительно сниженный, настроение тоскливое. Постепенно, как к концу первой встречи, так и при последующем взаимодействии с психологом, эмоциональное состояние выравнивалось, ребенок начинал робко, тихим голосом избирательно и отсрочено отвечать на вопросы. При этом специалисту нужно было многократно спокойно повторять вопрос или просьбу, делая высказывание более простым и доступным для понимания, оказывать эмоциональную поддержку, побуждать и помогать формулировать ответ. При обсуждении волнующих тем (ожидание прихода мамы или бабушки, любимая собака и др.) невротические проявления усиливались, на глазах ребенка появлялись слезы. Серия психологических

консультация позволила выявить причину тяжелого эмоционального состояния мальчика: индивидуальная психологическая реакция тревожного ребенка на госпитализацию в круглосуточный стационар без близкого взрослого.

Согласно заключению психиатра, у мальчика имела место реактивная (психогенной) депрессия легкой степени выраженности.

Регулярные консультативные встречи чувствительного ребенка с психологом (не реже 3-х раз в неделю) во время госпитализации без родителей, деликатность, спокойное, терпеливое отношение, длительные беседы и постепенное включение его в интересные виды деятельности, не связанные с процессом лечения, помогли уменьшить переживания, вызванные разлукой с родными и любимым домашним питомцем.

Анализ катамнестических данных показал, что у детей данной группы возможны достаточно быстрое улучшение эмоционального состояния и постепенная адаптация к ситуации пребывания в стационаре при своевременном оказании психологической помощи, включении лечащего врача, среднего медицинского персонала, родителей ребенка и соседей по палате.

Вторую группу составили дети после оперативных вмешательств или с резким обострением хронического заболевания. Физическое состояние детей было нестабильным, эмоциональные реакции характеризовались слабостью проявлений, пассивностью, безразличием к происходящему, мимика лица отражала тяжелое физическое состояние, практически постоянно можно было наблюдать гримасу страдания. Эмоциональный фон и настроение детей напрямую зависели и определялись физическим состоянием. При стабилизации физического состояния эмоциональный фон улучшался. Специального внешнего воздействия при этом не оказывалось, социальная ситуация не менялась, психологическая помощь не предоставлялась. На фоне лечения у детей наблюдалась положительная динамика и переход из тяжелого в состояние средней тяжести. Необходимо заметить, что, находясь в тяжелом физическом состоянии, дети проявляли желание и стремление к деятельности, эмоционально откликались на доброжелательный контакт со стороны взрослого, демонстрацию забавных игровых пособий, чтение позитивных литературных произведений, на несколько минут включались в общение, задавали вопросы, высказывали жалобы на физический дискомфорт, болевые ощущения, ограничения движений, говорили о том, что нуждаются в впечатлениях, общении.

Иллюстрацией может служить история болезни девочки 12 лет с генетически обусловленным заболеванием – аденоматозным полипозом толстой кишки. В течение последних 2 лет болезнь стала рецидивировать, консервативные методы лечения не помогали, поэтому врачами было принято решение о проведении плановой операции (лапароскопическая ассистированная колэктомия) в отделении общей хирургии. После операции эмоциональное состояние девочки в течении нескольких дней оставалось крайне необычным: большую часть времени она спала, в непродолжительные периоды бодрствования была пассивной, безынициативной, погруженной в себя, отказывалась вставать с кровати, беззвучно плакала, жаловалась на физический дискомфорт, сухость во рту, отсутствие сил, изредка, на мгновения проявляла интерес к происходящему в палате, после чего опять на долгое время становилась ко всему без-

различной. Такое поведение стало причиной организации психологического обследования у постели больной.

Несмотря на тяжелое физическое состояние, болевые ощущения и скованность движений, девочка сразу же продемонстрировала искренний интерес к беседе с психологом, оживилась при виде игрушек. Тяжесть физического состояния не позволила ей полноценно общаться и длительно включаться в деятельность. Она очень быстро утомлялась от разговоров, впечатлений. Устав, удерживала рукой и взглядом психолога, информируя его таким образом о желании продолжения взаимодействия. Она ждала и радовалась последующим психологическим занятиям.

Согласно заключению психиатра, у девочки не было выявлено признаков психической патологии.

Причиной возникновения эмоциональных нарушений и значительных особенностей поведения стало нестабильное физическое состояние и истощение психической активности.

Анализ катamnестических данных показал, что на фоне восстановления физического функционирования у детей данной группы происходит быстрое улучшение эмоционального состояния и возвращение к обычному поведению, которое было для них характерно до операции или обострения заболевания. Дети со сниженным эмоциональным фоном в тяжелом физическом состоянии с быстрым истощением психической активности нуждаются в организации регулярных, ограниченных по времени занятий в период восстановления здоровья на послеоперационном этапе в стационаре, что позволит удовлетворить их психологические потребности и улучшить эмоциональное состояние. Важно обратить внимание, что в практике психолога встречаются случаи, когда у ребенка данной группы может иметь место внезапное изменение социальной ситуации, переживание которой подавляется в период резкого ухудшения физического состояния, но возобновляется и обостряется при восстановлении физического функционирования. В связи с этим специалист должен тщательно изучить медико-социальные сведения и с учетом актуальной социальной информации определить содержания и направления психотических занятий в педиатрическом стационаре при улучшении физического состояния ребенка.

Причиной эмоциональных нарушений детей *третьей группы* явилась длительная астенизация с устойчивым переживанием наличия хронической болезни. Причем состояние детей оценивалось врачами как средне тяжелое, т. е. не могло вызывать столь сильные эмоциональные нарушения. Все неоднократно ранее госпитализировались в больницу и не имели радикальных изменений привычного образа жизни. Детей отличали отсутствие эмоционального отклика на взаимодействие с окружающими, пассивность и безынициативность, отсутствие интересов и отказ от любой целенаправленной детальности. Единственным поводом и темой взаимодействия с родителями, лечащим врачом и соседями по палате являлась невозможность полного выздоровления, произошедший крах надежд, существующая угроза жизни, страх смерти. Причем острота негативных переживаний была столь высокой, что никакие средства не могли переключить внимание ребенка и изменить эмоциональное состояние, которое, со

слов родителей, наблюдалось длительное время и не зависело от самочувствия. Все дети нуждались в консультации психиатра, фармакологической коррекции состояния, психологической поддержке как в период госпитализации, так и после выписки из стационара.

Приводим **пример** истории болезни подростка 12 лет, который неоднократно госпитализировался в отделение кардиологии для подбора терапии и контроля состояния здоровья при генетически детерминированной кардиомиопатии. При плановом поступлении в стационар врач обратил внимание на не характерное для ребенка эмоциональное состояние и поведение, которых не наблюдалось на предыдущей госпитализации 7 месяцев назад. Большую часть времени ребенок был неподвижен, погружен в себя, практически не вступал в контакт, крайне слабо реагировал на происходящее вокруг, отказывался от еды. Его отличала крайняя степень двигательной и мыслительной заторможенности. Создавалось впечатление, что произошел регресс психического развития. Было принято решение о проведении психологического обследования у постели больного и назначена консультация психиатра. Во время нескольких консультаций (3 в течении недели), мальчик лежал на кровати, не менял позу и не реагировал на обращения взрослых, не совершал целенаправленных движений, психическая активность в виде изменения мимики, ориентировочной реакции или поисковых движений рук возникала редко и проявлялась слабо, что свидетельствовало о выраженной дефицитарности. Неизменным на протяжении всех обследований оставалось следующие: бледность кожных покровов, однообразное безразличное выражение лица, неподвижная мимика, потухший взгляд, устремленный в окружающее пространство. Данное состояние наблюдалось в течение длительного времени (более 2 недель).

Обследование психиатром показало наличие у мальчика ступорозной депрессии тяжелой степени выраженности в сочетании с реактивной ипохондрией. Было назначено лечение, положительные результаты которого стали заметны через три недели. У мальчика появился интерес к происходящему. Он начал наблюдать и комментировать действия взрослых, которые находились с ним рядом в палате, прислушивался к разговору матери со специалистами, задавал уточняющие вопросы. Спустя некоторое время высказал желание включиться в понравившуюся простую деятельность, проявлял инициативу и оказывал матери помощь при осуществлении лечебных процедур (клат таблетку в рот, самостоятельно пил жидкость из чашки, принимал удобную позу во время постановки капельницы). Систематический контакт с психологом на фоне ослабления депрессивного состояния позволил выявить психологические причины эмоционального неблагополучия подростка: длительные, тяжелые переживания хронической болезни, страх предстоящей операции и смерти.

В ходе катamnестического наблюдения установлено, что для преодоления столь тяжелого психического состояния ребенка необходима длительная, кропотливая скоординированная работа лечащего врача, психиатра, родителей и психолога.

Таким образом, у детей с среднетяжелым и тяжелым течением хронической болезни при госпитализации в стационар может наблюдаться значительное

снижение эмоционального фона, вплоть до эмоционального ступора, безразличие к происходящему вокруг, двигательная и мыслительная заторможенность. При сходстве внешних проявлений данное состояние имеет различную причину. У одних - это острая психологическая реакция на изменение социальной ситуации, у других - физическое истощение, у третьих - длительное переживание физически ослабленным ребенком факта наличия или обострения болезни.

Выводы.

1. Критериями дифференциации причины снижения эмоционального фона у хронически больных детей являются следующие: тяжесть физического состояния, острое переживание недавнего кардинального изменения социальной ситуации, длительное устойчивое переживание давно обнаруженной хронической болезни или произошедшего обострения.

2. Причина снижения эмоционального фона определяет содержание и вид медико-социальной помощи.

3. Длительность восстановления эмоционального состояния указывает на его тяжесть, риск рецидива и социальный прогноз.

4. Снижение эмоций социальной природы может быть скорректировано в короткие сроки при оказании ребенку своевременной психологической поддержки, оптимизации стиля и содержания взаимодействия с ним родителей.

5. Улучшение эмоционального состояния, нарушенного в силу ухудшения физического функционирования, происходит при восстановлении здоровья и требует психологического мониторинга ситуации, своевременного удовлетворения актуализирующихся психологических потребностей ребенка.

6. Длительное снижение эмоционального фона у детей в стабильном физическом состоянии, воспитывающихся в привычных социальных условиях, устраняется с помощью медикаментозного лечения и систематической психологической помощи как в период госпитализации в стационар, так и после выписки - на амбулаторно-поликлиническом этапе.

7. Своевременное комплексное обследование психолога и психиатра детей со среднетяжелым и тяжелым течением хронической болезни позволяет предупредить снижение эмоционального состояния или выявить его причины, определить эффективные меры для его восстановления.

ЛИТЕРАТУРА

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

2. Исаев Д.Н. Эмоциональный стресс. Психосоматические и соматические расстройства у детей. - СПб.: Речь, 2005. - 400 с.

3. Краснов В.Н., Довженко Т.В., Ривкина Ю.Л. и др. Диагностика и терапия расстройств аффективного спектра в первичной медицинской сети: возможности и ограничения // Мат-лы Российской конф. «Современные тенденции организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты». - М., 2004. - С. 66-68.

4. Николаева В.В., Арина Г.А. Тяжелобольной ребенок. Штрихи к психологическому портрету // Школа здоровья. - 1995. - № 2. - С. 86-96.

5. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине. - М.: Медицина, 2001. - 170 с.

6.Смуглевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. - М.: Медицина, 2003.- 432 с.

7.Смуглевич А.Б., Дубницкая Э.Б., Тхостов А.Ш. и др. Депрессии и коморбидные расстройства // Психопатология депрессий (к построению типологической модели) / [Под ред. А.Б. Смуглевича]. - М.: НЦПЗ РАМН, 1997. - С.28–53.

8.Сухарева Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста. Избранные главы. - М.: Медицина, 1998.- 319 с.

REFERENCES

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

2.Isaev D.N. Jemocional'nyj stress. Psihosomaticheskie i somaticheskie rasstrojstva u detej. - SPb.: Rech', 2005. - 400 s.

3.Krasnov V.N., Dovzhenko T.V., Rivkina Ju.L. i dr. Diagnostika i terapija rasstrojstv affektivnogo spektra v pervichnoj medicinskoj seti: vozmozhnosti i ograničeniya // Mat-ly Rossijskoj konf. «Sovremennye tendencii organizacii psihiatricheskoj pomoshhi: klinicheskie i social'nye aspekty». - M., 2004. - S. 66-68.

4.Nikolaeva V.V., Arina G.A. Tjazhelobol'noj rebenok. Shtrihi k psihologicheskomu portretu // Shkola zdorov'ja. - 1995. - № 2. - S. 86-96.

5.Smulevich A.B. Depressii v obshhej medicine. - M.: Medicina, 2001.-170 s.

6.Smulevich A.B. Depressii pri somaticeskikh i psihicheskikh zabolevanijah. - M.: Medicina, 2003.- 432 s.

7.Smulevich A.B., Dubnickaja Je.B., Thostov A.Sh. i dr. Depressii i komorbidnye rasstrojstva // Psihopatologija depressij (k postroeniju tipologicheskoy modeli) / [Pod red. A.B. Smulevicha]. - M.: NCPZ RAMN, 1997. - S.28–53.

8.Suhareva G.E. Lekcii po psihiatrii detskogo vozrasta. Izbrannye glavy. - M.: Medicina, 1998.- 319 s.

9.Katon W., Sullivan M.D. Depression and chronic mental illness // J. Clin. Psychiatry.- 1990.- Vol. 51. – P. 3-11.

A.S. Buslaeva

EMOTIONAL CONDITIONS OF CHRONICALLY SICK CHILDREN AND ADOLESCENTS IN HOSPITALIZATION

National Medical Research Center for Children's Health, (Moscow).

Summary. The article presents the results of a study of emotional state of 30 children and teenagers with chronic somatic pathology at the stage of hospitalization. The article contains the main reasons for the occurrence of a steady decline of children's with chronic illnesses emotional state and indicators that determine the nature of emotional difficulties and relevant direction and form of psychological support. Behavioral features of children with various causes of emotional disorder are described in the article in detail: separation from beloved ones, physical exhaustion or mental shock by the fact of illness or its recurrence. The results of observations and psychological examination of children in the form of clinical cases are represented.

Keywords: emotional disturbances, depressive states, pediatric hospital, chronic illness, children with general health abilities, social development situation, stress, psychological help, comprehensive rehabilitation.

**ОСОБЕННОСТИ МАТЕРИНСКОГО ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ
ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (Москва).**

Резюме. Приводятся результаты исследования материнского отношения к болезни детей, страдающих расстройствами аутистического спектра. На выборке из 74 матерей, из них 44 матери, воспитывающие детей с РАС (дети в возрасте от 3 до 9 лет с диагнозами из рубрики F84 по МКБ-10), показано, что материнское отношение к болезни детей с РАС в большей степени характеризуется приуменьшением тяжести состояния ребенка, вплоть до анозогнозии. Выделены ведущие механизмы психологических защит, свойственные матерям детей с РАС – реактивное образование, отрицание, а также компенсация и регрессия.

Ключевые слова: расстройства аутистического спектра, материнское отношение, отношение к болезни ребенка, механизмы психологических защит.

Актуальность и постановка проблемы. Наличие психического заболевания у ребенка является психотравмирующим фактором для родителей, вызывает эмоциональное напряжение у членов семьи, становится причиной ухудшения семейных отношений. Данная ситуация усугубляет течение болезни ребенка, нарушает лечебный и реабилитационный процесс [3, 6, 8, 14].

В настоящее время в медицине все большее внимание уделяется проблемам диагностики, лечения и реабилитации детей с нарушениями психического развития и в частности с расстройствами аутистического спектра (РАС) [7, 9, 12, 13 и др.]. Наряду с этим отмечается, что большую роль в психосоциальной терапии и реабилитации пациентов детского и подросткового возраста играет семья, вовлеченность родителей несовершеннолетнего пациента в лечебно-реабилитационный процесс [5]. Справедливо подчеркивал В.В. Ковалев: «Возрастная незрелость психики и симбиотический характер отношений ребенка с его родителями (прежде всего с матерью) требуют от врача установления доверительного контакта с ними для того, чтобы, во-первых, определить личностные особенности родителей, их отношение к ребенку, воспитательные установки, во-вторых, использовать помощь родителей и, в-третьих, привлечь родителей к установлению контакта между врачом и ребенком для оказания через посредство родителей психотерапевтического и психокоррекционного воздействия на больного ребенка» [4].

Родители, воспитывающие ребенка с РАС сталкиваются с экстраординарными проблемами, испытывают хронический стресс, тяжесть которого влияет на возникновение раздражительности, депрессии, эмоционального напряжения у матерей [10]. Научный и практический интерес представляет изучение отношения к болезни матери ребенка с РАС, что в дальнейшем должно позволить подойти ближе к разработке научно обоснованных программы психологической поддержки семей с детьми, страдающими нарушениями психического развития, в частности с РАС.

Цель исследования – выявить особенности отношения матери к болезни ребенка, страдающего психическим расстройством (на примере РАС), в сравнении с родительским отношением к болезни ребенка с соматическим заболева-

нием (на примере сахарного диабета 1 типа).

Материал и методы исследования. В исследовании приняли участие матери детей, страдающих РАС, и матери детей с сахарным диабетом 1 типа (ювенильный, или инсулинзависимый диабет). Совокупная выборка: 74 человека (см. табл. 1).

Таблица 1.

Характеристика выборки исследования

Диагноз детей по МКБ-10	Количество матерей
<i>Экспериментальная группа</i>	
F84.01 Детский аутизм, обусловленный органическим	8
F84.02 Детский аутизм вследствие других причин	20
F84.11 Атипичный аутизм с умственной отсталостью	7
F84.12 Атипичный аутизм без умственной отсталости	9
Всего:	44
<i>Группа сравнения</i>	
E10 Инсулинзависимый сахарный диабет	30

Экспериментальная группа: 44 матери, детей страдающих РАС (в возрасте от 3 до 9 лет), находящихся на амбулаторном лечении от 5 месяцев до 3 лет. Всем детям были выставлены диагнозы из рубрики F84 «Общие расстройства психологического развития», по МКБ-10. Возраст матерей от 25 до 47 лет (средний возраст $33,4 \pm 6,5$ лет). Критерий исключения из выборки: наличие у детей острой или хронической соматической патологии.

Группа сравнения: 30 матери детей, страдающих хроническим соматическим заболеванием – сахарным диабетом 1 типа (СД1). Дети данной группы находились на амбулаторном лечении. Длительность заболевания от 4 месяцев до 2,5 лет. Возрастной диапазон детей, так же как в экспериментальной группе, от 3 до 9 лет. Всем детям был выставлен диагноз E10 инсулинзависимый сахарный диабет, по МКБ-10. Возраст матерей от 27 до 45 лет (средний возраст $33 \pm 5,8$ лет). Критерий исключения из выборки: наблюдение детей у психиатра или невролога по поводу нарушений нервно-психического развития.

Исследование выполнено в период 2016-2018 гг. на следующих клинических базах: ФГБНУ НЦПЗ (Москва), ФГБУ «РНИИАП» (Ростов-на-Дону).

Для выявления особенностей родительского отношения к болезни ребенка были использованы следующие методы и методики:

1. *Клинико-психологический метод:*

–опросник механизмов психологической защиты «Индекс жизненного стиля» («Life Style Index», Г. Плутчик, Г. Келлерман, Х.Р. Конте, в адаптации Е.С. Романовой с соавт.);

–методика диагностики отношения к болезни ребенка (ДОБР, В.Е. Каган, И.П. Журавлева);

–опросник родительского отношения (ОРО, А.Я. Варга, В.В. Столин);

–анкета-интервью для родителей по определению уровня осведомленности о болезни ребенка (Иванов М.В.).

2. *Анамнестический метод и метод экспертных оценок:*

–анализ сведений о развитии ребенка, исследование медицинской документации (заключения ПМПК и др.);

–оценки лечащих врачей по шкале общего клинического впечатления (Clinical Global Impression Scale – CGI-s) относительно тяжести состояния (заболевания) ребенка.

3. *Математико-статистический метод:*

–параметры описательной статистики, статистические критерии различий (U-критерий Манна-Уитни, t-Стьюдента), корреляционный анализ.

Результаты исследования и их обсуждение. В результате психологического исследования было выявлено, что в поведении матерей, воспитывающих детей с РАС, преобладают менее адаптивные механизмы психологических защит. Среди них ведущими являются – реактивное образование (90 баллов), отрицание (83 балла), а также компенсация (81 балл) и регрессия (79 баллов). Отрицание как механизм психологической защиты проявляется в том, что личность либо отрицает некоторые фрустрирующие, вызывающие тревогу обстоятельства, либо меняет свое толкование ситуации, чтобы воспринимать ее менее угрожающей. Отрицанию подвергаются те аспекты внешней реальности, которые, будучи очевидными для окружающих, тем не менее, не принимаются, не признаются самой личностью [2]. В нашем исследовании это проявляется в том, что матери не принимают тот факт, что в эмоциях и поведении ребенка проявляются симптомы болезни. Приведем наиболее типичное суждение матерей в отношении поведения ребенка с РАС – «это индивидуальные особенности, ведь все дети разные».

Этим матерям более свойственна подмена восприятия реальной окружающей обстановки на диаметрально противоположный образ (реактивное образование или формирование обратной реакции). Состояние ребенка часто трактуется неверно, родители находятся в поиске рациональных объяснений, часто ищут психологические причины, повлиявшие на возникновение изменений в поведении ребенка. Не редки случаи объяснения состояния ребенка его одаренностью, которую окружающие не способны оценить.

Полученные результаты согласуются с недавно полученными данными Е.В. Шабановой, в исследовании которой описаны особенности защитных стилей матерей детей с РАС. Преобладающими защитами у матерей выделены отрицание и реактивное образование [14].

Результаты, полученные по методике ДОБР, позволяют говорить о том, что матери детей, страдающих РАС, более склонны к приуменьшению тяжести состояния ребенка (-5,5, анозогнозия) и значительному снижению контроля за действиями ребенка (-12,1). В целом для матерей детей с РАС не свойственно проявление напряженности, относительно заболевания ребенка (интегративный показатель по ДОБР -14,5). Это отчетливо видно при сравнении с результатами родителей детей с соматической патологией (СД1) (-4,4) (см. табл. 2). Возможно, это объясняется тем, что лечение детей с данным заболеванием связано с необходимостью ежедневного измерения уровня сахара в крови, введением инсулина, что непосредственно оказывает влияние на осознание родителями болезни ребенка.

Таблица 2.

Показатели материнского отношения к болезни ребенка в анализируемых группах (в баллах по методике ДОБР)

Шкала	Матери детей с РАС	Матери детей с СД1
Интернальность	3,0±4,8	4,1±5,1
Тревога	0,4±7,2	2,5±5,3
Нозогнозия	-5,2±6,9 *	2,3±7,3
Контроль активности	-11,7±6,8	-13,4±6,8
Общая напряженность	-15,4±11,9 **	-4,4±11,3

* $p=0,001$; ** $p=0,007$

Родители детей с РАС зачастую не осознают болезненного характера изменений в поведении ребенка и расценивают его в большей степени как избалованность, упущения в воспитании, своенравность ребенка, проявления особенностей характера и т. п. В амбулаторной практике все чаще встречаются ситуации, когда родители не принимают болезнь ребенка, обращаясь к большому количеству специалистов в надежде опровергнуть клинический диагноз.

Степень тяжести состояния детей оценивалась с помощью шкалы общего клинического впечатления CGI-s. Показатели степени выраженности симптомов у детей с РАС (экспертные оценки лечащих психиатров) варьировали от «умеренно выраженного расстройства» (3 балла), до «тяжелого расстройства» (6 балла), средний показатель составил 4,5 баллов.

В результате корреляционного анализа, не было установлено статистически достоверной связи между степенью тяжести психического заболевания ребенка (по CGI-s) и отношением матерей к болезни ребенка с РАС (показатель интегративной шкалы общей напряженности по ДОБР) ($r_s=-0,0169$). Это позволяет говорить о том, что отношение матери к ребенку с РАС не связано с тяжестью его состояния.

Результаты по методике ОРО (см. табл. 3), свидетельствуют, что большинству матерей, воспитывающим детей с РАС, не свойственно эмоциональное отвержение, ребенка принимают как полноценного члена семьи, стремятся удовлетворять все его потребности. По шкале «маленький неудачник» были набраны низкие баллы, свидетельствующие, что неудачи ребенка в большей степени рассматриваются как случайность и т. п.

Таблица 3.

Показатели материнского отношения к ребенку в анализируемых группах (по методике ОРО, в баллах)

Шкала	Матери детей с РАС	Матери детей с СД
«Принятие – отвержение»	15±3	15,45±3,3
«Кооперация»	5,5±1 *	4,5±1,5
«Симбиоз»	4,3±1,4	4,2±1,2
«Авторитарная гиперсоциа-	3,6±1 **	4,65±1,1
«Маленький неудачник»	2±1,5 ***	3,1±1,4

* $p<0,03$; ** $p<0,01$; *** $p<0,02$

В процессе беседы со специалистом и во время диагностики психического развития ребенка, объяснения матерей неудач ребенка чаще проявлялись поисками оправданий – «ребенок стесняется», «ваши игрушки (кубики, пирамидка, матрешка, машинка) для ребенка не знакомы», «ребенок боится незнакомых для него иг-

рушек», не редки утверждения следующего рода «задание слишком легко для ребенка, поэтому он не хочет его выполнять (не интересно)». Некоторые матери оправдывают нарушения поведения ребенка с РАС, такие как стереотипная игра или обнюхивание и облизывание предметов (в случаях с детьми дошкольного и школьного возраста), объясняя это тем, что для некоторых родственников или знакомых семьи такое поведение характерно и они не считают это проявлением болезни.

Интересные данные были ранее получены Л.С. Печниковой при изучении отношения матерей к детям с ранним детским аутизмом (РДА) в зависимости от наличия в семье здорового сибса. Так, у 50% матерей проявляется отвержение ребенка с РДА, в случае если он был единственным ребенком в семье. В случае, если ребенок-аутист младший из детей, выявлено, что всем матерям свойственно проявление отвергающего поведения. А в случае, когда ребенок-аутист старший, то в 50% случаев отмечается тенденция построения кооперации и стремление учитывать потребности ребенка [11].

В исследовании на выборке детей с атипичным аутизмом Т.Н. Высотина показала, что материнское отношение к детям может характеризоваться эмоциональным принятием с тенденцией к выстраиванию симбиотических отношений, а также стремлением завысить уровень способностей детей и тенденцией к избеганию конфликтов в процессе общения с ребенком [1].

В нашем исследовании большая часть матерей (62%) в той или иной степени не соглашались с мнениями специалистов, установивших диагноз, также родители проявляли обеспокоенность назначением медикаментозной терапии. В большинстве своем несогласие аргументировалось следующим образом: «доказано, что аутизм это не болезнь, его не надо лечить», «от медикаментов формируется зависимость». Подобные суждения часто подкреплялись ссылками на информацию из СМИ, мнения непрофильных экспертов или знаменитостей, занимающихся пропагандой информации об аутизме.

Некоторые матери могли соглашаться на медикаментозную терапию, прописанную ребенку, но часто отмечалась самостоятельная корректировка или вовсе отмена лечения в связи с тем, что родители не видели быстрого результата или опасались возможных побочных эффектов, прописанных в аннотациях к препаратам. Также есть и матери, которые объясняли свою мотивацию обращения к специалисту (психиатру) необходимостью оформления инвалидности, которая гарантирует получение немедикаментозной (педагогической) коррекционной помощи в специализированных учреждениях для детей (или возможность покрыть расходы на поведенческого аналитика). Многие матери сообщали об обеспокоенности при обострении симптомов болезни, нарушениях поведения ребенка в процессе социализации (например, при смене обстановки, приходе гостей, при посещении детского сада).

Интервьюирование по специально разработанной анкете показало, что большинство матерей детей с РАС, несмотря на свою осведомленность, не редко ложную, о психической болезни (информация из Интернета и СМИ) сообщают о потребности в получении дополнительных сведений о заболевании, методах и формах помощи ребенку. Данный факт свидетельствует об открытости родителей к получению информации и возможности построения доверительного продуктивного контакта в системе «врач-родитель ребенка».

Большинство матерей (74%) отмечает, что у них имеется потребность в получении информации о том, как взаимодействовать с ребенком дома, в гостях

или на прогулке. Например, в одном из случаев мать выразила беспокойство, что не знает, как взаимодействовать с ребенком, когда нет рядом няни или так называемого «домашнего психолога»¹. Другая мать сообщает о том, что сталкивается с большими трудностями посещения общественных мест из-за непонимания обществом особенностей ребенка и т. п.

Также стоит отметить, что для подавляющего большинства родителей характерно затруднение при определении профиля специалиста, курирующего детей с РАС. Родители, не принимая болезнь ребенка, находятся в поиске действенной помощи, водят своих детей от одного специалиста к другому, например: логопеду, психологу, дефектологу, остеопату, а также специалистам нетрадиционной медицины - энерго- и биотерапевтам и др.

Для матерей из группы сравнения (дети с СД1) характерно большее принятие болезни, но также недостаточный контроль активности ребенка и соблюдение рекомендаций лечащего врача. Матери детей СД1 в большинстве случаев отмечают, что у них имеется достаточно сведений об особенностях течения заболевания, о том, как действовать при ухудшении состояния (данную информацию они получают при первом стационарировании ребенка). Спецификой данного заболевания является необходимость несколько раз в год ложиться в больницу на плановое обследование. Матерей и детей с данной патологией обучают, как правильно измерять сахар, вводить инсулин, в ряде случаев детям устанавливают помпу для подачи инсулина. Данные медицинские процедуры, безусловно, оказывают влияние на осознание матерями факта, что их ребенок нуждается в специализированной помощи. Для родителей детей с СД1 разработан алгоритм действий, к какому врачу обратиться, как действовать при ухудшении состояния, а также необходимость соблюдения диеты, ограничение активности и т. п.

Выводы.

1. В поведении матерей, воспитывающих детей с РАС, преобладают менее адаптивные механизмы психологических защит, среди них ведущими являются – реактивное образование, отрицание, а также компенсация и регрессия. Данные защитные механизмы проявляется в том, что стрессовая ситуация, связанная с наличием расстройства у ребенка, не принимается в должной степени, реальная ситуация может подменяться диаметрально противоположными образами, психологическим объяснением поведенческих нарушений ребенка, которые обусловлены психическим расстройством.

2. Отношение к болезни у матерей детей, страдающих РАС, в большинстве случаев характеризуется приуменьшением тяжести состояния ребенка, вплоть до анозогнозии. Статистически достоверной связи между материнским отношением и степенью тяжести психопатологического состояния ребенка не установлено.

3. У матерей детей с РАС значительно снижен контроль за действиями ребенка, а также несоблюдение рекомендаций лечащего врача.

4. Для обследованных матерей детей с РАС в большей степени характерно проявление эмоционального принятия своего ребенка.

5. Для большинства обследованных матерей характерны открытость в по-

¹ Не редки случаи появления так называемых «домашних психологов/психотерапевтов», которые «растворяются» в семье ребенка с РАС, Данный специалист сопровождает семью на приемах у специалистов и становится как бы членом семьи. В некоторых случаях родители перекладывают большинство обязанностей по уходу за ребенком на этого человека.

лучении информации о болезни и настроенность на сотрудничество со специалистами, курирующими детей с РАС. Данный вывод чрезвычайно важен для построения продуктивного взаимодействия в системе «врач-родитель ребенка».

6. Полученные результаты об особенностях материнского отношения к болезни ребенка на примере РАС могут позволить разрабатывать индивидуальные программы психологической поддержки семей с детьми, страдающими РАС.

ЛИТЕРАТУРА

1. Высотина Т.Н. Особенности родительского отношения к детям с атипичным аутизмом: дис. ... канд. психол. наук. – СПб., 2013. – 162 с.
2. Грановская Р.М., Никольская И.М. Защита личности: Психологические механизмы. – СПб.: Знание, Свет, 1999. – 352 с.
3. Исаев Д.Н. Отношение родителей и болезнь ребенка // Психология семьи и больной ребенок. Учебное пособие: Хрестоматия / Авторы-составители И.В. Добряков, О.В. Заширинская. – СПб. : Речь, 2007. – С. 150.
4. Ковалев В.В. Вопросы деонтологии детского и подросткового возраста // Ж. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1988. – Т. 88. – № 8. – С. 3-7.
5. Корень Е.В., Куприянова Т.А. Семейное бремя как мишень психосоциальной реабилитации детей и подростков с психическими расстройствами // Ж. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 2013. – 113 (5). – С. 61-68.
6. Красильникова Е.Д. Функционирование семей, воспитывающих детей с различными вариантами нарушения психического развития: дисс. канд. психол. наук. – СПб., 2013. – 244 с.
7. Макушкин Е.В., Байбарина Е.Н., Чумакова О.В., Демчева Н.К. Основополагающие задачи и проблемы охраны психического здоровья детей в России // Психиатрия. – 2015. – № 4 (68). – С. 5-11.
8. Мамайчук И.И. Помощь психолога детям с аутизмом. – СПб. : Речь, 2007. – 288 с.
9. Мукаетова-Ладинска Е.Б., Симашкова Н.В., Мукаетова М.С., Иванов М.В., Бокша И.С. Расстройства аутистического спектра у детей и взрослых: подходы к проблеме в разных странах // Ж. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 2018. – № 118 (12). – С. 92-99.
10. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок. Пути помощи. – М.: Теревинф, 2014. – 288 с.
11. Печникова Л.С. Материнское отношение к ребенку-аутисту в зависимости от наличия в семье здорового sibsa // Психология семьи и больной ребенок. Уч. пособ.: Хрестоматия. – СПб.: Речь, 2007. – С. 214-216.
12. Ребер М. Расстройства аутистического спектра. Научные подходы к терапии. – М.: БИНОМ, 2017. – 424 с.
13. Симашкова Н.В., Ключник Т.П. Расстройства аутистического спектра // Клинико-биологические аспекты расстройств аутистического спектра / Под ред. Н.В. Симашковой, Т.П. Ключник. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – С. 107-165.
14. Шабанова Е.В. Психологические защиты и внутрисемейные отношения у родителей, воспитывающих детей с расстройством аутистического спектра: дис. канд. психол. наук. – СПб., 2018. – 185 с.

REFERENCES

1. Vysotina T.N. Osobennosti roditel'skogo otnoshenija k detjam s atipichnym autizmom: dis. ... kand. psihol. nauk. – SPb., 2013. – 162 s.
2. Granovskaja R.M., Nikol'skaja I.M. Zashhita lichnosti: Psihologicheskie me-

hanizmy. – SPb.: Znanie, Svet, 1999. – 352 s.

3. Isaev D.N. Otnoshenie roditelej i bolezni rebenka // Psihologija sem'i i bol'noj rebenok. Uchebnoe posobie: Hrestomatija / Avtory-sostaviteli I.V. Dobrjakov, O.V. Zashhirinskaja. – SPb.: Rech', 2007. – S. 150.

4. Kovalev V.V. Voprosy deontologii detskogo i podrostkovogo vozrasta // Zh. nevropatol. i psihiatr. im. S.S. Korsakova. – 1988. – T. 88. – № 8. – S. 3-7.

5. Koren' E.V., Kuprijanova T.A. Semejnoe bremja kak mishen' psihosoci-al'noj reabilitacii detej i podrostkov s psihicheskimi rasstrojstvami // Zh. nevrol. i psihiatr. im. S.S. Korsakova. – 2013. – 113 (5). – S. 61-68.

6. Krasil'nikova E.D. Funkcionirovanie semej, vospityvajushhih detej s razlichnymi variantami narushenija psihicheskogo razvitiya: diss. kand. psihol. nauk. – SPb., 2013. – 244 s.

7. Makushkin E.V., Bajbarina E.N., Chumakova O.V., Demcheva N.K. Osnovopolagajushhie zadachi i problemy ohrany psihicheskogo zdorov'ja detej v Rossii // Psihiatrija. – 2015. – № 4 (68). – S. 5-11.

8. Mamajchuk I.I. Pomoshh' psihologa detjam s autizmom. – SPb.: Rech', 2007. – 288 s.

9. Mukaetova-Ladinska E.B., Simashkova N.V., Mukaetova M.S., Ivanov M.V., Boksha I.S. Rasstrojstva autisticheskogo spektra u detej i vzroslyh: podhody k probleme v raznyh stran // Zh. nevrol. i psihiatr. im. S.S. Korsakova. – 2018. – № 118 (12). – S. 92-99.

10. Nikol'skaja O.S., Baenskaja E.R., Libling M.M. Autichnyj rebenok. Puti pomoshhi. – M.: Terevinf, 2014. – 288 s.

11. Pechnikova L.S. Materinskoe otnoshenie k rebenku-autistu v zavisimosti ot nalichija v sem'e zdorovogo sibsa // Psihologija sem'i i bol'noj rebenok. Uch. posob.: Hrestomatija. – SPb.: Rech', 2007. – S. 214-216.

12. Reber M. Rasstrojstva autisticheskogo spektra. Nauchnye podhody k terapii. – M.: BINOM, 2017. – 424 s.

13. Simashkova N.V., Kljushnik T.P. Rasstrojstva autisticheskogo spektra // Kliniko-biologicheskie aspekty rasstrojstv autisticheskogo spektra / Pod red. N.V. Simashkovej, T.P. Kljushnik. – M.: GJeOTAR-Media, 2016. – S. 107-165.

14. Shabanova E.V. Psihologicheskie zashhity i vnutrisemejnye otnoshenija u roditelej, vospityvajushhih detej s rasstrojstvom autisticheskogo spektra: dis. kand. psihol. nauk. – SPb., 2018. – 185 c.

O.I. Bogacheva, M.V. Ivanov

SPECIAL CHARACTERISTICS OF THE MATERNAL ATTITUDE TO THE DISEASE OF CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS Mental Health Research Centre (Moscow).

Summary. The results of the study of the maternal attitude to the disease of children suffering from autism spectrum disorders (ASD) are presented. On a sample of 74 mothers, 44 of them mothers raising children with ASD (children aged 3 to 9 years with diagnoses from F84 heading ICD-10) show that the maternal attitude to the disease of children with ASD is more characterized by the decrease in the severity of the child's condition, up to anosognosii. The leading mechanisms of psychological defenses inherent to the mothers of children with ASD are as follows – reaction formation, denial, as well as compensation and regression.

Keywords: autism spectrum disorders, maternal attitude, attitude to the child's disease, defense mechanisms.

**ВОЗРАСТНО-ТЕЛЕСНЫЕ ИДЕНТИФИКАЦИИ У ПОДРОСТКОВ
С РЕАЛЬНЫМИ И МНИМЫМИ ДЕФЕКТАМИ ВНЕШНОСТИ**

Московский институт психоанализа, Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования (Москва)

Резюме. Произведен сравнительный анализ возрастно-телесных идентификаций у подростков с оперированной и не оперированной расщелиной мягкого и твердого неба, остаточными явлениями детского церебрального паралича и с дисморфофобией. Выявлены отрицательное отношение подростков с реальными и мнимыми дефектами внешности к актуальной возрастной позиции и низкая самооценка своей внешности. Показано, что эта категория подростков имеет искаженные представления о своей жизненной перспективе. Предпочтительными возрастно-телесными образами остаются образы детства.

Ключевые слова: самосознание подростков, возрастная идентификация, телесная идентификация, психологический возраст, дисморфофобия, расщелина мягкого и твердого неба, остаточные явления детского церебрального паралича.

Проблемы, связанные с формированием возрастной и телесной идентификацией, являются весьма характерными для подросткового возраста и ранней юности. Вступая в пубертатный период, подростки с нарушениями психического развития часто не в состоянии самостоятельно справиться с происходящими телесными, психическими и личностными изменениями, соответствовать возрастающим социальным требованиям. Среди зарубежных психологов наибольший вклад в развитие знаний о формировании идентичности личности внес Э. Эриксон. Идентичность рассматривалась им как личностная целостность индивида и его способность ощущать себя самотождественным в разные возрастные периоды и при различных обстоятельствах [11]. Возрастные особенности Я-концепции и отношения к телесному образу Я наиболее полно и обоснованно представлены в работах Р. Бернса [4].

В наших более ранних работах было разработано представление об идентификации как о единице анализа психики, отражающей характер психического развития человека [1, 3, 7, 9], где выделяется три компонента идентификации: эмоциональный, когнитивный и поведенческий. Последние оказывают взаимное влияние друг на друга и отличаются степенью выраженности на разных этапах развития личности [2].

Адекватное формирование возрастно-телесных идентификаций обеспечивает юношеству положительное самоотношение, что способствует адаптации и социализации в обществе. В подходе, разработанном А.А. Кроником и Р.А. Ахмеровым, психологический возраст рассматривается как интегральный показатель отношения человека к времени своей жизни [5, 8]. Несовпадение хронологического и психологического возраста может быть обусловлено различными факторами, в том числе и социальными, обеспечивающими оценочностью собственного возраста.

Проблема оценки и самооценки телесного и лицевого возраста человека пока остается малоизученной. Тем не менее становление образа физического Я,

его возрастная динамика, психологические факторы возникновения деформаций и связанных с ними негативных эмоциональных состояний играют важную роль в формировании самосознания человека [10].

Особенности самовосприятия и самоотношения, влияющие на принятие или непринятие в подростковом возрасте своего внешнего облика, часто сопровождаются довольно серьезными эмоциональными переживаниями, которые могут приводить к дизадаптации² его личности. Крайним негативным вариантом такого развития является дисморфофобия – психическое расстройство, связанное с переживанием мнимой некрасивости, уродливости своего лица [3].

Большие переживания по поводу своей внешности испытывают и подростки, перенесшие реконструктивные операции расщелины мягкого и твердого неба. Наши исследования показали, что чем раньше закончен цикл таких операций, тем скорее ребенок или подросток переключается на решение иных жизненных задач. Однако в некоторых случаях даже небольшой остаточный дефект способен негативно влиять на общую самооценку и самоотношение подростков [1, 9]. Аналогичные проблемы возникают и при наличии остаточных явлений детского церебрального паралича (ДЦП) [6].

Сильные эмоциональные переживания, сопровождающие становление личности подростков с нарушениями возрастнo-тeлeснoй идентификации в процессе взросления, создают значительные преграды для адекватного вхождения во взрослую жизнь и социальную адаптацию. Психопрофилактика и психокоррекция нарушений возрастнo-тeлeснoх идентификаций требуют проведения исследований, позволяющих разрабатывать программы, обеспечивающие предупреждение такого рода проблем.

Эмпирическое исследование. Нами было проведено исследование возрастнo-тeлeснoх идентификаций и самооценки внешности у с реальными и мнимыми дефектами. Всего в исследовании приняли участие 62 человека.

Первую группу («специальную») составили 8 лиц в возрасте от 15 до 17 лет (4 юноши и 4 девушки) с врожденной расщелиной мягкого и твердого неба, находящиеся на реконструктивных операциях в Институте пластической хирургии. Все пациенты имели нормальный интеллект. Среди подростков были как пациенты с уже оперированной расщелиной в стадии восстановления, так и подростки, которым еще предстояли 2-3 реконструктивные операции.

Вторую группу (компенсированную) составили 26 подростков (16 юношей и 10 девушек) с диагнозом: остаточных явлений ДЦП в форме спастической ди-

²Понятие нарушенной, искаженной адаптации следует обозначать как «**дизадаптация**» вместо более распространенного в последнее время «дизадаптация». 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).

плегии от 16 до 17 лет с нормативным интеллектом.

Третью (клиническую) группу составили 8 человек (3 юноши и 5 девушек) в возрасте от 17 до 19 лет, обратившиеся в Институт пластической хирургии с жалобами на дефекты лица и желанием радикальных изменений в своей внешности. Пациенты, являющиеся учащимися колледжей и университета, считали свои лица крайне непривлекательными. В процессе обследования этих пациентов психиатром им был поставлен диагноз «дисморфофобия» и отказано в проведении пластических операций. Интеллект пациентов был оценен как нормативный.

Четвертую (контрольную) группу составили 20 человек (10 юношей и 10 девушек) 17-18 лет с нормативным развитием без видимых дефектов внешности, которую отбирали три независимых эксперта.

Для проведения исследования были использованы следующие методики: «Половозрастная идентификация» (ПВИ-ПВ) Н.Л. Белопольской [2]; «Прямая самооценка психологического возраста» А.А. Кроника, Р.А. Ахмерова [8]; и модификация методики Дембо-Рубинштейн с включением шкал по самооценки внешности. Обследуемые должны были оценить себя по красоте своего лица, фигуры и общей внешней привлекательности [3].

Результаты исследования. Пациенты с расщелиной мягкого и твердого неба до проведения реконструктивной операции (специальная группа) затруднялись в выборе образа для самоидентификации. Они говорили, что образы на карточках мало к ним относятся, так как ни у кого из изображенных людей нет «таких проблем». Обсуждение возрастной позиции с пациентами этой группы сводилось к обсуждению проблем внешности и перспектив, которые открывались после проведения реконструктивных операций. Подростки с успешно оперированной расщелиной легко и быстро находили образ для адекватной самоидентификации.

Все пациенты специальной группы как с оперированной, так и с не оперированной расщелиной, в качестве привлекательного образа выбирали чаще всего образ будущего (юность, зрелость). Таким образом, они обнаружили прогрессивную тенденцию движения по жизненному пути. Будущее было связано для них с позитивными ожиданиями. Так или иначе, в комментариях и тех и других звучало четкое разделение своей жизни на периоды до - и после реконструктивной операции.

Выборы негативного возрастного образа лиц с расщелиной твердого неба четко зависели от того, была ли проведена успешная реконструктивная операция или нет. Так, пациенты до проведения операции считали негативным свой настоящий возраст и предыдущую стадию (детство, школьник). Пациенты с оперированной расщелиной негативным возрастом считали свой предыдущий возрастной период (школьный возраст), когда еще страдали от переживаний по поводу внешности.

Задание на самооценку внешности вызывало у этих пациентов эмоциональный дискомфорт, даже без дополнительной инструкции они говорили о том, что ожидают больших перемен в своей внешности и тогда смогут оценить себя на среднем уровне или выше среднего.

Средний хронологический возраст пациентов составил 16,2 года, тогда как средний психологический возраст составил 15,0 лет.

Исследование возрастной идентификации показало, что 69% состава группы с остаточными явлениями ДЦП имеют различные нарушения. При выборе

привлекательного образа «Я» 46% лиц с ДЦП выбрали в качестве привлекательного образа образ детства. В непривлекательные возрастные образы у лиц с остаточными явлениями ДЦП попали образы юности и зрелости, что говорит о больших переживаниях о своем настоящем и страхом перед взрослой жизнью. Их комментарии: «Мне не нравится мой возраст. Слишком много проблем, жаль время беззаботного детства, сейчас мне гораздо хуже», «Меня страшит мое будущее, я стараюсь о нем не думать, у детей и школьников проблемы не такие значительные, как у меня» - подтверждают вышесказанное.

Самооценка внешности в группе оказалась заниженной по всем трем дополнительным шкалам: красоты лица, фигуры и общей внешней привлекательности.

Средний хронологический возраст пациентов составил 16,7 лет, тогда как средний психологический возраст составил 15,0 лет.

Ни один из пациентов, составивших клиническую группу, не смог найти среди карточек ни одного возрастного образа для самоидентификации. Отказ от самоидентификации пациенты с дисморфофобией объясняли тем, что изображенные на картинках персонажи не похожи на них внешне.

Что касается выбора привлекательного возрастного образа пациентами с дисморфофобией, то они обнаружили регрессивные тенденции, выбирая образы «младенец» и «дошкольник». Свой выбор испытуемые объясняли тем, что в данных возрастах «не приходится задумываться над тем, как ты выглядишь», «в детстве хорошо, внешность не так важна», «сейчас ничего хорошего во внешних данных нет». с дисморфофобией считали негативным образ настоящего и объясняли это тем, что в детстве они были «симпатичными».

Самооценка внешности в группе оказалась заниженной по шкалам «красота лица» и «общая внешняя привлекательность», самооценка фигуры соответствовала средним значениям.

Средний хронологический возраст пациентов составил 18,1 лет, тогда как средний психологический возраст составил 15,0 лет.

Лица из нормативной выборки показали иную картину. 90% идентифицировали себя с образом «юности», остальные 10% с образом «зрелость». В качестве привлекательного возрастного образа 60 % выбрали «юность», 40% - «зрелость». При выборе привлекательного возрастного образа нормативная выборка продемонстрировала значительные гендерные различия. Так, для девушек в большинстве случаев самым привлекательным образом является образ «юности», тогда как среди юношей наряду с образом «юность» привлекательным образом часто является «зрелость». Девушки нормативной группы рассматривают привлекательность образа «юности» в возможности «обретения уверенности в себе», «ощущения чего-то нового», «появления новых событий в жизни». Для юношей выбор связан с желанием «стать самостоятельнее», «возможностью найти хорошую работу», «зарабатывать деньги и обеспечивать себя».

Психологический возраст нормативного юношества у 85% соответствовал их хронологическому возрасту.

Анализ результатов. Формирование возрастнo-телесных идентификаций у подростков с проблемами внешности при сохранном интеллекте затрудняет движение их по жизненному пути.

Таблица 1.

Результаты теста возрастной идентификации

Группа					
Дефицит	Расщелина	Дисморфофобия	Норма	ДЦП	Всего
Нет	0	3	18	8	29
Есть	8	5	2	18	33
Всего	8	8	20	26	62

У всех групп с переживаниями по поводу своей внешности нарушена возрастная идентификация, в произведении самоидентификации, в выборах предпочтительных и негативных возрастных образов и представлений о жизненном пути.

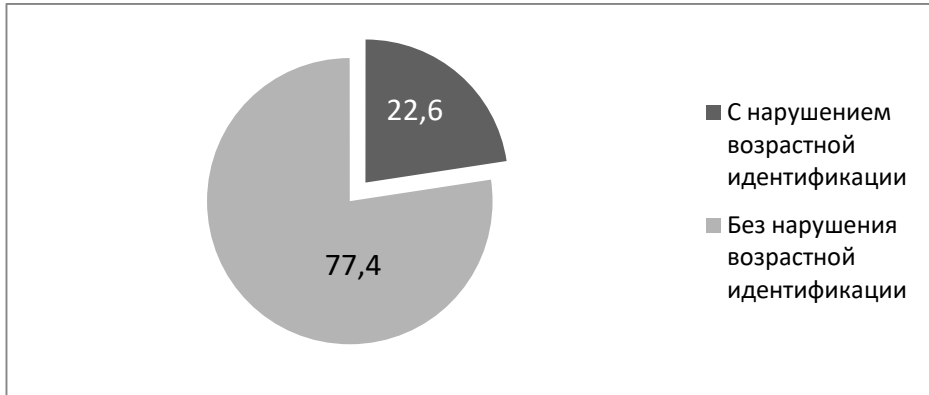


Рисунок 1. Процентное соотношение количества подростков с реальными и мнимыми дефектами внешности, имеющими и не имеющими нарушения возрастной идентификации

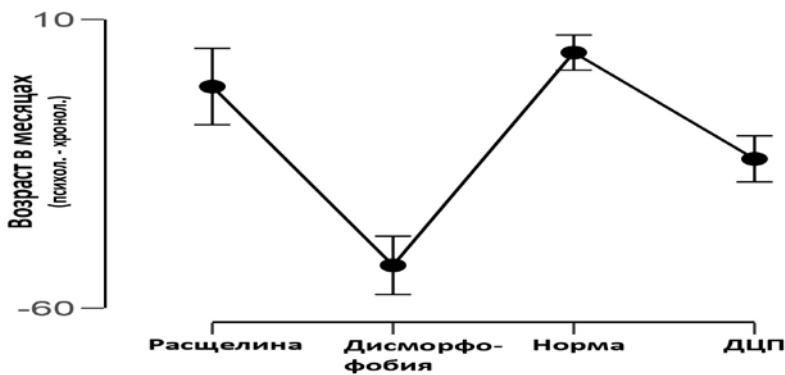


Рисунок 2. Различие между хронологическим и психологическим возрастом для разных групп. На ординате – различия (психологический возраст – хронологический возраст). Позитивные значения означают, что психологический возраст старше хронологического, а отрицательные – наоборот. Вертикальные отрезки отражают 95% интервал достоверности

Различия между группами в возрастной идентификации были проанализированы с помощью метода χ^2 . Результаты показали значимые различия между 4 группами ($\chi^2(3) = 24.99, p < .001$). Показаны также значимые различия между группой нормы и остальными экспериментальными группами ($\chi^2(1) = 22.16, p < .001$).

Сравнение экспериментальных групп между собой не показало значимых различий ($\chi^2(2) = 3.65, p = .16$).

Различия между психологическим и хронологическим возрастом всех групп были проанализированы методом дисперсионного анализа для независимых выборок. Показаны также значимые различия между группой нормы и остальными экспериментальными группами ($F(1,60) = 40.99, p < .001$). Проведены парные сравнения (post-hoc коррекция выполнена методом Туки) между всеми группами. Клиническая группа с дисморфофобией показала самый низкий психологический возраст по отношению к другим группам. Группа отличается от нормы на 51,6 месяцев ($t(27) = 11.5, p < .001$), от ДЦП на 26,5 месяца ($t(33) = 6.1, p < .001$), от пациентов с расщелиной на 43,4 месяца ($t(15) = 8.08, p < .001$). Группа с ДЦП также показала более низкий психологический возраст, который ниже, чем норма, на 25,2 месяца ($t(45) = 7.88, p < .001$). Группа с ДЦП также показала более молодой возраст на 16,9 месяцев моложе, чем пациенты с расщелиной ($t(33) = 3.90, p < .001$). Пациенты с расщелиной не показали значимых различий от группы норма. Их психологический возраст был моложе всего на 8,2 месяца ($t(27) = 1.84, p = 2.6$).

Выводы.

1. Изучение особенностей формирования возрастнo-телесных идентификаций подростков с реальными и мнимыми дефектами внешности показало, что процесс их взросления, принятие собственного внешнего образа затягивается.

Низкая самооценка внешности тормозит адекватное формирование возрастной идентификации и способствует ощущению более молодого психологического возраста..

2. Подростки с расщелиной мягкого и твердого неба в своих выборах актуального, привлекательного и негативного возрастов целиком зависят от успешно проведенных реконструктивных операций на лице. Их эмоциональные переживания до операций и после успешных операций обуславливают отношение к прошлой возрастной фазе как негативной. Не оперированные пациенты негативно воспринимают свой актуальный возраст, но позитивно относятся к своему будущему. Успешно оперированные пациенты начинают позитивно воспринимать и свое настоящее.

3. Эмпирически показано, что наличие реального или мнимого дефекта внешности сопровождается изменениями структуры субъективной картины жизненного пути личности. Такие подростки негативно оценивают свой настоящий возрастной период, в большей степени ориентированы на будущее, ожидая положительного исхода от оперативного вмешательства, при этом отмечается низкий уровень планирования будущей жизни.

4. Клинико-психологическое исследование самосознания подростков с остаточными явлениями ДЦП выявило у них страхи, связанные с неспособностью самостоятельно справиться с возможными трудностями в настоящем и буду-

щем. В силу этого они часто неосознанно затягивают свой выход в продуктивную жизненную фазу.

5. Пациенты с дисморфофобией целиком концентрированы на переживании мнимого дефекта своего лица. Несмотря на то что они знают свой хронологический возраст, внутренне они остаются подростками и также не выходят в продуктивную жизненную фазу.

6. Нарушения возрастно-телесных идентификаций в подростковом возрасте, негативно влияют в субъективную картину жизненного пути, что приводит к ее деформации и затрудняют взросление личности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белопольская Н.Л., Иванова С.Р., Свистунова Е.В., Шафирова Е.М. Самосознание проблемных подростков. – М.: «Институт психологии РАН», 2007. – 323 с.

2. Белопольская Н.Л. Половозрастная идентификация. Методика исследования самосознания подростков и взрослых (ПВИ-ПВ). – М.: Когито-Центр, 2011. – 51 с.

3. Белопольская Н.Л., Литовченко И.С. Психологический и телесный возраст подростков и юношества с реальными и мнимыми проблемами внешности // Психологическая наука и образование. – 2014. – Т.19, № 4. – С.72–80.

4. Бернс Р. Развитие Я-концепции и воспитание. – М.: Прогресс, 1986. – 420 с.

5. Головаха Е.И., Кроник А.А. Психологическое время личности. – М.: Смысл, 2008. – 267 с.

6. Левченко И.Ю. Особенности психического развития больных ДЦП в детском и подростковом возрасте. // Медико-социальная реабилитация больных и инвалидов вследствие церебрального паралича. – М., 1991. – С. 21–44.

7. Литовченко И.С., Белопольская Н.Л. Телесность и субъективная картина жизненного пути у подростков с нарушениями развития // Мат-лы X Всероссийской науч.-практ. конференции с международным участием./ под ред. Е.В. Левченко). – Пермь: Пермский государственный национальный исследовательский университет, 2016. Вып. 10. – С.154–159.

8. Кроник А.А., Ахмеров Р.А. Каузометрия: Методы самопознания, психодиагностики и психотерапии в психологии жизненного пути. – М.: Смысл, 2008. – 294 с.

9. Шафирова Е.М., Белопольская Н.Л., Виссарионов В.А. Психологические особенности восприятия собственной внешности подростком // Сборник работ молодых ученых МГППУ – М.: 2002. – Вып. 10. – С.219–221.

REFERENCES

1. Belopol'skaja N.L., Ivanova S.R., Svistunova E.V., Shafirova E.M. Samosoznanie problemnyh podrostkov. – М.: «Institut psihologii RAN», 2007. – 323 s.

2. Belopol'skaja N.L. Polovozrastnaja identifikacija. Metodika issledovaniya samosoznaniya podrostkov i vzroslyh (PVI-PV). – М.: Kogito-Centr, 2011. – 51 s.

3. Belopol'skaja N.L., Litovchenko I.S. Psihologicheskij i telesnyj vozrast podrostkov i junoshestva s real'nymi i mnimymi problemami vneshnosti // Psihologicheskaja nauka i obrazovanie. – 2014. – Т.19, № 4. – С.72–80.

4. Berns R. Razvitie Ja-koncepcii i vospitanie. – М.: Progress, 1986. – 420 s.

5. Golovaha E.I., Kronik A.A. Psihologicheskoe vremja lichnosti. – М.: Smysl, 2008. – 267 s.

6. Levchenko I.Ju. Osobennosti psihicheskogo razvitiya bol'nyh DCP v detskom i podrostkovom vozraste. // Mediko-social'naja reabilitacija bol'nyh i invalidov vsledstvie cerebral'nogo paralicha. – M., 1991. – S. 21–44.

7. Litovchenko I.S., Belopol'skaja N.L. Telesnost' i sub#ektivnaja kartina zhiznennogo puti u podrostkov s narushenijami razvitiya // Mat-ly H Vserossijskoj nauch.-prakt. konferencii s mezhdunarodnym uchastiem./ pod red. E.V. Levchenko). –Perm': Permskij gosudarstvennyj nacional'nyj issledovatel'skij universitet, 2016. Vyp. 10. – S.154–159.

8. Kronik A.A., Ahmerov R.A. Kauzometrija: Metody samopoznaniya, psihodiagnostiki i psihoterapii v psihologii zhiznennogo puti. – M.: Smysl, 2008. – 294 s.

9. Shafirova E.M., Belopol'skaja N.L., Vissarionov V.A. Psihologicheskie osobennosti vosprijatija sobstvennoj vneshnosti podrostkom //Sbornik rabot molodyh uchennyh MGPPU – M.: 2002. – Vyp. 10. – S.219–221.

N.L. Belopolskaya

AGE-BODY IDENTIFICATION IN ADOLESCENTS

WITH REAL AND IMAGINARY APPEARANCE DEFECTS

Moscow Institute of Psychoanalysis, Russian Medical Academy of Continuing Professional Education (Moscow).

Summary. A comparative analysis of the age-bodily identifications in adolescents with an operated and non-operated cleft of the soft and hard palate, residual effects of cerebral palsy and with dysmorphophobia was made. Revealed a negative attitude of adolescents with real and imaginary defects of appearance to the current age position and low self-esteem of their appearance. It is shown that this category of adolescents has a distorted view of their life prospects. The preferred age-bodily images are images of childhood.

Keywords: adolescent, self-awareness, age identification, bodily identification, psychological age, dysmorphophobia, cleft of the soft and hard palate, residual effects of cerebral palsy

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

**Т.А. Куприянова, Е.В. Корень
СИНДРОМ МЮНХГАУЗЕНА *by proxy* В ДЕТСКОЙ
ПСИХИАТРИИ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**

Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» (Москва).

Резюме. В данной работе показана возрастающая актуальность изучения синдрома Мюнхгаузена «по доверенности» и представлен клинический случай непосредственно в детской психиатрической практике.

Ключевые слова: синдром Мюнхгаузена *by proxy*, имитируемое расстройство, родители, дети и подростки, психические расстройства.

Участившееся в последнее время число клинических наблюдений с агgravацией родителями симптомов уже имеющегося у ребенка психического расстройства или обращение в клинику с жалобами, имитирующими наличие тех или иных психических нарушений у детей, также как и недавно проявленный интерес к самому синдрому Мюнхгаузена на страницах журнала, побудили нас обратиться к данной проблематике [1]. На признание значимости данного феномена также указывает включение его в качестве самостоятельного расстройства в драфт предстоящего пересмотра классификации МКБ-11 [23]. В литературе встречаются различные обозначения синдрома Мюнхгаузена *by proxy* (синдром Мюнхгаузена по доверенности - СМД): «делегированный синдром Мюнхгаузена», «синдром Мюнхгаузена «от третьего лица», «фальсифицированное или вызванное расстройство у детей (Fabricated and Induced Illness), «синдром голословных утверждений» (Parental Alienation Syndrome). Со времен принятия ДСМ-3 в США и Англии СМД чаще упоминается как «имитируемое расстройство по доверенности» (factitious disorder by proxy). Сам по себе термин СМД следует признать не совсем удачным, но его эпонимическая окраска и последующие многочисленные подтверждения его реального существования позволили СМД получить широкое распространение в профессиональных кругах.

С момента первого описания в 1977 г. английским педиатром R. Meadow [17] двух случаев экстраординарного поведения матерей, одна из которых пыталась отравить своего маленького ребенка избыточным количеством соли, а другая добавляла свою кровь в образцы мочи ребенка, которое было им расценено как синдром Мюнхгаузена *by proxy*, в педиатрической, психиатрической и юридической литературе ведется полемика, отражающая сохраняющийся интерес к изучению данного феномена как в отношении правомерности его выделения, границ и основных характеристик, так и в плане используемой терминологии, распространенности, клинической принадлежности, критериев выделения, подходов к курации и т. д. В настоящее время синдром Мюнхгаузена *by proxy* рассматривается в качестве подтипа зонтичной категории, так называемого

имитируемого расстройства (factitious disorder), объединяющего группу психических отклонений, связанных с намеренным представлением пациента в роли больного при отсутствии очевидной выгоды.

В контексте СМД с известными оговорками можно говорить о возможности выделения «делегированного» варианта описанного F. Johnstone синдрома *Альбатроса* [15] в виде наблюдавшегося нами настойчивого стремления родителей детей с ипохондрическими расстройствами, вопреки разубеждениям врачей, к повторному посещению различных специалистов, госпитализациям и различным обследованиям в поисках «причины» недомогания у детей [4], созвучного существующему в нарративной клинической практике понятию «doctor shopping», когда родители постоянно обращаются с жалобами к разным врачам, не удовлетворяясь полученной помощью и настаивая на своем диагнозе и лечении. Наше клиническое наблюдение, когда мать больного подростка систематически обращалась в различные лечебные учреждения с требованием выписки врачами рецептов на токсические дозы корректора (15 таблеток циклодола в день), необоснованно мотивируя свое поведение появлением у ребенка (подростка) «судорог» при уменьшении суточной дозы, тяготеет к синдрому *Агасфера* [22] «по доверенности» как другой разновидности СМД [5].

В МКБ-10 «синдром Мюнхгаузена» рассматривается как психическое расстройство под рубрикой «Умышленное вызывание или симулирование симптомов или инвалидности физического или психологического характера» (симулятивное расстройство)», F68.1. Определенную путаницу вносит имеющаяся в МКБ-10 неточность названия и противоречивость наполнения данной рубрики, содержащей указания на симулятивный характер расстройства и одновременно на неясную, предположительно внутреннего характера мотивацию при отсутствии установленного соматического или психического расстройства. Следует указать, что СМД как выделенная таксономическая и диагностическая единица в МКБ-10 отсутствует, и ребенку, жертве СМД, ставится диагноз из непсихиатрической рубрики «грубое обращение с детьми» (T74.12 или T74.8) [3, 6]. Симуляция болезни ребенка родителями по внешним прагматическим мотивам (служба в армии, получение инвалидности, пособий и т. п.), определяемая как преднамеренное вызывание или имитация соматических или психологических симптомов или инвалидизации в соответствии с внешними побудительными мотивами или стрессами, кодируется в разделе Z («Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения») под рубрикой Z76.5.

Как показывает анализ литературных источников, достаточно большое количество исследований посвящено изучению различных психиатрических аспектов данного феномена [7, 9, 14, 18]. Согласно рекомендациям международного мультидисциплинарного комитета экспертов, специально созданного в 1996 г. с целью разработки критериев идентификации данного синдрома, он представляет собой тяжелую и трудную в диагностике форму жестокого обращения с ребенком, для которой характерны фабрикация, аггравация или индукция симптомов болезни у последнего. С 1995 г. в американском диагностическом и статистическом руководстве DSM-IV [12] были впервые представлены диагностические исследовательские критерии для изучения СМД с целью последующего включения в классификационную систему. Впервые СМД как са-

мостоятельное расстройство введен в рубрификацию ДСМ-5 в 2013 г. [11]. Диагноз ставится перпетратору (совершающему неправомерное действие), не жертве. При этом подчеркивается отсутствие при СМД, в отличие от симуляции, устойчивого внешнего побудительного мотива.

В литературе, посвященной исследованиям СМД, нами не встречено данных по проявлениям, распространенности и последствиям данного синдрома непосредственно в детской психиатрической практике. Однако представлены описания СМД в клинике детской неврологии [2]. По мнению Barber & Davis (2002) среди наиболее частых форм проявления СМД отмечаются «судороги» и обмороки (прямой обман о наличии признаков эпилепсии и использование препаратов, которые могут вызывать псевдоэпилептические припадки, удушье и др.), вызывание сонливости и вялости (использование препаратов, тормозящих ЦНС) [8].

С учетом допущения, что поведение таких родителей может принимать разные формы при различиях в психологической мотивации лиц, аггравировующих или фальсифицирующих психическое расстройство у ребенка, в одной из дефиниций СМД представлен как «дискуссионный термин, который используется для описания поведенческого паттерна, согласно которому персона, ухаживающая за больным, умышленно преувеличивает, фабрикует и/или индуцирует физические, психологические, поведенческие нарушения, и/или проблемы, связанные с психическим здоровьем, у тех, кто находится в их попечении» [16]. Следуя данному расширенному определению, к СМД могут быть отнесены дети с психическими расстройствами, родители которых умышленно искажают клиническую картину, провоцируют или фальсифицируют болезненное состояние ребенка, которому наносится вред навязыванием неадекватной помощи имеющимся психопатологическим проявлениям роли больного - ненужными частыми госпитализациями, процедурами и неправильным лечением.

В рабочем определении СМД (Factitious disorder imposed on another) в драфте МКБ-11 помимо закрепленной возможности путем обмана вызывать психологические и поведенческие признаки и симптомы у других зависимых персон, преимущественно у детей, внесено важное дополнение, что в случае наличия предшествующего расстройства могут намеренно аггравироваться существующие признаки болезни, фальсифицироваться или вызываться дополнительные симптомы с целью поиска помощи и представления ребенка в роли больного [23].

В качестве лиц, индуцирующих синдром, как правило, выступают родители, чаще всего матери, хотя имеются указания, что отец также может участвовать в описании «клинических» симптомов. D. Rosenberg представил «семейный портрет» при СМД: четверть всех матерей имели среднее медицинское образование, 10%-30% из них сами страдали синдромом Мюнхгаузена, семья обычно была неполной или отец часто и подолгу отсутствовал (например, в семьях военных) [18].

По данным литературы, часть перпетраторов стремится привлечь к себе внимание присваиванием себе роли больного *by proxy*. Первичной мотивацией у некоторых матерей при этом является получение помощи или вмешательства извне посредством больного ребенка, у других - добиться уважения в качестве «очень преданных родителей тяжело больного ребенка». Также указывается на чрезмерно активное стремление «помочь» ребенку, которого, по мнению матери, лечат неправильно. У отдельных фальсификаторов преобладает стремление к ма-

нипуляции и тайному контролю над людьми, желание обмануть авторитетных людей - не только врачей, но и учителей, социальных работников, юристов [8, 9].

Актуальность психиатрической оценки СМД также диктуется тем, что вовлеченные в него дети, помимо физического вреда, причиненного провоцированием болезненных симптомов, проведением избыточных исследований и назначением неадекватного лечения, имеют неблагоприятные психосоциальные последствия в виде нарушений в эмоциональной сфере и поведении, изоляции из детской среды, нарушения психосоциального и личностного развития. По данным М. Sanders, пребывание этих детей в поддельной роли больного может формировать стремление к этой роли во взрослом возрасте. Кроме того, более половины детей получают косвенно психологическую травму, вызывающую нарушения в эмоциональной сфере и в поведении, непосещение школы и выраженные нарушения концентрации внимания [19]. С. Bools et al. показали, что семейные условия, в которых сфальсифицированное или вызванное заболевание протекает, также могут объяснять тот факт, что до трех четвертей впервые выявленных детей с СМД страдают от других форм плохого обращения, невыполнения родителями своих обязанностей в отношении ребенка, дополнительных фальсификаций или неадекватного лечения лекарственными средствами [10].

Значительный интерес представляют данные исследований, позволяющие обсуждать психосоциальные предпосылки возникновения СМД, возникающие на пересечении психопатологических, психосоматических, психодинамических и психосоциальных аспектов. Так, по данным G. Adshead et al., непосредственная связь между каким-либо конкретным психическим расстройством и жестоким поведением по отношению к детям отсутствует [7]. В то же время отмечено наличие психических проблем у матерей, «индуцирующих» болезни у своих детей, связанных с недостатком психологической поддержки в семье, проблемами в браке, а у части из них - серьезной психиатрической патологией. По данным С. Bools et al., имеются указания на высокую частоту пограничных расстройств личности у лиц, занимающихся фальсифицированием заболевания [10], а также на нарушения в воспитании детей и в заботе о них, опосредуемые типом привязанности у матерей с этим расстройством [14]. Установлены определенные корреляции между симптомами соматизирующих матерей и симптомами, чаще всего фальсифицируемыми у детей [8], между пережитым матерями опытом жестокого обращения в детстве и СМД [7, 10, 13].

Также следует отметить, что влияние психического насилия на развитие ребенка может иметь значительно более тяжелые последствия, чем физическое насилие [20, 21]. В изучаемом контексте особый интерес представляет подход к СМД с позиций нарушенных отношений привязанности «мать-ребенок», на которые в свою очередь может влиять собственный опыт привязанности у матери. По мнению G. Adshead et al., взаимнообратные (реципрокные) отношения поведенческих ролей могут иметь большое значение при этом типе жестокого обращения [7]. G. Gray, A. Bentovim (1996) подчеркивают связь небезопасной привязанности с неразрешенной тяжелой утратой, так как реакция на последнюю может стимулировать отношение матери к ребенку как к более больному, чем он есть на самом деле? и бояться, что потенциально опасное заболевание может быть пропущено [13].

В качестве примера синдрома Мюнхгаузена *by proxy* приводим одно из

наших клинических наблюдений.

Из анамнеза: девочка Х., 2007 г.р. (11 лет), ученица 5 класса общеобразовательной школы, проживающая в Москве, госпитализирована в детскую клинику Московского НИИ психиатрии весной 2018 г. (апрель–май) с жалобами на приступы с потерей сознания, снижение настроения, слабость, эпизоды с чувством удушья, головокружения в течение дня.

Анамнез (со слов матери): Отец, 40 лет, здоров, образование высшее, инженер, по характеру возбудимый, раздражительный, общительный, в детстве отличался неусидчивостью, нетерпеливостью. Мать, 39 лет, здорова, образование высшее, работает бухгалтером, по характеру – добрая, заботливая, не очень общительная, эмоциональная, впечатлительная, тревожная, легко может заплакать, демонстрирует выраженную обеспоеченность состоянием ребенка. Страдает от головных болей и ВСД. В детские годы была робкой, стеснительной. Особенности семьи является запрет на открытое выражение негативных чувств и несогласия со старшими в семье. Дед со стороны матери характеризуется родными как «давящий, постоянно критикующий», с частыми срывами, может быть не сдержан и груб.

Роды и раннее развитие без особенностей. Когда девочке было 5 лет, отец получил работу, связанную с частыми командировками. Расстраивалась из-за разлуки с ним. Примерно в этом же возрасте появился страх находиться одной в темноте, в лифте или в транспорте (после того, как ее случайно оставили одну на перроне). Страх сохранялся на протяжении трех лет. В мае 2017 г. случился первый приступ с потерей сознания. Обратились к неврологу. Был поставлен диагноз «вегето-сосудистая дистония по гипотоническому типу» и назначена терапия фезамом. В сентябре 2017 г. вновь потеряла сознание, якобы, со слов матери, получила сотрясение мозга. После этого была обследована и наблюдалась в неврологическом стационаре с диагнозом «синдром вегетативной дисфункции пубертатного периода по ваготоническому типу с синкопальными состояниями». Была назначена терапия – беллатаминал и никотинол-гамма-аминомасляная кислота. В октябре 2017 г. была выписана в удовлетворительном состоянии. В конце октября 2017 г. приступ с потерей сознания повторился. Была госпитализирована в кардиологическое отделение, где был поставлен диагноз «дисфункция синусового узла» и назначена терапия - магне В6 и мексидол. Приступов в отделении не наблюдалось, после чего в удовлетворительном состоянии была выписана. После выписки приступы повторились, но добавились жалобы на удушье – со слов матери, девочка потеряла сознание и не дышала около минуты. После этого подобное состояние стало повторяться якобы по 30-40 раз за день; подобные приступы возникали даже ночью. У девочки снизился фон настроения, сузился круг интересов, пропало желание учиться и заниматься музыкой.

На амбулаторном приеме девочка на предложение о госпитализации отреагировала спокойно, но напряглась, когда речь зашла о стационарировании без матери, схватила ее за руку. Мать начала всхлипывать, пытаться успокоить ребенка, заявляла, что сейчас начнется приступ, и при этом достаточно спокойным голосом обращалась к врачу – «вот видите, как это происходит».

Психический статус при поступлении: выглядит понурой, взгляд тусклый, голос тихий, мало модулированный, на контрасте с предыдущей беседой немно-

гословна. Предъявляет жалобы на чувство удушья, но не может объяснить, как она его ощущает во сне, «просто, когда волнуюсь, воздуха не хватает». О головокружениях и эпизодах с потерей сознания сама не упоминает, неуверенно говорит «я не помню, мама все знает». Иногда ощущает «пустоту внутри», «встаю утром, маме улыбаюсь, но в душе тоскливо и пусто». Раньше за собой никогда не замечала подобных переживаний, не знает, как с этим справиться. Данное состояние устойчивое, не меняется в течение дня – «просыпаюсь и засыпаю с такими чувствами». Часто возникает желание «пореветь» без видимой причины; может встать посреди разговора с друзьями из-за необходимости поплакать – объяснить такое поведение не может. Во время беседы о новых друзьях оживилась, фон настроения заметно повысился, мимика и эмоциональная окраска голоса стали более выраженными и яркими. Тепло отзывалась о матери, но на вопрос об отношениях с ней отвечает не сразу: долго не могла сформулировать определение их отношений, смущенно улыбалась. Доверительными их назвать не может, описывает их как «избирательно доверительные».

В отделении первую неделю находилась вместе с матерью. Головокружений, чувства нехватки воздуха и приступов не наблюдалось. На четвертый день госпитализации, вечером после приема лекарств, мать обратилась к персоналу с требованием срочно вызвать дежурного врача, ссылаясь на то, что у ребенка был «приступ» с удушьем и потерей сознания. Ярко описывала, как девочка начала задыхаться, сползла на пол и не реагировала. При осмотре ребенок спокойно сидит на кровати, без признаков удушья, неуверенно жалуется, что при вставании закружилась голова, мать настаивает на том, что ребенок терял сознание и необходимо проведение повторного ЭЭГ-обследования. В течение ночи мать дважды требовала вызова дежурного врача, ссылаясь на то, что ребенок задыхается и теряет сознание. Никаких подтверждений этому ни дежурная медсестра, ни врач не зафиксировали.

После беседы матери и девочки с консультантом отделения было принято решение перевести ее в другую палату перед постом дежурной медсестры для усиления надзора и продолжить лечение без матери. В последующие три дня мать предъявляла жалобы, что «из-за лекарств» у ребенка усилились слабость и головокружения, которые в личной беседе с пациенткой не подтверждались. В беседе с врачом мать указывала на недостаточное внимание к пациентке и необходимость смены терапии из-за «побочных» эффектов, но жалобы матери на «приступы» прекратились. Мать неохотно согласилась покинуть отделение, отказывалась оставлять ребенка, мотивируя тем, что «дочь очень нуждается» в ее присмотре, угрожала обращением к администрации, но неожиданно легко выписалась после предупреждения, что в противном случае ребенок будет выписан вместе с ней. Также она согласилась на индивидуальные консультации, на которых неоднократно повторяла врачу, что она «все делает для ребенка», забывает о себе, не обращает внимание на усталость и плохое самочувствие.

ЭЭГ: без особенностей, основная активность сформирована в пределах возрастной нормы; легкие регуляторные изменения БЭА с признаками дисфункции мезодиеэнцефальных структур, гиперсинхронный тип ЭЭГ. Устойчивых локальных медленноволновых акцентуаций не выявлено.

Все оставшееся время девочка находилась в отделении одна. На назначенной

терапии тералиджемом 15 мг/сутки; феварином 75 мг/сутки фон настроения быстро выравнился; подавленности, тоски, чувства слабости не испытывала. Ни разу не предъявляла жалоб на головокружение и удушье, приступов не наблюдалось, несколько раз отмечались эпизоды «потемнения в глазах». Тепло встречала мать, когда та ее навещала. Девочка после таких свиданий становилась раздражительной, предъявляла большие жалобы, ненадолго снижалось настроение.

После первого лечебного отпуска через две недели мать ждала возможности «специально» поговорить с врачом, что она «не видит» улучшения состояния, у ребенка ухудшилось настроение, якобы несколько раз дома отмечались приступы удушья. На комментарий, что в отделении никаких приступов не наблюдается, приводила свою аргументацию, что медсестры плохо работают и могут пропустить приступы. Сама девочка в беседе без матери сначала жаловалась на слабость, пассивно повторяла, что было чувство удушья, потом расплакалась и призналась, что «мама говорила, что нужно обязательно сказать врачу, что были приступы». После ухода матери стала активно общаться с детьми, жалобы прекратились.

Регулярно проводилась индивидуальная психосоциальная работа с матерью, направленная на снижение семейного бремени, повышение родительской компетентности, различение неадекватной озабоченности здоровьем своего ребенка от проявления любви и заботы. На четвертом индивидуальном занятии мать признала улучшение в состоянии ребенка, расплакалась, сообщила, что только сейчас стала доверять врачу, испытывает сильную тревогу, которая мешает ей работать, сама уже больше года испытывает сердцебиения и чувство нехватки воздуха и думает о том, чтобы самой обратиться за помощью. Жаловалась на то, что врачи ее раньше «не слышали», допустила, что, может быть, чрезмерно реагировала на изменения в состоянии, но продолжала верить, что «потери сознания и приступы» раньше были.

На четвертой неделе лечения ребенок выписан с выраженным улучшением. В последующие месяцы мама продолжала контактировать по телефону с лечащим врачом и давал дочери лекарства, подтвердила, что сама с улучшением лечится от тревоги, успешнее может справляться с негативными эмоциями. Жалобы на обмороки, приступы удушья и головокружения полностью прекратились.

Таким образом, особенности клинической ситуации у матери данной пациентки, представленные непосредственно в детской психиатрической клинической практике и при наличии психического расстройства у ребенка, могут быть отнесены к кругу СМД-нарушений. На это указывают стремление к обследованиям и госпитализациям, сопряженное с активностью матери, направленной на убеждение в правомерности жалоб, требования дополнительных обследований, претензии к специалистам, негативное влияние на психическое состояние ребенка, трудности распознавания обмана, утрированное представление матерью себя в качестве «любящей и заботливой».

Можно говорить о гетерогенности структуры феномена, в спектре клинических проявлений которого наблюдалась как аггравация состояния ребенка с обилием жалоб со стороны матери, так и прямое выдумывание симптоматики, когда описываемые болезненные проявления «отмечались» только матерью или в период пребывания ребенка дома.

Проблема выявления СМД и привлечения родителей с проявлениями СМД к построению индивидуализированных лечебно-реабилитационных программ остается недостаточно изученной. Подобные случаи требуют особого внимания специалистов и разработки специфических подходов к терапии.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Белогузов И.И., Орлов Ф.В., Голенков А.В. Симулятивное расстройство (Синдром Мюнхгаузена) в практике детского психиатра // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2019 (19). - № 1 - С. 49-55

2. Белоусова Е.Д. Синдром Мюнхгаузена by проху // Русский журнал детской неврологии. - 2006 – Т.1 - С. 42-46.

3. Корень Е.В., Татарова И.Н., Марченко А.М., Дробинская А.О., Субботина В.В. Опыт применения МКБ-10 в российской детской психиатрии в перспективе пересмотра международной классификации // Социальная и клиническая психиатрия. - 2009. - Т. 4. - С. 34-42.

4. Корень Е.В., Марченко А.М. Некоторые подходы к психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации детей и подростков с пограничными нервно-психическими расстройствами // Социальная и клиническая психиатрия. - 2011. - Т. 21. - № 2 - С. 22 -28.

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

6. Корень Е.В., Куприянова Т.А. Классификация в детской психиатрии в перспективе принятия МКБ-11 // Социальная и клиническая психиатрия -2014. - Т. 24 - Вып. 2 – С. 61-64.

REFERENCES

1. Beloguzov I.I., Orlov F.V., Golenkov A.V. Simuljativnoe rasstrojstvo (Sindrom Mjunhgauzena) v praktike detskogo psihiatra // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. – 2019 (19). - № 1 - S. 49-55

2. Belousova E.D. Sindrom Mjunhgauzena by proxy // Russkij zhurnal detskoj nevrologii. - 2006 – Т.1 - S. 42-46.

3. Koren' E.V., Tatarova I.N., Marchenko A.M., Drobinskaja A.O., Subbotina V.V. Opyt primenenija MKB-10 v rossijskoj detskoj psihiatrii v perspektive peresmotra mezhdunarodnoj klassifikacii // Social'naja i klinicheskaja psihiatrija. - 2009. - Т. 4. - S. 34-42.

4. Koren' E.V., Marchenko A.M. Nekotorye podhody k psihosocial'noj terapii i psihosocial'noj rehabilitacii detej i podrostkov s pogramichnymi nervno-psihicheskimi rasstrojstvami // Social'naja i klinicheskaja psihiatrija. - 2011. - Т. 21. - № 2 - S. 22 -28.

5. Koren' E.V., Drobinskaja A.O., Kosolapova D.S., Marchenko A.M., Kovalenko Ju.B., Trajnina E.A. Sindrom Mjunhgauzena by proxy kak problema psihosocial'noj rehabilitacii detej i podrostkov s psihicheskimi rasstrojstvami // Juridicheskaja psihologija. - 2012. - № 3. - S. 25-29.

6. Koren' E.V., Kuprijanova T.A. Klassifikacija v detskoj psihiatrii v perspektive prinjatija MKB-11 // Social'naja i klinicheskaja psihiatrija -2014. - Т. 24 - Vyp. 2 – S. 61-64.

7. Adshhead G. &Bluglass K. Attachment representations in mothers with abnormal illness behavior by proxy //British Journal of Psychiatry. – 2005. - 187, 328–333.

8. Barber, M., Davis, P. Fits, faints, or fatal fantasy? Fabricated seizures and

child abuse // Archives of Disease in Childhood. – 2002. - 86, 230–233.

9. Bass C, Adshead G. Fabrication and induction of illness in children: the psychopathology of abuse // Advances in Psychiatric Treatment. – 2007. - 13, 169–177.

10. Bools C., Neale B. & Meadow, R. Munchausen syndrome by proxy: a study of psychopathology // Child Abuse and Neglect. – 1994. – 18, 773–788.

11. Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-5(TM) // American Psychiatric Publishing; 5th Edition (October 4, 2013). - 443 p.

12. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.) (DSM-IV). American Psychiatric Association. – 1995. - Washington, DC: APA.

13. Gray J., Bentovim A. Illness induction syndrome: paper I — A series of 41 children from 37 families identified at the Great Ormond Street Hospital for Children NHS trust // Child Abuse and Neglect. – 1996 - 20, 655–673.

14. Hobson P., Patrick M., Crandell L., et al. Personal relatedness and attachment in infants of mothers with borderline personality disorder.// Development and Psychopathology. – 2005. - 17, 329–347.

15. Johnstone FR, Holubitsky IB, Debas HT. Post-gastrectomy problems in patients with personality defects: the «albatross» syndrome// Can Med Assoc J. -1967. - 96(24),1559-64.

16. Lasher L. «MBP Definitions, Maltreatment Behaviors, and Comments». - 2011 -<http://www.mbpexpert.com/basics.htm>. Retrieved 30 January 2012.

17. Meadow R. Munchausen syndrome by proxy: the hinterland of child abuse // Lancet. – 1977. – 2, 343–345.

18. Rosenberg D.A. Web of deceit: a literature review of Munchausen syndrome by proxy // Child Abuse Negl. – 1987. – 11, 547–563.

19. Sanders M. Symptom coaching: factitious disorder by proxy with older children // Clinical Psychology Review. – 1995 – 15, 423–442.

20. Thomas K. Munchausen syndrome by proxy: identification and diagnosis // J. Pediatr. Nurs. – 2003. - 18(3), 174–180.

21. Van der Feltz-Cornelis C.M. The impact of factitious disorder on the physician-patient relationship. An epistemological model // Med. Health Care Philos. - 2002 - 5(3), 253–261.

22. Wingate P. Munchausen's syndrome // Lancet. – 1951. – 1, 412–13.

23. ICD-11 Beta Draft (Mortality and Morbidity Statistics): <http://id.who.int/icd>

T.A. Kupriyanova, E.V. Koren

MÜNCHHAUSEN BY PROXY SYNDROME IN CHILD PSYCHIATRY: CLINICAL CASE

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

Summary. This article is devoted to the increasing importance of consideration of Münchhausen syndrome by proxy in the routine child psychiatric practice and submitted relevant clinical case.

Keywords: syndrome Münchhausen by proxy, factitious disorder, children and adolescents, parents, mental disorders.

В.В. Колягин¹, Е.П. Чернигова²

НЕПРАВИЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА У ПОДРОСТКОВ ДРУГИХ РАССТРОЙСТВ ВМЕСТО БИПОЛЯРНОГО (ПРИЧИНЫ; КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ)

¹Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО, ²ОГКУЗ «Иркутская областная клиническая психиатрическая больница № 1» (Иркутск).

Резюме. Представлены: основные причины неправильной диагностики других расстройств вместо биполярного; клинические случаи не диагностированного биполярного аффективного расстройства (БАР) у подростков, направленных в детское психиатрическое отделение с другими диагнозами. Лечение пациентов депакином хроносфера обеспечило быстрое формирование качественной ремиссии.

Ключевые слова: гипомания, мания, депрессия, рекуррентная депрессия, РД, большой депрессивный эпизод, БДЭ, биполярное аффективное расстройство, БАР, шизофрения, тревожное расстройство, суицид, психоактивные вещества, ПАВ, антидепрессанты, депакин хроносфера.

Актуальность. До 60% пациентов переживают первый эпизод БАР в детско-подростковом возрасте (33% – до 15 лет; 27% – в 15–19 лет), более половины из них не получают лечения в течение последующих 5–10 и более лет. С конца XX в. БАР входит в список десяти самых значимых болезней в мире. Самая распространенная проблема БАР – неправильная диагностика: 1. РД; 2. Тревожного расстройства; 3. Шизофрении [9].

1. БАР чаще манифестирует депрессией, что создает проблему неверной диагностики РД. В соответствии с требованиями современных классификационных систем диагноз БАР возможен только после появления гипомании, мании или смешанного эпизода и при формальном их отсутствии в анамнезе пациента диагноз БАР проблематичен. У пациентов с депрессией самая сильная ассоциация с БАР отмечается: при выявлении БАР в истории их семьи – прогнозирующая ценность достигает 94%; индуцирование гипомании при терапии антидепрессантами – 100% связь с БАР [4].

О биполярном расстройстве могут свидетельствовать два и более из перечисленных гипо/маниакальных симптома во время депрессии: повышенная говорливость/напористость речи; реактивность настроения; «скачка идей»; повышенная отвлекаемость; импульсивность; высокие достижения. Для маниакальных и гипоманиакальных фаз при БАР в настоящее время более характерен дисфорический компонент [1, 7].

Клинический случай. М., 24.10.2002 г.р., проживает в Иркутской обл.

Наследственность. Мама 37 лет, образования среднее техническое, работает диспетчером автотранспортного цеха. По характеру спокойная. Курит. Отец совершил суицид 5,5 лет назад, в возрасте 29 лет, в алкогольном опьянении. Запил после смерти отца, за 4 месяца до суицида. По характеру был: веселым, заботливым, хорошим отцом.

Из анамнеза: от первой беременности в 21 год, мама курила, была угроза прерывания, лежала на сохранении. Роды в срок, самостоятельные. Вес 3350 гр., рост 53 см. Раннее развитие без отставания: пошла в 1 год, речь с 1,5 лет, школа с 7 лет, до 5 класса училась на «отлично». С 13 лет изменилась в поведении - «снизилось настроение». Живет с мамой и младшей сестрой 12 лет.

С пубертата отмечает кратковременные беспричинные подъемы настроения, с чувством, что может многое, «как влюбилась...». Учится в 9 классе лица, по массовой программе. С программой справляется, но в последнее время успеваемость вновь снизилась. Планов нет, предполагает обучаться в школе и далее.

Первая госпитализация в 15 лет, год назад, в психиатрическое отделение г. Усолье-Сибирское. После выписки принимала поддерживающую терапию. Все было хорошо, училась, общалась, «голосов» нет, настроение ровное.

Из характеристики: «...в данном лице обучается с первого класса. Добросовестная, ответственная, интеллигентная, тактичная, имеет хорошие организаторские способности. С одноклассниками отношения ровные, дружеские. Всегда готова прийти на помощь. Показала хорошие способности. Проявляет интерес к гуманитарным предметам...».

В августе 2018 г. прекратила прием депакина хроно. Состояние стало меняться в декабре 2018 г.: «не могу уснуть, лежу по несколько часов, в голове различные мысли вертятся, ни о чем». С начала января 2019 г. «настроение стало никаким - у меня апатия, ничего не хочется делать, нет желания общаться, вновь стала замкнутой, раздражительной, плаксивой. Появились «голоса» в голове, как будто комментируют меня, разговаривают между собой. Порой возникают состояния, как будто вокруг нереальность - не могу понять на самом деле, это происходит или нет. Тогда начинаю читать, если понимаю, что читаю, тогда это реальность. Иногда приходится прочитать несколько раз, чтобы понять, о чем читаю. Трудно сосредоточиться. Могу лежать и ничего не делать. Однажды даже двое суток не ела». Была госпитализирована в психиатрическое отделение г. Усолье-Сибирское 7.02.2019 г., получала галоперидол и тизерцин - «голоса» ушли, большие не беспокоят». По настоянию мамы, через 6 дней после госпитализации была переведена в детское отделение ИОКПБ № 1. Поступила 13.02.2019 г.

Психический статус: сознание не изменено, сидит, опустив голову, лицо закрыто волосами. В глаза не смотрит, лишь изредка поднимает голову. В контакт вступает. На вопросы отвечает в плане заданного, ответы односложные, голос тихий. Напряжена, тревожна, растеряна. Настроение неустойчивое, фон настроения преимущественно сниженный. Периодически готова заплакать, но старается сдерживать себя. Ориентирована верно во всех сферах. Словарный запас в пределах возрастной нормы. Временной синтез сформирован. Внимание несколько сужено в объеме. Память грубо не нарушена. Мышление последовательное, продуктивное, замедлено по темпу. Уровень знаний в пределах полученного образования. Кругозор достаточный. Обобщает, исключает правильно. Сравнение с опорой на главные признаки. Чтение беглое. Скрытый смысл текста доступен пониманию. Причинно-следственные

связи устанавливает правильно. Счетные операции выполняет. Волевые процессы, мотивационная сфера по возрасту сформированы. Работоспособность снижена. Утомляема. Медлительна.

Обследование: ОАК, ОАМ – в пределах нормы. ЭХО-ЭГ: патологии нет. ЭЭГ: диффузные изменения, умеренные с тенденцией к дезорганизации биоэлектрической активности, признаки дисфункции срединно-стволовых структур. Невролог - астено-депрессивный синдром. Психолог – умеренное эмоционально-волевое снижение депрессивного характера. Гинеколог – обследование.

Лечение: депакин хроносфера 250 вечером после еды, мексидол, комбилипен - совокупность витаминов группы В, левомепромизин 25 мг в/м, пароксетин 20 мг/сут. Психообразование подростка и матери. Когнитивная психотерапия, акцент на максимальную комплаентность к депакину. На фоне лечения отмечает значительное улучшение состояния, фон настроения стал ровным, активна, весела, суицидальных мыслей не высказывает. Общается с детьми. «Голосов» нет.

Выписана 09.03.2019 г. DS: БАР II типа, манифестировавшее в пубертатном возрасте. Второй большой депрессивный эпизод субпсихотического уровня с тосливо-апатической окраской депрессии.

Рекомендовано наблюдение у участкового психиатра. Поддерживающая терапия: депакин хроносфера 250 мг/сут., вечером после еды длительно, пароксетин 20 мг/сут. утром в течение 2-3 мес. Курсы терапии пантокальцином, мексидолом 2 раза в год (весна, осень).

2. Помимо депрессии, наиболее частыми проявлениями БАР являются тревога, расстройства сна, поведенческие нарушения. По нашим данным, БАР, манифестирующее в пубертатном возрасте, чаще проявляется суицидальными попытками и/или парасуицидальными действиями (50,9%), а также расстройством поведения (49,1%) в виде нарушений контактов со сверстниками и родными, повышенной возбудимости, раздражительности, конфликтности, агрессии с характерным резким снижением успеваемости, прогулами и проблемами на экзаменах. У отдельных подростков отмечается демонстративное поведение, уходы из дома, бродяжничество. У 7,9% пациенток – расстройство пищевого поведения (анорексия). У девочек с БАР преобладают суициды либо парасуициды – 65,8%, а у мальчиков преимущественны поведенческие расстройства – 82,4% [2]. Чем младше возраст начала БАР, тем длительнее период от дебюта до его правильной диагностики – более 15 лет [1], что соответствует данным зарубежных исследований [9].

Клинический случай. П., 27.09.2005 г.р. Проживает в Иркутске с мамой в благоустроенной трехкомнатной квартире. Имеет отдельную комнату. Поступил в ИОКПБ №1 08.04.2019 г. с DS: Смешанные расстройства поведения и эмоций.

Наследственность отягощена по линии отца- алкоголика, «его мать и сестра не адекватны, помешаны на магии, постоянно проводят заговоры, привороты». Папа 47 лет. Образование средне-специальное (радиомонтажник). В официальном браке 20 лет. Расстались три года назад. Курит до 3 пачек в день, «трезвым не бывает - либо с похмелья, либо пьяный». Желудок избивал, не

работал, постоянно вымогал деньги. Часто говорил, что хочет порезать ей горло, «чтобы кровь хлестала». Требовал, чтобы она немедленно выполняла его запросы, при этом мог угрожать, что подожжет себя, облившись бензином.

Есть старшая сестра 22 лет, работает и учится.

Мама, 42 лет, спокойная, мягкая. Образование 11 классов, работает водителем такси. Курит.

Из анамнеза: беременность третья (два выкидыша), роды в 28 лет, «на фоне отрицательного резуса, тошнота, рвота порой до потери сознания, физически было тяжело». Роды в срок, выдавливали. Вес 3750 гр., рост 56 см. Раннее развитие без отставания. Пошел в 12 месяцев. Фразовая речь с полутора лет. Д/сад посещал с 1 года 4 мес. Был спокойный, чаще держался около воспитателя. В школу пошел с 7 лет. Учился удовлетворительно, хорошо писал контрольные работы, проверочные тесты. Боялся публичных выступлений. С 7 класса успеваемость снизилась.

Поступает первый раз (13,5 лет), в сопровождении мамы. Жалобы на подавленное состояние, угрожает броситься под поезд. Нарушен сон. Спит в дневное время, а ночью не спит, лежит с закрытыми глазами. Отказывается ходить в школу, выполнять домашние задания. При попытке отправить его в школу начинает нервничать, появляется тошнота, возникают носовые кровотечения. Свои отказы идти в школу объясняет – «у меня плохое настроение, не вижу смысла в учебе, в жизни». Со слов матери, настроение меняется в течение дня: «Утром невыносим, отказывается подниматься с постели, не идет на контакт, после обеда настроение улучшается, может разговаривать, шутить». Два года назад расстались родители, после чего мама отмечает изменение состояния. Сын требует возвращения отца, «мне нужен отец, ты меня не можешь понять, мне не с кем поговорить». С отцом не общается, так как его новая жена запретила, и отец внес сына в «черный список» телефонных номеров – на звонки не отвечает. Учится в 7 классе общеобразовательной школы, желания учиться нет, с программой не справляется. Отказывается отвечать на уроках, выполнять письменные работы, просто сидит, ни на что не реагирует. Данное поведение отмечается в течение последнего учебного года.

Из характеристики: в данной школе обучается с первого класса. Ученик слабо успевающий, рассеянный, опаздывает на уроки. Друзей не имеет, на контакт идет неохотно. Учебная мотивация низкая, часто приходит неподготовленным. Эмоции проявляет слабо. В себе не уверен, нерешителен, зависим. На уроках часто рассеян. На замечания реагирует неадекватно, плачет, кричит, истерит. С середины урока работоспособность снижается. Базовый уровень программы не усваивает. В последнее время часто жалуется на недомогание, головную боль, тошноту. Внешне неопрятен.

Психический статус: сознание не изменено. В контакт вступает, на вопросы отвечает по существу. Ответы односложные. Взгляд застывший. Ориентирован верно в месте, времени. Эмоции маловыразительны, однообразны. Гипомимичен. Напряжен. Словарный запас в пределах возрастной нормы. Внимание несколько сужено в объеме. Память снижена. Мышление продуктивное, замедлено по темпу. Процессы анализа и синтеза грубо не нарушены. Абстра-

гирование доступно. Прочитанное осмысливает. Счетные операции выполняет, задачи решает. В суждениях поверхностен, критика недостаточная, незрел, инфантилен. Работоспособность низкая, истошаем, медлителен, малоактивен. Острых психотических расстройств не выявляет. Суицидальные мысли не высказывает. Вредные привычки отрицает.

С осени 2018 года отмечает частые головные боли, «особенно если не выплусь. Такая тонкая боль в области висков, порой с тошнотой, редко бывает рвота, но облегчения она не приносит». Настроение неустойчивое- «плохое, если не выплусь, а спать хочу всегда». Друзей нет. За последнее время совсем пропало желание общаться. Участились конфликты с мамой. «Она требует, чтобы я шел в школу, а я не хочу, становлюсь нервным, раздражительным. Так, 08.04.2019 мама в очередной раз будила в школу, вставать отказывался, поэтому сказал, что если встану, то лягу под поезд».

В отделении: сообщил, что желания посещать школу и учиться нет- «Там шумно, все кричат, а у меня от этого болит голова». Госпитализацией тяготеет, напряжен, раздражителен, тревожен. О себе рассказывает неохотно, ответы односложные, после паузы. Сидит в одной позе, взгляд устремлен в одну точку, в глаза при беседе не смотрит. К общению с детьми не стремится. Неоднократно отмечались носовые кровотечения. На фоне лечения стал заметно активнее. Появились планы. Отмечает, что прошли тревога и постоянное внутреннее напряжение.

Обследование: ОАК, ОАМ – в пределах нормы. ЭХО-ЭГ: смещения срединных структур мозга нет. Эхо-пульсация не увеличена; ЭЭГ: диффузные изменения, умеренные с наличием устойчивого альфа-ритма. Возможна дисфункция срединно-стволовых структур. Очаговой и пароксизмальной патологии не выявлено. Невролог: астенодепрессивный синдром. Рецидивирующие носовые кровотечения. Психолог – эмоционально-волевые нарушения у незрелой личности в рамках расстройства адаптации.

Лечение: депакин хроносфера 250 вечером после еды, сульпирид до 100 мг/сут., пиратам 5 мл в/м № 10, мексидол 5 мл. в/в на физрастворе № 7, левопромазин 25 мг/сут. Психосообразование подростка и матери. Когнитивная психотерапия, акцент на максимальную комплаентность к депакину.

Выписан 24.05.2019 г. с DS: Биполярное аффективное расстройство II типа, манифестировавшее затяжным депрессивным эпизодом умеренной степени выраженности с тревожной и астенодинамической окраской, внутрифазовыми колебаниями настроения. Стадия формирования ремиссии.

Рекомендовано наблюдение участкового психиатра. Поддерживающая терапия: депакин хроносфера 250 вечером после еды длительно, сульпирид 100 мг/сут. в течение 1 мес., курсы пантокальцина и мексидола 2 раза в год (весна-осень).

3. Во многих исследованиях показано, что присущие БАР I типа смешанные состояния часто сопровождаются психотическими проявлениями, особенно бредовыми симптомами, не конгруэнтными аффекту [6, 8, 10].

При мании наиболее общим типом психотических симптомов являются конгруэнтные настроению (то есть фантастические) бредовые идеи. Тем не менее довольно общими при мании являются и неконгруэнтные настроению или

причудливые психотические симптомы, включая симптомы 1-го ранга К. Шнайдера. Формальное нарушение мышления также часто наблюдается при смешанных состояниях. В связи с этим смешанные состояния чаще неверно расцениваются, как параноидная шизофрения или шизоаффективное расстройство, что особенно часто встречается при нестабильных смешанных состояниях.

Врачи РФ в диагностике традиционно следуют преобладанию в иерархии психотических расстройств над аффективными согласно диагностическим уровням поражения психической деятельности по А.В. Снежневскому (1969) и К. Ясперсу (1997). Это правило в МКБ-10 было изменено, и теперь наличие в аффективной фазе симптомов первого ранга К. Шнайдера не имеет решающего диагностического значения, если эта симптоматика не предшествовала развитию аффективных симптомов и не персистировала после их редукции [1]. МКБ-10 (1994): «*Диагноз шизофрении не может быть поставлен при наличии выраженных депрессивных и маниакальных симптомов*» (Психиатрический тезаурус, 2003). В международной базе данных PubMed обращает на себя внимание практически полное отсутствие работ, в которых затрагивается проблема маниакального аффекта при шизофрении. В большинстве случаев маниакальная симптоматика упоминается в связи с биполярным или реже – шизоаффективным расстройством [11].

Клинический случай. *Е., 12.11.2004 г.р., проживает в Иркутске, в благоустроенной 2- комнатной квартире. Имеет свою комнату. Поступил 21.02.2019 г. с DS: Шизофрения?*

Наследственность. *Отец, 54 лет, образование высшее (инженер-строитель). По характеру спокойный. Курил. Отношений с ним не поддерживают. Мама 39 лет, образование высшее (эколог), работает по специальности. Вредных привычек не имеет. По характеру: вспыльчивая, но отходчивая. С отцом сына прожила гражданским браком 2 года, расстались, когда он узнал, что женщина беременна.*

Из анамнеза. *Беременность первая, в 25 лет, наблюдалась у врача, на 5 месяце была угроза прерывания беременности (матка в тонусе). Роды первые, самостоятельные, со стимуляцией. Вес 3300, рост 52 см. Закричал сразу. Раннее развитие по возрасту. Пошел в 10 месяцев. Речь к 2,5 годам. Д/сад посещал с 2 лет, был замкнутый, держался отдельно, активности не проявлял. В школу пошел в 6 лет. Учился в 8 классе, по массовой программе. До конца 7-го класса учился отлично, участвовал в олимпиадах. С программой в настоящее время не справляется.*

В конце 2017 года появился навязчивый кашель, обследовался, но причины найдено не было. Попытки лечить, но эффекта тоже не наступало. Дети стали обижать, обзывать. Обратился к специалисту по нетрадиционной медицине, после чего кашель прошел, но стал меняться в поведении. С октября 2018 г. перестал ухаживать за собой, перестал разговаривать. Невозможно заставить умыться, почистить зубы. Появились проблемы с учебой, в итоге со второй четверти переведен на индивидуальное обучение, но отвечал только устно. С трудом закончил вторую четверть, а в третьей четверти вообще не занимался. Состояние ухудшилось около 3 недель назад. Стал очень избирате-

лен в еде (ест только пиццу, суши). Перестал пить воду, пьет только сок и молоко. Объяснял это так – «воняет, не вкусно». Стал агрессивен, бьет мать кулаками в голову, пинает бабушку по ногам. Избил мать 19.02.2019, т. к. она сделала ему замечание, что он пнул бабушку. Называет всех «гребаные свиньи, гребаные бегемоты, все твари». Ломает мебель. Просыпается с агрессией, начинает топтать ногами, может бить в стену кулаками. Двери в туалет открывает только ногами, поднимает крышку унитаза только ногами, просит включить свет, т. к. сам это сделать ногами не может, если отказать, начинает бить ногами по дверям, по стенам. Подолгу не засыпает, просит, чтобы дали попить сок или молоко. Много сидит в интернете. Изучает историю либо Википедию. Любимые герои Гитлер и Сталин. Интересуется колдовством, заговорами. Если что-то интересно, может часами разговаривать об этом. Поступает первый раз (14 лет).

На беседе: рассказывает, что в течение 2 лет отмечаются перепады настроения, чаще грустное или плохое. При плохом настроении становится раздражительным, «не могу себя сдерживать, ничего не хочется делать. Год назад в голове появился внутренний голос, который комментирует мои действия». Отмечает неприятные ощущения в пальцах рук – «дотрагиваюсь до чего-нибудь, как иголками колет, появился страх заразиться, также возникла необъяснимая тревога за мать».

Психостатус при поступлении: сознание не изменено. Продуктивный контакт затруднен. Крайне негативистичен, агрессивен, злобен. Очень напряжен, тревожен. Речь скандированная. Моторно неловок. Координация нарушена.

В отделении: тревожен, напряжен. Держится обособленно от детей. Предпочитает находиться в пределах постели. Себя самостоятельно обслуживать не желает. При усилении контроля становится агрессивным, раздражается. На фоне лечения стал спокойнее, настроение ровное. Эмоции адекватны. Общается с детьми по необходимости.

Психостатус при выписке: настроение ровное, эмоции адекватные, активен. Внимание, память не нарушены, мышление продуктивное. Активной психопродукции нет.

Обследование: ОАК, ОАМ – в пределах нормы. ЭЭГ: диффузные изменения выраженные с наличием дезорганизации б/эл. активности, пароксизмальной и очаговой патологии не выявлено. ЭХО-ЭГ: патологии нет. Невролог – атактический синдром. Патологии со стороны периферических нервов нет. Педиатр – перенес ОРВИ, острый ринофарингит. ЛОР – острый ЛОР - патологии на момент осмотра нет. Психолог – выраженные эмоционально-волевые нарушения со снижением психических процессов, признаками качественных изменений в мышлении.

Лечение: депакин хроносфера 250 вечером после еды, комбилипен, амитриптилин 20 мг в/м, затем амитриптилин 37,5 мг/сут. per os, диазепам 4,0 в/м № 5, левомепромазин 37,5 мг в/м, затем левомепромазин 62,5 мг/сут. per os, сероквель до 600 мг/сут., паксил 20 мг/сут., хлорпротиксен 75 мг/сут. Психообразование подростка и матери. Когнитивная психотерапия, акцент на максимальную комплаентность к депакину.

Выписан 11.04.2019 г. с ДС: Биполярное аффективное расстройство I типа, манифестировавшее в подростковом возрасте большим депрессивным эпизодом смешанного характера, с психопатоподобными нарушениями, психомоторным возбуждением и агрессивными действиями, параноидальной настроенностью, псевдогаллюцинаторными включениями и кратковременными внутрифазовыми гипоманиакальными инверсиями аффекта.

Рекомендовано: наблюдение участкового психиатра. Поддерживающая терапия: депакин хроносфера 250 вечером после еды длительно, паксил 20 мг/сут. в течение 1,5-2 мес., хлорпротиксен 75 мг/сут. в течение 1,5 мес. Курсы пантокальцина и мексидола 2 раза в год (весна-осень).

Заключение. Современные эпидемиологические исследования, результаты которых были опубликованы после 2000 г., показали, что распространенность БАР в несколько раз больше, чем 1%. Так, согласно результатам Цюрихского исследования, распространенность аффективных расстройств из «мягкого биполярного спектра» (*soft bipolar spectrum*) составляет 23,7%, где 11% – собственно спектр биполярных расстройств, 13% – более мягкое выражение биполярности, своеобразное промежуточное звено между БАР и нормальным настроением [5]. Раннее начало и несвоевременная диагностика БАР увеличивают риск формирования коморбидных психических и соматических расстройств. Наиболее частыми коморбидными психическими расстройствами являются употребление и зависимость от ПАВ, тревожные и поведенческие расстройства, а усугубление ими БАР сопровождается ухудшением течения заболевания и исходов лечения, возрастанием суицидальности и насильственных действий.

Своевременная диагностика БАР с последующим продолженным применением депакина хроносфера, психообразованием пациента, его близких для соответствующей комплаентности позволят стабилизировать состояние, редуцировать дисфункциональное расстройство головного мозга, предотвратить суицид и возможное развитие коморбидной патологии, в том числе зависимости от ПАВ и психосоматических заболеваний [1, 2, 3].

ЛИТЕРАТУРА

1. Колягин В.В. Биполярное аффективное расстройство. – Иркутск: РИО ИГМАПО, 2017. – 204 с.

2. Колягин В.В., Чернигова Е.П. Суицидальные действия и нарушения поведения у пациентов детского психиатрического стационара с впервые диагностированным биполярным аффективным расстройством // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2017 (17). – № 4. – С. 57–64.

3. Колягин В.В., Чернигова Е.П. Шизофрения или биполярное расстройство? // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2018 (18). – № 1. – С. 48–52.

REFERENCES

1. Koljagin V.V. Bipoljarnoe affektivnoe rasstrojstv. – Irkutsk: RIO IGMAPO, 2017. – 204 s.

2. Koljagin V.V., Chernigova E.P. Suicidal'nye dejstvija i narushenija povedenija u pacientov detskogo psihiatricheskogo stacionara s vpervye diagnostirovannym

bipoljarnym affektivnym rasstrojstvom // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. – 2017 (17). – № 4. – S. 57–64.

3. Koljagin V.V., Chernigova E.P. Shizofrenija ili bipoljarnoe rasstrojstvo? // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. – 2018 (18). – № 1. – S. 48–52.

4. Akiskal H.S., Tohen M. Bipolar Psychopharmacotherapy: Caring for the Patient. – New York: John Wiley & Sons, 2006. – 399 p.

5. Angst J., Gamma A. et al. Toward a redefinition of subthreshold bipolarity: epidemiology and proposed criteria for bipolar II, minor bipolar disorders and hypomania // J. Affect. Disord. – 2003. – Vol. 73 (1–2). – P. 133.

6. Azorin J.M., Akiskal H., Hantouche E. The mood-instability hypothesis in the origin of mood-congruent versus mood-incongruent psychotic distinction in mania: validation in a French National Study of 1090 patients // J. Affect. Disord. – 2006. – Vol. 96. – P. 215–223.

7. Ghaemi S.N., Ko J.Y., Goodwin F.K. Cade's disease and beyond: misdiagnosis, antidepressant use, and a proposed definition for bipolar spectrum disorder // Can. J. Psychiatry. – 2002. – Vol. 47 (2). – P. 125–134.

8. Hantouche E.G., Angst J., Akiskal H.S. et al. Clinical and psychometric characterization of depression in mixed mania: a report from the French National Cohort of 1090 manic patients // J. Affect Disord. – 2006. – Vol. 96. – P. 225–232.

9. Hirschfeld R.M., Calabrese J.R., Weissman M.M. et al. Screening for bipolar disorder in the community // J. Clin. Psychiatry. – 2003. – Vol. 64. – P. 53–59.

10. McElroy S.L. et al. A 100 years after manic-depressive insanity // In: Bipolar Disorders. – 2000. – Vol. 5. – P. 63–87.

11. Tandon R., Nasrallah H.A., Keshavan M.S. Schizophrenia, «just the facts» four. Clinical features and conceptualization // Schizophr. Res. – 2009. – Vol. 110 (1–3). – P. 1–23.

V.V. Kolyagin¹, E.P. Chernigova²

INCORRECT DIAGNOSTICS OF OTHER DISORDERS INSTEAD OF BIPOLAR IN ADOLESCENTS (REASONS; CLINICAL CASES)

¹Irkutsk State Medical Academy of Postgraduate Education - Branch of the FSBEI FPE RMACPE, ²Irkutsk Regional Clinical Psychiatric Hospital № 1 (Irkutsk).

Summary. The main causes of misdiagnosis of other disorders instead of bipolar, clinical cases of non-diagnosed bipolar affective disorder in adolescents referred to the children's psychiatric department with other diagnoses are presented. Treatment of patients with depakin chronosphere ensured the rapid formation of high-quality remission.

Keywords: hypomania, mania, depression, recurrent depression, RD, major depressive episode, MDE, bipolar affective disorder, BAD, schizophrenia, anxiety disorder, suicide, psychoactive substances, PAS, antidepressants, depakin chronosphere.

С.В. Гречаный, Е.В. Кожадей

**СЛУЧАЙ СКРЫТЫХ ИНФАНТИЦИДНЫХ ДЕЙСТВИЙ У ПАЦИЕНТКИ
С ПОСЛЕРОДОВЫМ ПСИХИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ**
**ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет» (Санкт-Петербург)**

Резюме. В статье поднимается вопрос скрытого инфантицида, его дефиниции, мотивов и юридических аспектов. Приводится клинический случай скрытых инфантицидных действий у матери 2,5-месячной девочки, которая находилась в Перинатальном центре в связи с кардиологической операцией. Скрытые инфантицидные действия выражались в отказе ухаживать за дочкой, кормить ее и др. Кроме того, у матери отмечалась особая форма патологической активности, заключающаяся в выдергивании волосяного покрова дочери на голове и руках. В ходе психиатрического обследования было выявлено, что у матери отмечаются клинические проявления умеренного депрессивного эпизода. Скрытые инфантицидные действия и девиантные формы материнства у описываемой пациентки были расценены как эквиваленты депрессивного аффекта. Отсутствие навыков ухода за ребенком понимались в рамках депрессивного когнитивного замешательства.

Ключевые слова: послеродовые психические расстройства, постпартальная депрессия, скрытый инфантицид.

В настоящее время в нашей стране все большее внимание уделяется различным аспектам психического здоровья матери и ребенка в пери- и постнатальном периоде. Психолого-психиатрическая составляющая стала неотъемлемой частью организации перинатальной службы в России [3]. В тоже время практические специалисты подчас сталкиваются с самыми тяжелыми последствиями психических материнских расстройств, возникших в послеродовом периоде.

Инфантицидом называется разновидность убийства ребенка, совершенного в течение первого года его жизни [7, 10]. Различают явный и скрытый инфантицид [5, 8, 12]. Последний включает в себя случаи преднамеренного или непреднамеренного оставления младенца в ситуациях, угрожаемых для его жизни и здоровья. К ним относятся: 1) отказ от ребенка без своевременного помещения в медицинское учреждение, «бэби-бокс» или передачи ребенка заинтересованным лицам; 2) неоказание помощи в случае болезни, в том числе отказ от обращения за медицинской помощью; 3) осознанная или неосознанная провокация несчастных случаев; 4) отсутствие должного ухода (например, отказ кормить, одевать), приводящего к фатальным последствиям; 5) оставление ребенка одного в угрожаемой для жизни ситуации; 6) повреждающие действия, направленные на ребенка и др.

В литературе описываются следующие мотивы детоубийства [2, 5, 9, 10, 11]: 1) псевдоальтруистический («убийство во благо»). Мать считает, что таким образом она спасает ребенка от жестокости окружающей жизни. Данный мотив, по видимому, присутствует в части случаев расширенного суицида у депрессивных больных; 2) аффективный. Представляет собой детоубийство в состоянии аффекта, в т. ч. в «исключительных» состояниях – сборной группы эпизодических кратковременных психических расстройств, объединяющих в себя патологиче-

ский аффект, реакции короткого замыкания, сумеречные состояния сознания и др. J.A. Watt, C.T. Beck [6] описали случай, когда женщина в приступе гнева сильно прижала плюшевого медведя к ребенку, а когда пришла в себя, то долго не могла понять, дышит ли он или нет, вовремя не приняв решение о реанимационных мероприятиях; 3) психотический. Относятся случаи убийства ребенка в момент приступа острого или хронического психотического расстройства - рекуррентная депрессия, параноид различной этиологии, шизофрения, органические и эпилептические психозы; 4) вследствие жестокого обращения. Убийство является крайней степенью жестокого обращения, часто сочетается с неосторожным отношением, а также нежеланием защитить ребенка от посторонней физической опасности; 5) вследствие того, что ребенок препятствует реализации жизненных целей и интересов родителей, а также вследствие трудных супружеских отношений (например, убийство ребенка как месть его отцу). Сюда же относятся случаи сознательного оставления ребенка в опасности и/или неудовлетворение его жизненно важных потребностей (тепло, пища и др.).

Что касается явного инфантицида, то в УК РФ предусмотрена ст. 106 «Убийство матерью новорожденного ребенка». Однако, согласно комментариям к ней, данное преступление имеет привилегированный состав, то есть в зависимости от обстоятельств могут учитываться как смягчающие (особое физическое и психическое состояние женщины во время родов, тяжелая семейная ситуация, материальные трудности), так и отягчающие обстоятельства (повторность, особая жестокость). В отношении скрытого инфантицида нужно сказать, что чаще всего рассматривается ситуация оставления ребенка в опасности, и в зависимости от мотивов последнего (преднамеренное оставление с целью гибели или оставление с надеждой на то, что ребенок будет найден другими людьми, которые о нем позаботятся) действия расцениваются либо по вышеупомянутой 106 статье, либо по ст. 125 «Оставление в опасности...». Учитывая трудности получения объективной информации об обстоятельствах смерти ребенка, явление «скрытого инфантицида» в настоящее время остается скорее психологическим, чем юридическим. С нашей точки зрения, различные проявления скрытых инфантицидных действий можно видеть в клинике послеродовых психических расстройств у матерей, о чем свидетельствует представленный ниже пример.

***Пациентка О., 27 лет. Жалобы:** со слов медицинского персонала отделения патологии новорожденных и детей грудного возраста Перинатального центра СПбГПМУ, у матери девочки З. (2,5 мес) наблюдалось «неадекватное» поведение. Девочка была переведена в отделение после хирургической коррекции врожденного порока сердца. В течение нескольких дней мать девочки О. держалась скрытно, напряженно и несколько отстраненно. На вопрос о своем самочувствии четкого ответа не давала. В беседе с врачом и медсестрами вела себя крайне вяло, не была заинтересована в беседе, в том числе в обсуждении состояния ребенка и прогноза его заболевания. Не выполняла элементарных требований медсестер по уходу за новорожденной. Так, неоднократно вовремя не меняла одежду ребенку, не купала, игнорировала выполнение простейших гигиенических процедур. Не прислушивалась к разъяснениям медсестер и рекомендациям по уходу за новорожденной («не понимает, когда ей что-то объясняют, ... как в оцепенении»). Отказывалась от об-*

суждения соматического состояния ребенка. Периодически конфликтовала с другими матерями пациентов отделения, резко реагировала на каждое слово. Медсестры и другие мамы неоднократно видели, как О. кричала на ребенка. Через 5 дней после перевода девочки дежурная медсестра случайно увидела, что О. выщипывала волосьяной покров на голове и левой руке своего ребенка.

Из анамнеза: О. уроженка Ленинградской обл., образование среднее специальное, не имеет официального места работы. До беременности и родов в течение короткого времени подрабатывала продавцом в небольшом магазине.

По сведениям матери О. (бабушки новорожденной), дочь с детства отличалась неуживчивым характером, невозможно было ничего заставить сделать, любой совет воспринимала в штыки. Была «не похожа на прочих родственников» («как не родная»). В школьные годы О. интереса к учебе не проявляла, серьезных увлечений не было. Училась «кое-как». Закончила 9 классов и профтехколледж. Работать по профессии не пошла. Начиная с подросткового возраста О. постоянно скандалила с родственниками, особенно с матерью, результатом были уходы из дома, иногда на несколько дней. Подолгу находилась в асоциальных компаниях. Подробно рассказать, с кем дочь проводила время и чем занималась, мать не может. Знает, что рано начала курить и выпивать, «был какой-то парень».

В молодом возрасте отношения О. с родственниками не улучшились, разлад с матерью усугублялся. В связи с отсутствием постоянной работы продолжала оставаться материально зависимой от матери («уходила, но не надолго»). В то же время никогда не стремилась помочь матери, практически не интересовалась жизнью мамы и сестры.

В последнее время, проживая в одном доме с родителями, пригласила к себе жить мужчину. Брак зарегистрирован не был. На просьбы и наставления своей матери о прекращении отношений с этим человеком демонстрировала раздражение, легко «вспыхивала» («не желала ничего слушать...»). Мужчина дочери материально не помогал, жил за счет их семьи. После известия о том, что О. беременна, сделал ей предложение. Но, сказав, что уезжает на поиски работы, больше не вернулся. С того времени ни разу не вышел на связь, не сообщал, где находится, состоянием беременной не интересовался, ни разу не перечислил денег.

Беременность у О. протекала с токсикозом первой половины, на фоне хронической герпетической, микоплазменной и цитомегаловирусной инфекций. На учет в женскую консультацию встала по настоятельной просьбе матери, однако рекомендаций врачей не соблюдала. Не проявляла заинтересованности в благоприятном течении беременности. Пренатально у плода был диагностирован порок сердца – синдром гипоплазии левых отделов сердца. В связи с этим была направлена рожать в перинатальный центр СПбГПМУ. Роды прошли на 38 нед., самостоятельные, затяжные, применялась вакуум-экстракция.

После рождения данные пренатального обследования девочки подтвердились. Новорожденной были поставлены диагнозы «Врожденный порок сердца. Синдром гипоплазии левых отделов сердца: гипоплазия митрального клапана, левого желудочка, аортального клапана, восходящего отдела и дуги аорты... Открытое овальное окно и артериальный проток. дуктус-зависимый системный кровоток. Недостаточность кровообращения I-2 степени. Дыхательная

недостаточность 1-2 степени».

После родов девочка была переведена в отделение кардиореанимации для хирургической коррекции порока сердца. Мать девочки в отделение не приходила, состоянием ребенка не интересовалась. После первой операции (всего запланировано 3 операции) девочку перевели в отделение патологии новорожденных и детей грудного возраста для совместного пребывания с матерью. Первоначально ребенок находился на посту сестринского наблюдения, где женщины обычно кормят детей каждые 3 часа и проводят процедуры ухода.

На этом этапе мать вовремя не приходит кормить дочку, а явившись, проявляет раздражение. Не выполняла элементарных требований, периодически повышала на ребенка голос и даже нецензурно выражалась. Говорила, что у нее «все равно ничего не получится», не сможет научиться ухаживать за девочкой. Обмолвилась, что не знает, «как к ней подойти». Уклонялась от выполнения простых процедур, не пыталась перенять навыки ухода у персонала, просила, чтобы все «сделали за нее». Не стремилась узнать у врачей, каков диагноз у дочери, план дальнейшего лечения и прогноз болезни. Часто под различными предлогами покидала отделение. На предупреждения о нарушении режима внимания не обращала.

После того как истек период наблюдения, была предпринята попытка перевести ребенка в палату для совместного пребывания с матерью. В это время пациентка оставалась безучастной к дочери. Внешне была отгорожена, заторможена, к общению ни с кем не стремилась. Очень быстро выяснилось, что мать берет на посту молочные смеси, но при этом дочь не кормит. Медсестра случайно заметила, что О. выщипывает волосы у дочери, в связи с чем был вызван психиатр – сотрудник клиники СПбГПМУ и кафедры психиатрии и наркологии.

Психический статус на момент осмотра: сознание ясное, ориентирована верно. Телосложение пропорциональное, близко к астеническому, грациозна. Длительное время удивленно смотрит на врача, в задаваемые вопросы глубоко не вникает. Отвечает быстро, несколько резко, иногда громко, отрывисто, по смыслу формально. Часто говорит первое попавшееся, что приходит в голову, не желая осмыслить задаваемый вопрос.

На вопрос о том, почему выщипывала у ребенка волосы, тут же испуганно заявила: «А что тут такого? Их не должно быть. Для девочки это не красиво». После дачи соответствующих разъяснений удивленно заявила, что «...об этом не знала, ... об этом не сказали, ... думала, что у ребенка в этом возрасте волос на теле быть не должно». Игнорировала замечание врача о возможных болевых переживаниях, которые испытывала дочь при подобных «процедурах». Выясняется, что никогда не задумывалась над тем, что переживает ее дочь, не прислушивалась к ее эмоциональному состоянию. При обсуждении того, как О. реагирует на крик девочки, выяснилось, что «никак... дети должны плакать».

Не может ответить на элементарные вопросы: сколько раз кормят новорожденных и младенцев, как часто купают, когда вводить прикорм. Подобные вопросы вызывают удивление и замешательство. Только в общих чертах представляет себе диагноз дочери, не имеет четких представлений, сколько ей находиться на отделении и какие процедуры у нее впереди – «мне об этом пока не сказали».

Резко отзывается о матери, сестре и о родственниках в целом. Крайне не-

гативно относится к тому, что они интересуются состоянием левочки и приходят помогать. Категорически не хочет их видеть – «я сбегу, когда они придут».

На протяжении всей беседы преобладает растерянность, недопонимание сложившейся ситуации, а также причин вызова психиатра. Отсутствует критическое осмысление происходящего и собственных поступков. Не допускает мысль о том, что у нее может быть легкое психическое расстройство – «со мной все в порядке». Предоставленная сама себе сидит неподвижно, склонив голову, смотрит в одну точку. Сама активно вопросов не задает и ничем не интересуется. Выражение лица – грустно-растерянное.

К окончанию беседы стала немного спокойнее, рассказала, что не может смириться со статусом матери-одиночки, ненавидит свою дочь, видит в ней черты сбежавшего от нее отца ребенка (в том числе темный волосистой покров). Считает, что ребенок помешает ей наладить личную жизнь. Поэтому она очень скоро уйдет из отделения и займется поиском «подходящего мужчины», а также вернется к привычному свободному образу жизни, т. к. нежеланная беременность отняла у нее «много времени». Уверена в собственной правоте и выбранной линии поведения.

В целом положительно реагирует на эмоциональную поддержку, однако остается недоверчивой, напряженной. Считает, что врач может рассказать о ней родственникам «что-то не то».

Обманов восприятия не выявлено, мышление с сохранностью логической структуры. Память и внимание без видимых снижений.

Личностно представляется легковесной, поверхностной, инфантильной, склонной к примитивным протестным реакциям. Строгий тон разговора сразу же приводит ее в замешательство. В суждениях поспешна, прямолинейна, категорична. Эмоционально непосредственна, нетерпелива. Интеллект представляется на уровне низкой границы нормы.

Динамика состояния: через 7 дней после перевода девочки из отделения кардиореанимации в отделение патологии новорожденных О. ушла из отделения в ночной клуб и больше не вернулась. Не звонила, состоянием дочери не интересовалась. В ситуацию вмешалась бабушка девочки, которая осталась в отделении и во всем заменила маму.

Обсуждение. Формально поведение О. укладывается в понятие скрытого инфантицида, поскольку мать отказывается от удовлетворения жизненно важных потребностей ребенка (кормление молоком необходимое количество раз в день, купание, переодевание ребенка, удовлетворение эмоциональных потребностей в общении и др.). И есть достаточно оснований утверждать, что пребывание ребенка вне педиатрического стационара поставило бы под угрозу ее здоровье и жизнь.

При обсуждении причин поведения О. следует обратить внимание на то, что истинные мотивы поступков пациентки медперсоналом и родственниками остались не распознанными, а «неадекватность» ее поведения объяснялась обыденными представлениями. Большинство находящихся рядом (врачи, родственники, мамы) решило, что это реакция на нежеланного ребенка и скрытое стремление от него избавиться. Однако детальный анализ О. позволил говорить об отчетливых симптомах психического расстройства (недоосмысление происхо-

дящего, потеря критической оценки и др.). О том, что это не примитивная попытка оградиться от материнских обязанностей и избавиться от ребенка свидетельствуют как особенности психического статуса пациентки, так и мало объяснимая с точки зрения обыденной логики форма агрессии к девочке – депиляция волосяного покрова. Последнюю можно рассматривать как разновидность трихотилломании. Но, в отличие от классической патологической привычки, она направлена не на себя, а на близкий объект привязанности – грудного ребенка. Можно предположить, что в данном случае мы имеем дело со своеобразной формой аутоагрессивного поведения, связанного с низкой морально-эстетической самооценкой пациентки и недовольством собой, но направленного не на себя, а на ребенка как на предполагаемую причину собственного несовершенства. То есть имеет место инфантильно-симбиотическое отождествление себя с дочерью. Учитывая короткий период, прошедший со времени родов, незрелость отношений детско-материнской привязанности, а также факт нежеланной беременности, при которой образ ребенка, как правило, недостаточно осознается и интегрируется [1], ребенок в данном случае воспринимается слитно с собственным телом, и агрессия к нему – это прежде всего боль, причиняемая матерью самой себе. Таким образом, в данном случае можно говорить об условности и размытости границ себя и ребенка, смещении его образа со своим.

Обсуждая психопатологические механизмы инфантицидного поведения пациентки, следует обратить внимание на наличие в ее психическом статусе преобладающих депрессивных симптомов. Наблюдаются два наиболее важных симптома, позволяющих соотнести описываемое расстройство с умеренным депрессивным эпизодом (согласно критериям МКБ-10). Это – (1) сниженное настроение, имеющее в данном случае нетипичную для классической депрессии форму – растерянность с периодически возникающим субступором (больная «застывает» при разговоре с врачом и медсестрами, не понимая смысла обращенных к ней слов) и (2) снижение активности, которое определяет бытовую несостоятельность пациентки, неспособность «настроиться» на выполнение материнских обязанностей и выполнять жизненно важные процедуры по уходу за дочкой.

Гипотимический компонент депрессии маскируется и проявлениями так называемого «девиантного материнства». Пациентка конфликтна с врачами, персоналом, враждебно настроена к родственникам, уклоняется от выполнения материнских обязанностей вплоть до провокации угрожающих здоровью и жизни ребенку состояний (делинквентный эквивалент депрессии). Она не интересуется эмоциональным состоянием и соматическим здоровьем ребенка, дистанцируется от его проблем, использует любую возможность для решения личных проблем и реализации собственных интересов (прежде всего, матримониальных планов). В частности, надолго уходит с отделения, оставляя дочь, в том числе в ночное время.

Инфантицидное поведение О., тесно сопряженное с девиантным материнством и являющееся его прямым продолжением, в данном случае патогенетически связано с депрессивным аффектом («маска депрессии») и поэтому носит непреднамеренный характер.

Следует особенно остановиться на т. н. «когнитивных» проявлениях депрессии, которые по сути являются следствием психической и идеаторной за-

торможенности. Данные нарушения, учитывая особенности послеродового периода, у больной О. проявляются в специфической форме – в виде «материнской несостоятельности», т. е. невозможности овладеть элементарными навыками ухода за ребенком (кормление, пеленание, купание, разговор с новорожденной и др.). Поведение матери характеризовалось хорошо известным в литературе феноменом «когнитивного материнского замешательства», типичным для раннего и позднего послеродового периода и преимущественно затрагивающим сферу ухода за ребенком (навыки «материнской компетенции») [2].

Характерным для депрессивного синдрома является снижение у О. самооценки и чувства уверенности в себе (критерии по МКБ-10), которые занимают значительное место в переживаниях больной. В данном случае – это переживания материнской несостоятельности и низкой материнской компетенции (неспособность ориентироваться в потребностях ребенка). Отмечается устойчивая уверенность пациентки в том, что она никогда не научится быть матерью (пессимистичность оценки будущего).

В статусе описывается также депрессивный тип нарушения внимания, тесно связанный с аффектом растерянности, когда слова и разъяснения окружающих (в данном случае советы медперсонала) не воспринимаются и не осознаются («не доходят» до больной).

Звучащая в переживаниях больной психотравма («мать-одиночка, ... оставлена мужем, ...хочу наладить личную жизнь»), с нашей точки зрения, не имеет собственного патогенетического значения, а носит характер псевдооправданий, которые маскируют гипотимическую растерянность и когнитивную депрессивную несостоятельность.

Своеобразием рассматриваемого случая является наличие в клинической картине депрессии инстинктивно-поведенческого комплекса, являющегося этолого-антропологическим аналогом груминг-поведения (гетерогруминга) [4]. Характеризуя данный симптомокомплекс у нашей пациентки, можно отметить такие черты, как бесцельность и немотивированность совершаемых действий. При многочисленных расспросах О. так и не смогла ответить на вопрос о причинах и целях «выщипывания» волос на теле и голове у своей дочери. Объяснения носили скорее формальный характер («не знала, не сказали...»). В момент совершения действий имело место сужение сознания концентрического типа, пациентка не замечала реакции дочери на совершаемые действия. Так, О. не смогла ответить на простой вопрос, что ребенок при этом чувствовал? Не могла описать, что в этом момент с дочерью происходило? Несомненно отсутствовала критическая оценка своего поведения. Пациентка не осознавала возможных последствий совершаемых действий как для дочери, так и для себя. Важно отметить, что она в принципе не скрывала все это от окружающих, не боялась осуждения.

Трудным представляется разграничение негативных отношений О. к своим родственникам от ситуационно спровоцированных идей отношения и даже бредовой психотической настроенности. Учитывая анамнестические сведения, а именно, наличие стойких, мало корректируемых со временем напряженных отношений с близкими, реакций протеста, оппозиции и эмансипации по отношению к родителям в подростковом периоде, черты делинквентного поведения в пубертате, психопато-

логические механизмы враждебной настроенности О. к своим родственникам следует рассматривать в рамках психопатической реакции. Таким образом, отношение О. к родственникам можно понимать как бытовую конфликтность у личности с «трудным характером», включающим в себя, с одной стороны, черты незрелости, эмоциональной зависимости, неспособности самостоятельно решать жизненно важные вопросы, а с другой стороны, волевой слабости, невозможности управлять своим эмоциональным состоянием и противостоять сложным жизненным ситуациям. В пользу возможного «расстройства личности» свидетельствует возраст пациентки (27 лет), продолжающиеся стойкие конфликтные отношения с родственниками, выходящие за возрастные пределы психологически понятных пубертатных поведенческих девиаций, длительно наблюдающаяся социальная дизадаптация пациентки (отсутствие семьи, соответствующего полученному образованию трудоустройства и др.), особенности эмоционально-волевого статуса (клинически выявляемые черты эмоциональной незрелости и эмоциональной неустойчивой). Однако для окончательного решения вопроса о наличии/отсутствии у пациентки диагноза из рубрики F60 и его клинической разновидности требуется более углубленное и всестороннее с ней знакомство, в том числе динамическое наблюдение, что в рамках целей настоящего осмотра было практически невыполнимым.

Диагноз: легкие психические и поведенческие расстройства, связанные с послеродовым периодом (F53.0).

Более точно классифицировать состояние пациентки с применением критериев рубрики F32.1 (и назначить антидепрессивную терапию), несмотря на наличие симптомов умеренного депрессивного эпизода, не позволял относительно кратковременный период наблюдения (менее 2 нед.).

В заключение необходимо отметить, что профилактика послеродовых аффективных расстройств, в том числе сопровождаемых скрытыми инфантицидными действиями, должна стать неотъемлемой задачей практической работы широко развиваемой в наше время сети перинатальных центров.

ЛИТЕРАТУРА

1. Брутман В.И., Северный А.А. Некоторые методические вопросы психиатрического изучения случаев отказов матерей от новорожденных // Мат-лы Всероссийской науч.-практ. конф. «Сироты России: проблемы, надежды, будущее». – М., 1994. – С. 20–21.

2. Гречаный С.В., Кожадей Е.В. Инфантицид как поведение, угрожающее здоровью и жизни новорожденного (обзор литературы) // Прикладные информационные аспекты медицины. 2017; 2(20): 19–26.

3. Добряков И.В., Фаерберг Л.М. Оказание помощи семьям при перинатальных утратах: методическое пособие. Издание 2-е. СПб: Медиа Глобус: Семейный информационный центр, 2018. – 40 с.

4. Шевченко Ю.С., Корнеева В.А. Этологические аспекты детской психиатрии // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2015;1(30): 6.

REFERENCES

1. Brutman V.I., Severnyj A.A. Nekotorye metodicheskie voprosy psichiatricheskogo izuchenija sluchaev otkazov materej ot novorozhdennyh // Mat-ly Vserossijskoj nauch.-prakt. Konf. «Siroty Rossii: problemy, nadezhdy, budushhee». – М., 1994. – С. 20–21.

2. Grechanyj S.V., Kozhadej E.V. Infanticid kak povedenie, ugrozhajushhee zdorov'ju i zhizni novorozhdenного (obzor literatury) // Prikladnye informacionnye aspekty mediciny. 2017; 2(20): 19–26.
3. Dobrjakov I.V., Faerberg L.M. Okazanie pomoshhi sem'jam pri perinatal'nyh utratah: metodicheskoe posobie. Izdanie 2-e. SPb: Media Globus: Semejnyj informacionnyj centr, 2018. – 40 s.
4. Shevchenko Ju.S., Korneeva V.A. Jetologicheskie aspekty detskoj psihiatrii // Medicinskaja psihologija v Rossii: jelektron. nauch. zhurn. – 2015;1(30): 6.
5. Amon S., Putkonen H., Weizmann-Henelius G. et al. Potential predictors in neonaticide: the impact of the circumstances of pregnancy // Arch Womens Ment Health. – 2012; 15(3): 167–174.
6. Barr J., Beck C. Infanticide secrets. Qualitative study on postpartum depression // Canadian Family Physician. – 2008; 54: 1716–1722.
7. Brookman F., Nolan J. The Dark Figure of Infanticide in England and Wales. Complexities of Diagnosis // Journal of Interpersonal Violence. – 2006; 21(7): 869–89.
8. Finkelhor D., Turner H.A., Shattuck A., Hamby S.L. Prevalence of childhood exposure to violence, crime, and abuse: Results from the national survey of children's exposure to violence // JAMA Pediatrics. – 2015; 169(8): 746–54.
9. Fridman S.H., Cavney J., Resnick P.J. Mothers Who Kill: Evolutionary Underpinnings and Infanticide Law // Behavioral Sciences and the Law. – 2012; 30(5): 585–597.
10. Fridman S.H., Resnick P.J. Child murder by mothers: patterns and prevention // World Psychiatry. – 2007; 6(3): 137–141.
11. Krischer M.K., Stone M.H., Sevecke K., Steinmeyer E.M. Motives for maternal filicide: Results from a study with female forensic patients // International Journal of Law and Psychiatry. – 2007; 30(3): 191–20.
12. Porter T., Gavin H. Infanticide and Neonaticide: A Review of 40 Years of Research Literature on Incidence and Causes // Trauma, Violence and Abuse. – 2010; 11(3): 99–112.

S.V. Grechanyi, E.V. Kozhadej

THE CASE OF LATENT INFANTILE ACTIVITIES IN A PATIENT WITH POSTPARTUM PSYCHIATRIC DISORDER

St. Petersburg State Pediatric Medical University (St. Petersburg).

Summary. The article raises the question of the latent infanticide, its definitions, motives and legal aspects. A clinical case of latent infantile actions in the mother of a 2.5-month-old girl, who was in the Perinatal Center in connection with a cardiologic operation, is given. Latent infanticidal actions were expressed in the refusal to take care of the daughter, feed her, etc. In addition, the mother had a special form of pathological activity, consisting in pulling the hairline of the daughter on the head and hands. During the psychiatric examination, it was revealed that the mother had clinical manifestations of a mild depressive episode. Latent infanticidal actions and deviant forms of motherhood in the described patient were regarded as equivalents of depressive affect. Lack of childcare skills was understood in the context of depressive cognitive confusion.

Keywords: postpartum mental disorders, postpartum depression, latent infanticide.

Т.В. Раева¹, А.В. Леонова¹, В.В. Проботюк²
ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ,
СОПРОВОЖДАЮЩИХ ЗАДЕРЖКУ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ
У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

¹Тюменский государственный медицинский университет, ²Тюменский
индустриальный университет (Тюмень).

Резюме. В статье анализируются особенности сопутствующих психических нарушений у детей раннего возраста с задержкой речевого развития с использованием клинико-психопатологического метода, шкалы развития младенцев Бейли и «Листа детского поведения». У 42% детей выявлены психические нарушения, носившие рудиментарный, мозаичный и транзиторный характер. Выделены и описаны три типа эмоционально-поведенческих нарушений, сопутствующих задержке речевого развития у детей раннего возраста: эмоционально-лабильный, отстраненный и протестный.

Ключевые слова: ранний детский возраст, эмоциональные нарушения, нарушения поведения, задержка речевого развития.

Введение. Задержка речевого развития (ЗРР) представляет собой состояние, которое характеризуется более медленным освоением речевых функций ребенком в возрасте до трех лет [2]. По данным некоторых отечественных авторов, распространенность нарушения составляет 25%, при этом у мальчиков частота встречаемости в 2-3 раза выше, чем у девочек [1]. Наличие ЗРР у ребенка практически всегда сопровождается другими нарушениями [9]. Неустойчивость настроения, повышенный уровень тревожности и агрессивность ребенка с ЗРР существенно снижают его адаптационные возможности [8, 13]. Несмотря на полную компенсацию речевой задержки, имеющуюся у детей раннего возраста, нарушения поведения и эмоциональные проблемы у них не проходят бесследно. С течением времени происходит накопление и усугубление уже существующих симптомов с формированием развернутых симптомокомплексов, присоединение других нарушений [7;11]. Даже в тех случаях, когда ЗРР присутствует без сопутствующей патологии, существует риск возникновения нервно-психических и других проблем в будущем [10].

Цель. Изучить особенности психических нарушений у детей раннего возраста с ЗРР.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе «Центра патологии речи и нейрореабилитации» г. Тюмени. Клинико-психопатологическим и психодиагностическим методами были обследованы 100 детей с ЗРР в возрасте от 1,5 до 3 лет (средний возраст $26,9 \pm 5,5$ месяцев, 70% мальчиков и 30% девочек), составивших основную группу, и 50 детей с типичным речевым развитием, составивших контрольную группу. На момент обследования все дети имели неврологический статус «без патологии». Однако 18% детей основной группы и 10% из группы контроля после рождения находились на учете у невролога в связи с осложнениями, возникшими в период родов. У 84% детей основной

группы раннее психомоторное развитие соответствовало норме, 16% стали несколько позже сидеть и ходить. Матери 6% детей из основной группы указывают на сниженную активность вокализаций в возрасте от 6 мес. до 1 г.

Семья была полной у большинства детей основной группы – 78%, остальные воспитывались матерями или бабушками. В контрольной группе в полной семье проживали 86% детей. Из основной группы менее половины детей посещало ДДУ (32%), тогда как в группе контроля организованными были 64% детей ($p<0,05$). Остальные дети воспитывались в кругу семьи с участием прародителей. В клинической группе среди близких родственников достоверно чаще (38%), чем группе контроля (4%), были выявлены случаи нарушений речи, в том числе ЗРР, ($p<0,05$).

Результаты и обсуждение. Все дети прошли обследование с помощью теста на определение речевого развития у детей в возрасте от 18 до 36 мес. (Language Development Survey), первая часть которого состоит из 310 слов, разбитых на группы, а вторая включает оценку длины предложений (односложные, двусложные и т. д.) [5]. В результате количество слов в возрасте 18-23 месяцев в основной группе составило в среднем $5,5\pm 2,3$, в контрольной – $39,7\pm 39,8$ ($p=0,0014$). В возрасте 24-36 месяцев в основной группе среднее количество слов составило $35,9\pm 26,5$, тогда как в контрольной группе – $204,8\pm 100,8$ ($p<0,01$). В возрасте от 24 до 36 месяцев все дети основной группы не использовали фразовую речь. По коэффициенту фраз в возрасте 24-36 месяцев дети контрольной группы имели показатель, превышающий таковой в основной группе более чем в 4 раз ($p<0,01$). Нарушение речи у детей из основной группы соответствовало диагностическим критериям рубрики МКБ-10 «Расстройство экспрессивной речи» (F80.1).

В психическом статусе большинства детей основной группы (62%) клинико-психопатологическим методом выявлены как поведенческие, так и эмоциональные нарушения. Основным симптомом явилась неустойчивость эмоционального фона разной степени выраженности, обнаруженная у 52%. Повышенная психомоторная возбудимость, сочетающаяся с быстрой истощаемостью и трудностью в удерживании внимания в течение времени, соответствующего норме в данном возрасте, обилие лишних движений и их недостаточная целенаправленность выявлены у 50% детей. Протесты, капризы, обидчивость и плаксивость, отмечались у 47%. Следующими по частоте встречаемости были неусидчивость, неконтролируемая двигательная активность (34%). Такое нарушение эмоциональной сферы, как агрессивность обнаружено в 32% случаев. Общая боязливость и пугливость, различные страхи (темноты, собак, насекомых, остаться одному) встречались у 29% детей. Нарушения сна в виде его недостаточной глубины, длительного засыпания и частых ночных пробуждений составили 58%. Навыки опрятности сформированы у 30%, частично сформированы у 36%, недостаточно сформированы у 34% детей.

Уровень обнаруженных нарушений, их малодифференцированный характер и мозаичность, субъективность отдельных симптомов, а также отсутствие критериев эмоциональных и поведенческих проблем для детей раннего возраста в международной классификации болезней не позволяет квалифицировать их и своевременно начать терапевтические мероприятия. Все это говорит в пользу необходимости проведения более глубокого обследования.

Детям из основной группы было проведено обследование по шкале младенцев

N. Bayley [6]. В итоге часть обследованных получила низкие баллы по одной из подшкал. Однако ни один ребенок не получил результаты, соответствующие нарушенному развитию сразу по всем трем оцениваемым критериям методики.

Для выявления эмоционально-поведенческих нарушений, сопутствующих ЗРР, наибольший интерес представляла поведенческая шкала.

Так, по шкале поведения 92% детей с ЗРР получили баллы, соответствующие нормальному развитию, остальные 8% имели пограничные с нормой результаты. Наиболее низкие баллы были получены за положения, касающиеся внимания к заданиям (постоянно не сосредоточены, невнимательны) (91,7%), контроля над движениями (неловкость, неуклюжесть) (80%), гиперактивности (постоянная неусидчивость, беспокойство, гиперактивность) (58,3%), отсутствия настойчивости при выполнении заданий (56%) и ориентации на человека, проводившего обследование, в виде избегающего и враждебного поведения у 43,7%.

Оценка эмоциональных и поведенческих особенностей детей с помощью опросника «Лист детского поведения» (Child behaviour checklist 1,5-5) проводилась для детей как основной группы, так и контрольной [6]. При этом как в той, так и в другой группе были определены дети как без эмоционально-поведенческих нарушений, так и с выраженными проблемами. Стоит отметить, что по всем параметрам различия между детьми без ЗРР и детьми, имеющими данное нарушение, были статистически значимы ($p < 0,01$). Данные почти каждого второго ребенка с ЗРР имели клинический диапазон хотя бы по одной из шкал опросника «Лист детского поведения» (42%). В группе детей с типичным речевым развитием результат только 16% детей соответствовал патологии.

Клинический диапазон проявлений в основной группе чаще был обнаружен среди мальчиков, чем среди девочек (71,4% и 28,6% соответственно). Также для мальчиков более характерны проблемы, включающие нарушения внимания и агрессивное поведение; для девочек – нарушения в виде эмоциональной реактивности, депрессивности, тревожности, отстраненности и соматических проблемх.

При ЗРР 26% детей основной группы по шкале «эмоциональная реактивность» имели показатели, входящие в диапазон пограничного состояния. У 1 ребенка присутствовали клинические признаки повышенной эмоциональной реактивности. У всех обследованных наибольшая частота встречаемости была среди утверждений: «расстраивается от перемен» (46%), «переходит от грусти к восторгу» (44%), «переменчивое настроение» (40%), «хнычет» (38%).

По шкале «тревожность/депрессивность» 28% обследованных детей основной группы получили результаты, относящиеся к пограничным значениям. Родители 4% детей отметили наибольшее количество симптомов расстройства по данной шкале, получив значения, укладывающиеся в клинический диапазон. Здесь высокие баллы получали утверждения: «цепляется, слишком зависим» (56%), «расстраивается при разлуке» (52%), «стеснителен/легко смущается» (44%), «слишком боязлив» (42%).

«Соматические жалобы» в клиническом диапазоне были обнаружены у 6% детей с ЗРР. Пограничный уровень расстройства имели 18%. Наибольшие баллы получили утверждения, касающиеся характера стула и аппетита («запоры» (22%), «не ест как следует» (20%), «понос» (18%)).

По шкале «отстраненность» 8% детей попали в клинический диапазон. 2% были в пограничном диапазоне. Самыми распространенными утверждениями были «ведет себя как маленький» (28%), «не отвечает» (16%).

«Проблемы со сном» носили клинический характер у 6% детей основной группы. Субсиндромального уровня результатов не оказалось ни у одного. Утверждением, с которым согласились почти все родители, было «не хочет спать один» (92%). Далее по распространенности следуют - «сопротивляется укладыванию в постель» (78%) и «с трудом засыпает» (62%).

По шкале «проблемы с вниманием» в субсиндромальный уровень вошли 8% детей с ЗРР, в клинический диапазон - 14% детей. Утверждениями с наивысшими баллами стали: «не может сидеть тихо» (56%) и «быстро переключается» (36%). О плохой координации, неуклюжести говорят все опрошенные родители детей, результаты которых по данной шкале вошли в клинический диапазон.

По данным шкалы «агрессивное поведение», 4% детей с ЗРР имели пограничные значения, данные 2% вошли в клинический диапазон результатов. Наиболее часто родители соглашались с утверждениями: «не выносит ожидания» (34%), «непослушен» (36%), «не чувствует вину» (38%), «легко возмущается» (38%), «хочет внимания» (48%).

По шкале «другие проблемы» утверждениями с наивысшими баллами были «проблемы с речью» (68%), «шумный» (68%), «сопротивляется приучению к туалету» (30%), «ревнив» (24%), «страхи» (24%) и «плачет» (20%). Надо заметить, что не все родители детей с ЗРР указывали наличие проблем с речью.

Выявленные нарушения соотносятся с психическим статусом детей основной группы, который был определен при клинико-психопатологическом обследовании. Наблюдавшаяся симптоматика по своей структуре соответствует понятию «органическая невропатия» [5], выражаясь со стороны психики в повышенной пугливости, капризности, трудности адаптации ко всему новому, патологическому ответу на внешние раздражители.

Как таковые расстройства поведения или эмоциональной сферы, которые определяются как устойчивые, не соответствующие возрасту и основным общественным правилам, наблюдаемые в течение более 6 месяцев, ни в одном из случаев установлены не были. Однако отдельные признаки, требующие проведения качественных терапевтических мероприятий для профилактики утяжеления ситуации, были обнаружены у всех детей основной группы.

На основе кластерного анализа данных клинического обследования и методики «Лист детского поведения» выявлены три типа эмоциональных и поведенческих расстройств у детей раннего возраста с ЗРР: эмоционально-лабильный (69%), отстраненный (18%) и протестный (14%).

Эмоционально-лабильный тип включал такие основные характеристики, как капризность, раздражительность, нарушения сна и внимания. Несмотря на то, что все признаки этого типа являются частью недифференцированного набора моделей поведенческого реагирования детей в возрасте до 3 лет, их выраженность и стойкость, касающаяся всех или большинства ситуаций, в которых они проявляются, позволяет отнести их к нарушениям эмоций и поведения.

Отстраненный тип проявлялся замкнутостью, тревожностью и соматическими

проблемами. Повышенный уровень погруженности в собственные мысли, излишняя задумчивость, стеснительность и малая общительность в норме не являются характерными для детей раннего возраста. Несмотря на то, что до 2,5-3 лет совместные игры детям не доступны, их всегда влекут внешние контакты. Для детей с отстраненным типом характерно выраженное предпочтение тишины и спокойствия, отсутствие желания вовлекаться в игры, не связанные с периодами болезни. В норме чувство тревожности, страха, касающееся громких звуков, появляется в исходе первого месяца жизни. Боязнь незнакомых людей возникает у детей в возрасте около 8 мес. При отстраненном типе эмоциональных и поведенческих расстройств у детей раннего возраста с ЗРР уровень этих нарушений превосходит нормальный, приводя к социальной дизадаптации. Стрессовые ситуации обостряют симптомы соматических заболеваний. Наиболее часто наблюдается патология желудочно-кишечного тракта, процессов питания. Так, частыми симптомами являются срыгивания, нарушения стула, избирательность в пищевых продуктах, полный отказ от еды. Реже встречаются кожные проявления – аллергические реакции.

Протестный тип в большей степени включает нарушения, касающиеся разрушительного, импульсивного поведения и агрессии, направленной как на окружающих, так и на себя. В возрасте от 1,5 до 3 лет основными ее составляющими являются эмоциональный компонент – гнев и агрессивное поведение – удары, укусы, нападения и крики; преобладают взрывные, ненаправленные вспышки, которые со временем трансформируются в направленные атаки. Неповиновение в отношениях с окружающими, в большей степени близкими, неуравновешенность и негативизм в этом случае не представляют собой признаки возрастного кризиса 2-3 лет, актуализирующего тенденцию к самостоятельности. Регулярность и однотипность проявлений позволяют отличить проявления отстраненного типа от проявлений кризисного периода.

Выводы. Проведенное исследование показало, что сопутствующая психическая патология при ЗРР в виде эмоциональных и поведенческих нарушений составляет 42%. При этом ведущими нарушениями были неустойчивость эмоционального фона, повышенная психомоторная возбудимость и недостаточная целенаправленность движений. Обнаружен сниженный уровень внимания, его быстрая истощаемость, общая неловкость и неуклюжесть. Выявлены три типа эмоционально-поведенческих нарушений: эмоционально-лабильный, отстраненный и протестный. Своевременное осуществление индивидуализированных профилактических и терапевтических мероприятий, подбираемых в соответствие с типом психического нарушения, помогут не только адаптировать детей с ЗРР в социуме, но и улучшить качество жизни самого пациента в будущем и его ближайшего окружения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гореленкова Н.В. Задержка речевого развития: причины и симптоматика // Актуальные проблемы психолого-педагогического сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья. - 2016. - № 2. - С. 32-35.
2. Делягин В.М. Задержка речевого развития у детей // «РМЖ» - 2013. - № 24. - С. 1174.
3. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. – М.: Академия, 2013. – 384 с.
4. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. — М.: Медицина, 1979. - 608 с.

REFERENCES

1. Gorelenkova N.V. Zaderzhka rechevogo razvitija: prichiny i simptoma-tika // Aktual'nye problemy psihologo-pedagogicheskogo soprovozhdenija detej s ograničennymi vozmožnostjami zdorov'ja. - 2016. - № 2. - S. 32-35.
2. Deljagin V.M. Zaderzhka rechevogo razvitija u detej // «RMZh» - 2013. - № 24. - S. 1174.
3. Lurija A.R. Osnovy nejropsihologii. – M.: Akademija, 2013. – 384s.
4. Kovalev V.V. Psihijatrija detskogo vozrasta. — M.: Medicina, 1979. - 608 s.
5. Achenbach T.M., Rescorla L.A. Manual for ASEBA Preschool Forms and Profiles: An integrated system of multi-informant assessment. University of Vermont Department of Psychiatry, Burlington, 2000.
6. Bayley N. The Bayley scales of infant development. New York: Psychological Corporation, 1969.
7. Capone Singleton N. Late Talkers: Why the Wait-and-See Approach is outdated // *Pediatr Clin North Am.* – 2018. – Vol. 65. - № 1. – P. 13-29.
8. Conti-Ramsden, G., & Botting, N. Emotional health in adolescents with and without a history of specific language impairment (SLI) // *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* – 2008. - № 49. – P. 516–525.
9. Im-Bolter N., Cohen N.J. Language impairment and psychiatric comorbidities // *Pediatric clinics of NorthAmerica.* – 2007. - № 54. P. 525–542.
10. Miniscalco C., Nygren G., Hagberg B., Kadesjö B., Gillberg C. Neuropsychiatric and neurodevelopmental outcome of children at the age 6 and 7 years who screened positive for language problems at 30 months // *Dev Med Child Neurol.* – 2006. - № 48. – P. 361–366.
11. Roberts M.Y., Kaiser A.P. Early intervention for toddlers with language delays: a randomized controlled trial // *Communication Sciences and Disorders.* – 2015. - Vol. 135. - №4. - P. 686-693.
12. Wadman R., Botting N., Durkin K., Conti-Ramsden G. (2011). Changes in emotional health symptoms in adolescents with specific language impairment // *International Journal of Language and Communication Disorders.* – 2011. - №46. – P. 641–656.

T.V. Rayeva¹, A.V. Leonova¹, V.V. Probotyuk²

FEATURES OF MENTAL IMPAIRMENTS, COMORBID

DEVELOPMENTAL LANGUAGE DELAY IN EARLY AGE CHILDREN

¹Tyumen state medical University, ²Industrial University of Tyumen (Tyumen).

Summary. The article analyzes the features of concomitant mental impairments in early age children with developmental language delay using clinical and psychopathological method, the Bailey scale of Infant Development and Child Behavior Check List. Rudimentary, mosaic and transient mental impairments were revealed in 42% of children. Three types of emotional and behavioral impairments associated with developmental language delay in early age children are identified and described: emotionally labile, detached and protest.

Keywords: early age children, emotional impairments, behavioral impairments, developmental language delay.

И.Н. Рахманина, Т.Ю. Овсянникова
ОСОБЕННОСТИ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСТРАНСТВА
ПОДРОСТКОВ С ОТКЛОНЯЮЩИМСЯ ПОВЕДЕНИЕМ

**Астраханский государственный университет, Научно-практический
центр реабилитации детей «Коррекция и развитие» (Астрахань).**

Резюме. В статье представлено исследование, направленное на выявление особенностей нейропсихологического пространства девиантных подростков. Выявлено, что большинству подростков с отклоняющимся поведением свойственны нейропсихологические синдромы, связанные с запаздыванием развития префронтальных отделов головного мозга и нарушением становления связей между лобными долями и подкорково-стволовыми структурами головного мозга, а также функциональной недостаточностью левого полушария и дисбалансом в функциональном развитии правого полушария на фоне запаздывания формирования межполушарного взаимодействия.

Ключевые слова: девиантное поведение, нейропсихологическое пространство, психоэмоциональное состояние.

Важную роль в исследовании особенностей регуляции актуальной девиантной активности, а также разработке программ коррекции девиантного поведения, играет изучение нейрофизиологических детерминант этих нарушений, взаимодействия мозговых функциональных систем, детерминирующих характер искажений церебрального и психического развития, являющихся факторами риска в отношении возникновения девиаций.

Актуальность проблематики связана также с тем, что у подростков наряду с отклоняющимся поведением наблюдаются и другие нарушения – эмоционально-волевой сферы, двигательной и других сферах, что свидетельствует о той или иной степени нарушений со стороны ЦНС в целом. Во многих случаях выявляется незрелость определенных функций головного мозга, дисгармония его созревания, нарушение межполушарного взаимодействия, которое является основой развития интеллекта [1].

Цель исследования - выявление особенностей нейропсихологического пространства девиантных подростков, под которым понимался комплекс нейропсихологических особенностей: активация и межполушарная асимметрия, взаимодействие мозговых функциональных систем включая нарушение их функционирования, являющихся факторами риска в отношении возникновения девиаций.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 60 подростков, которые, исходя из характера запросов, были разделены на 2 группы. 1 группа – 27 детей (16 мальчиков и 11 девочек) в возрасте от 12,1 до 14,5 лет, демонстрирующих отклоняющееся поведение. 2 группа – 33 ребенка (10 мальчиков и 23 девочки) в возрасте от 11,7 до 13,8 лет, имеющих трудности в обучении. Все подростки находились на обслуживании в службе психолого-педагогической помощи государственного автономного учреждения Астраханской области «Научно-практический центр реабилитации детей «Коррекция и развитие».

Диагностика включала нейропсихологическое обследование по схеме, раз-

работанной Всероссийским центром детской неврологии (несколько сокращенная по сравнению с общепринятой методикой А. Р. Лурия). Кроме того проводилась диагностика активации и функциональной асимметрии полушарий головного мозга с помощью программно-аппаратного комплекса «Активациометр», биометрическая диагностика психоэмоционального (ПС) состояния детей младшего школьного возраста на основе параметров виброизображения с помощью программы VibraMed. С целью определения склонности к отклоняющемуся поведению определенного типа девиации и его связи с дифференциацией и уровнем выраженности нейропсихологических нарушений использовалась методика склонности к отклоняющемуся поведению (А.Н. Орел).

В исследовательской группе преобладали подростки, склонные к отклоняющемуся поведению – 38 (63,3%) детей, из которых склонные к преодолению норм и правил 48,4% (из общего числа с отклоняющимся поведением), к аддиктивному поведению 25,3%. Из числа подростков, склонных к отклоняющемуся поведению, демонстрируют склонность к самоповреждениям - 4 ребенка (10,5%), к агрессии и насилию - 6 детей (15,8%).

Полученные в ходе нейропсихологического обследования результаты показали, что у 48 подростков в той или иной степени определяются локальные поражения (недоразвитие) тех или иных отделов мозга, обуславливающие незрелость определенных функций головного мозга, дисгармонию его созревания. Причем у 39% из этих детей выявлены множественные нарушения (в двух и более отделах), у 51% - нарушения в одном из отделов. У 12 детей локальное поражение головного мозга не выявлено.

Большинство детей имеет нарушения комиссур, являющихся межполушарными интеграторами, через которые полушария обмениваются информацией, происходит синхронизация их работы.

Более половины подростков (свыше 60%), демонстрирующих девиантное поведение, имеют нарушения комиссуральных отделов, правой затылочной и левой лобной доли. Кроме того, около более половины детей (46%) демонстрируют поражение (нарушение развития) правой лобной доли, что способствует возникновению эмоционально-личностных изменений (эйфории, бестактности, нескритичности и т. п.), проявляющихся на фоне подвижности, болтливости в нарушении поведения. В целом у большинства детей имеются нарушения в работе правого полушария, активация которого имеет важное значение в организации эмоций. Вместе с тем у 13% детей определяется поражение левой лобной доли, им свойственны явления заторможенности и нарушения произвольной регуляции различных видов психической деятельности. Среди подростков, демонстрирующих отклоняющееся поведение, большинство (80%) имеет отклонения от нормальных нейропсихологических данных.

Нейропсихологические профили детей, имеющих трудности в обучении также носят разнообразный характер, так как в основе их неуспеха лежат различные механизмы (дисфункции лобных, височных, теменных, затылочных, левополушарных, правополушарных, стволовых, комиссуральных отделов головного мозга).

В ходе исследования проводились измерения ПС испытуемых с помощью программно-аппаратного комплекса «Активациометр – АЦ-9к». В результате

проведенного исследования выявлено, что у 32,5% подростков диагностируется чрезмерный уровень ПС, около половины (41,3%) обследуемых демонстрируют ПС выше среднего уровня. Только у 10,5% испытуемых выявлено оптимальное ПС (активное бодрствование). При этом из четырех основных уровней ПС (дремотное состояние, пассивное бодрствование, активное бодрствование, чрезмерное бодрствование) только активное бодрствование оказывает благоприятное влияние на эффективность деятельности. Остальные уровни ПС понижают эффективность деятельности из-за заниженной (дремотное состояние и пассивное бодрствование) или завышенной (чрезмерное бодрствование) активации [3].

Полученные результаты свидетельствуют о том, что у подростков, демонстрирующих девиантное поведение (группа 1) выше уровень агрессии, энергичности и ниже уровень уравновешенности, тревожности и саморегуляции, чем у подростков, испытывающих трудности в обучении (группа 2).

Результаты исследования позволили выделить и описать два основных нейропсихологических синдрома, выявленных у подростков с отклоняющимся поведением, в основе каждого из которых лежит нарушение того или иного нейропсихологического фактора.

Основное нарушение, наблюдающееся при первом нейропсихологическом синдроме, — недостаточность произвольной регуляции психической деятельности, которая обеспечивается работой префронтальных отделов головного мозга. Этот синдром связан с запаздыванием развития префронтальных отделов головного мозга и нарушением становления связей между лобными долями и подкорково-стволовыми структурами. В процессе нейропсихологического исследования эти подростки часто не принимают заданных условий работы, действуют импульсивно. Недостаточность произвольного контроля, т. е. «управляющих функций», отражается на качестве выполнения сложных гностических проб, приводит к снижению показателей внимания и памяти. При анализе особенностей эмоционально-волевой сферы у подростков этой группы на первый план выходят трудности контроля над эмоциями, эмоциональная лабильность, недостаточная зрелость высших уровней аффективной сферы, т. е. недостаточная сформированность «социальных» эмоций (чувства долга, ответственности, вины за проступки и пр.). Произвольная регуляция нарушается в каждом звене: страдают целеполагание, программирование (планирование этапов деятельности) и контроль. Подростки с этим синдромом знают правила, но не выполняют их, и это проявляется во всех сферах деятельности. Они склонны ссориться, легко вступают в драку. Для них характерно сочетание агрессивности по отношению к сверстникам с негативизмом по отношению к взрослым членам семьи, к воспитателям и учителям. Довольно часто наблюдаются аффективные взрывы с агрессией, с реакциями протеста, особенно при попытках взрослого регламентировать деятельность, принудить к выполнению каких-либо правил. Также у них нарушено «чувство дистанции», снижена способность к образованию глубоких эмоциональных связей, общение является более поверхностным. Как правило, у них наблюдается сочетание повышенной эмоциональной восприимчивости, впечатлительности и ранимости по отношению к себе с довольно низкой чувствительностью по отношению к другим, недостаточной способностью к эмпатии, эмоциональному сочув-

ствию. Этот синдром выявлен у подростков со склонностью к нарушению норм и правил, склонностью к насилию и агрессии.

Другой нейропсихологический синдром связан с функциональной недостаточностью левого полушария и дисбалансом в функциональном развитии правого полушария на фоне запаздывания формирования межполушарного взаимодействия. На первый план у подростков с данным синдромом выходят особенности поведения, которые отражаются и в ситуации исследования, и в жалобах родителей. Зачастую уже с раннего возраста начинают проявляться сильное упрямство, вспыльчивость, «истеричность», некоторая вычурность. Они могут очень рано начать задавать вопросы о смерти, болезни, убийстве и т. п., ставя в тупик родителей и педагогов. Многие родители отмечают слабую действенность поощрений и наказаний, нестабильность мотивации. Для эмоциональной сферы большинства этих подростков характерна некоторая приступообразность - то бурно веселится, почти эйфоричен, то начинает плакать, бояться чего-либо. Часто эмоциональный фон снижен, подросток склонен негативно оценивать окружающих, многого страшится (причем нередко наблюдаются вычурные страхи). Возможно, вследствие повышенной тревожности эти дети нередко прибегают к ритуалам, стереотипиям. Отмечаются и случаи, когда настроение у подростка хорошее, пока к нему нет запросов, но с появлением даже незначительных требований он начинает упрямиться, кричать, ругаться, может возникнуть агрессия или аутоагрессия. Эти подростки могут, если не получают желаемого, дать резкую, бурную реакцию, «истерику», часто с оттенком демонстративности. Подростки с этим синдромом часто предпочитают одиночество или общение не со сверстниками, а с более старшими по возрасту. Часто они либо избегают тактильного контакта, либо не соблюдают тактильно-телесную дистанцию. Подростки живут и действуют полностью «здесь и сейчас», не ориентируясь ни на возможные последствия своих поступков, ни на мнение окружающих, ни на эмоциональную реакцию близких людей [2].

В ситуации исследования у подростков с этим синдромом проявляются трудности установления контакта, соблюдения дистанции. В процессе исследования у подростков данной группы было выявлено преобладание признаков доминирования правого полушария. Также большинство этих подростков демонстрировало очень низкие результаты в пробах на межполушарное взаимодействие. Данный синдром был выявлен у подростков, склонных к самоповреждениям, к насилию и агрессии, к аддикциям.

Для проведения аналитического этапа мы использовали математико-статистические методы, которые позволили нам установить достоверность результатов исследования. Все расчеты выполнялись с помощью компьютерной программы IBM SPSS Statistics21. В анализ включались описательные статистики, включающие в себя вычисление дескриптивных статистик, критерий Колмогорова-Смирнова для одной выборки, критерий Манна-Уитни, критерий Шапиро-Уилка, коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

Различия в показателях между группами «Склонные к девиации» и «Испытывающие трудности в обучении» имеются по следующим параметрам: «агрессия», «уравновешенность», «саморегуляция», «невротизм», «правое-затылок» и

«межполушарные комиссуры». Следует отметить, что показатели по параметрам «агрессия», «правое-затылок» и «межполушарные комиссуры» выше у подростков, склонных к девиации. А показатели «уравновешенность», «саморегуляция» и «невротизм» выше у подростков, испытывающих трудности в обучении.

Полученные результаты корреляционного анализа свидетельствуют о том, что существует связь между параметром склонность к преодолению норм и правил с параметрами «правое-лоб» ($r=0,021$), «правое-затылок» ($r=0,021$) и «межполушарные комиссуры» ($r=0,046$). Чем выше степень имеющихся нейропсихологических нарушений в обозначенных отделах мозга, тем выше склонность к преодолению норм и правил.

Параметр склонность к аддиктивному поведению коррелирует с параметром «правое-темя» ($r=0,020$). Чем выше данный показатель, тем ниже будет склонность к аддиктивному поведению.

Параметр самоповреждающее и саморазрушающее поведение положительно коррелирует с параметром «агрессия» ($r=0,018$) и отрицательно с параметрами «уравновешенность» ($r=0,011$) и «невротизм» ($r=0,033$). Чем выше «агрессия», тем выше показатель «склонность к самоповреждениям». Чем выше показатели «уравновешенность» и «невротизм», тем ниже «склонность к самоповреждениям».

Параметр склонность к агрессии и насилию коррелирует с параметрами «правое-лоб» ($r=0,002$) и «межполушарные комиссуры» ($r=0,011$). Чем выше степень нарушений в обозначенных отделах, тем выше показатели склонности к агрессии и насилию.

Параметр волевой контроль эмоциональных реакций имеет прямую корреляцию с параметром «левое-лоб» ($r=0,006$) (чем выше выраженность нарушений в данной зоне, тем выше контроль и обратные с параметрами «саморегуляция» ($r=0,016$), «невротизм» $r=0,040$) и «ФАП» ($r=0,017$). Чем выше выраженность нарушений, тем ниже параметры.

Проведенное исследование особенностей нейропсихологического пространства подростков с отклоняющимся поведением, позволило нам сделать следующие **выводы**:

Большинству подростков с отклоняющимся поведением свойственны нейропсихологические синдромы связанные с запаздыванием развития префронтальных отделов головного мозга и нарушением становления связей между лобными долями и подкорково-стволовыми структурами головного мозга и функциональной недостаточностью левого полушария и дисбалансом в функциональном развитии правого полушария на фоне запаздывания формирования межполушарного взаимодействия.

В ходе исследования выявлено, что чем выше степень имеющихся нейропсихологических нарушений в правой затылочной зоне и дисбаланс межполушарного взаимодействия, тем выше склонность к преодолению норм и правил; чем выше активность правой теменной зоны, тем ниже склонность к аддиктивному поведению; чем выше степень нарушений в правом лобном отделе и дисбаланс межполушарного взаимодействия, тем выше показатели склонности к агрессии и насилию; чем выше выраженность нарушений в левой лобной зоне, тем ниже показатели «саморегуляция» и «невротизм».

ЛИТЕРАТУРА

1. Семенович А.В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза. Учебное пособие. – М.: Генезис, 2017. – 474 с.
2. Султанова А.С. Нейропсихологический подход к обеспечению психического здоровья детей и подростков // Медицинская психология в России. – 2017. – Т. 9, № 1(42). – С. 7 [Электронный ресурс]. – URL: <http://mprj.ru>.
3. Цагарелли Ю.А. Системная психологическая диагностика на приборе «Активациометр». – Казань: ТаглитатИЭУиП, 2008. – 258 с.

REFERENCES

1. Semenovich A.V. Nejropsihologicheskaja korekcija v detskom vozraste. Metod zameshchajushhego ontogeneza. Uchebnoe posobie. – M.: Genezis, 2017. – 474 s.
2. Sultanova A.S. Nejropsihologicheskij podhod k obespecheniju psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov // Medicinskaja psihologija v Rossii. – 2017. – Т. 9, № 1(42). – С. 7 [Elektronnyj resurs]. – URL: <http://mprj.ru>.
3. Cagarelli Ju.A. Sistemnaja psihologicheskaja diagnostika na pribore «Aktivaciometr». – Kazan': TaglimatIJeUiP, 2008. – 258 s.

I.N. Rachmanina, T.Yu. Ovsyannikova

THE FEATURES OF NEUROPSYCHOLOGICAL SPACE TEENAGERS WITH DEVIANT BEHAVIOR

Astrakhan state University, Scientific and practical center of rehabilitation of children «Correction and development» (Astrakhan).

Summary. The article presents a study aimed at identifying features of neuropsychological space of deviant adolescents. Revealed that the majority of adolescents with deviant behavior is typical for neuropsychological syndromes associated with delayed development of the prefrontal parts of the brain and impaired the formation of connections between the frontal lobes and subcortical-stem structures of the brain and functional deficiency of the left hemisphere and an imbalance in the functional development of the right hemisphere on the background of the delay of the formation of hemispheric relationship interaction.

Keywords: deviant behavior, neuropsychological space, psychoemotional state.

**МОТИВАЦИЯ УЧЕНИЯ ПОДРОСТКОВ
В СОВРЕМЕННОМ ИНФОРМАЦИОННОМ ПРОСТРАНСТВЕ**
Астраханский государственный университет (Астрахань).

Резюме. В статье обсуждается вопрос мотивации учебной деятельности, особенности мотивации учения у современного подростка, и включенности учащихся в информационное пространство. Прослежена возрастающая роль информационного пространства в жизни подростков. Проводится анализ исследования влияния информационного пространства на учебную мотивацию подростка.

Ключевые слова: мотивация учения, мотивация учения подростков, информационное пространство, влияние информационного пространства, подросток и школа.

Мотивация учения является одним из центральных компонентов учебно-воспитательной деятельности. Без учета мотивации учащихся невозможен эффективный образовательный процесс. Т.О. Гордеева говорит о том, что «достижения школьников в учебной деятельности – академическая успешность – зависят не только от уровня развития их интеллекта, но и в значительной степени от особенностей мотивации, которая играет роль движущей силы, запускающей действие интеллекта» [2, с. 34]. М.А. Родионов, обобщая психолого-педагогические исследования, предлагает понимание мотивации учения «как многокомпонентного и многоуровневого образования, становление которого предполагает не просто изменение отношения к учению, а усложнение структуры мотивационной сферы за счет совершенствования существующих взаимосвязей между ее компонентами и появления новых взаимосвязей» [11, 6]. Мотивация учебной деятельности вытекает из учебных мотивов. «Учебный мотив может быть определен как собственный желаемый образ, которого ученик стремится достичь в ходе этой деятельности» [11, с. 10].

По Л.И. Божович, мотив – это то, «ради чего осуществляется деятельность», «побудитель деятельности» [1, с. 23]. А.К. Маркова дает следующее определение мотива учения «это направленность ученика на различные стороны учебной деятельности» [10, с. 16]. Е.П. Ильин под мотивом учебной деятельности понимает «все факторы, обуславливающие проявление учебной активности: потребности, цели, установки, чувство долга, интересы и т. п.» [7]. А.А. Чебурков определяет учебную мотивацию как «динамичное образование, процесс, механизм, структура которого представляет собой интегрированную характеристику перцептивного, когнитивного, эмоционального и поведенческого компонентов» [15, с. 49]. Т.О. Гордеева под мотивацией учебной деятельности понимает «системное образование, обеспечивающее побуждение, направленность и регуляцию выполнения учебной деятельности» [3, с. 8]. При этом учебная мотивация «представляет собой целостную, сложную многомерную и многоуровневую динамическую систему, которая развивается и функционирует посредством процессов взаимного влияния» [3, с. 15]. Мотивация учения является частной областью мотивации достижения, активно изучаемой зарубежными иссле-

дователями, под которой понимается мотивация на выполнение деятельности в наилучшем виде, достижение определенного успешного результата, который может быть оценен [5].

Т.О. Гордеевой была предложена интегративная модель мотивации учебной деятельности, основанная на обобщении исследований зарубежных и отечественных ученых в области мотивации достижения и мотивации учения, а также собственных исследований. В учебной мотивации Т.О. Гордеева выделяет пять подсистем:

- 1) мотивационно-регуляционный (мотивационно-смысловой) блок, включающий потребности и ценности личности как источники мотивации;
- 2) целевой блок, включающий представления о собственной эффективности и процессы постановки цели;
- 3) интенциональный (интенционально-регуляторный) блок, включающий планирование выполнения целей, самоконтроль, а также веру личности в контролируемость средств и результатов деятельности;
- 4) блок «реакция на неудачу», включающий способы реагирования на трудности и неудачи при выполнении деятельности;
- 5) блок «усилия» (мотивационно-поведенческий блок), включающий упорство в реализации намерений, а также эмоциональные состояния и тревожность при выполнении деятельности [3].

Таким образом, мотивация не однородна, а включает в себя множество компонентов, таких как потребности, ценности, цели, стратегии целеполагания и самоконтроля, а также когнитивные представления о собственной эффективности, способностях, роли усилий, контролируемости и средствах достижения целей [3].

Мотивация, являясь личностным образованием, формируется в процессе развития личности, и, соответственно, меняется в разные возрастные периоды [7]. Особенности учебной мотивации в разном возрасте можно проследить в работах Л.И. Божович [1], А.К. Марковой [10], В.В. Давыдова, Д.Б. Эльконина [16] и др.

Наиболее сложные личностные изменения в школьные годы происходят в подростковом возрасте, поэтому и формирование мотивации учения подростка, является актуальным вопросом в современной школе [8].

По данным Д.Б. Эльконина, мотивация учебной деятельности подростков является двойственной. Из-за увеличения роли общения со сверстниками и внешкольных увлечений учебная мотивация у подростков уменьшается, и в то же время в процессе подросткового возраста формируются более зрелые формы мотивации учения [14].

Л.И. Божович отмечает, что в подростковом возрасте в мотивационной сфере появляются новые свойства. Подросток, в отличие от младших школьников, начинает руководствоваться своими собственными требованиями, задачами и целями. Таким образом, подросток способен сам себе ставить цели и активно действовать для их достижения. Однако внутренние ориентиры подростков еще недостаточно организованы и могут часто меняться, что ведет за собой неустойчивость мотивации. На протяжении всего подросткового возраста цели и внутренние ориентиры, становятся более устойчивыми, в связи с этим развиваются постоянные интересы и ответственность [7].

Интересы подростков часто превращаются в увлечения, которые зачастую не связаны с учебной деятельностью. Увлечения могут по-разному влиять на развитие личности подростка, некоторые могут способствовать развитию через удовлетворение познавательной способности, другие приостанавливают или пагубно влияют на развитие подростка, развивая разного рода вредные привычки и пустую трату времени [7].

В этой связи важным является вопрос о самих увлечениях современного подростка и влиянии информационного пространства на выбор этих увлечений, а также возможность соотнесения их с учебной деятельностью.

Как отмечает В.С. Собкин, «техноэволюционные процессы в существенной степени определяют жизненную среду современного ребенка и социально-психологические особенности его развития» [13, с. 100]. Социологический опрос учащихся средних и старших классов показывает, «...что не пользуется социальными сетями лишь весьма незначительное число подростков – всего 5,4%. Остальные же являются пользователями сетей» [13, с. 101]. В результате исследования В.С. Собкин делает вывод, что в процессе подросткового возраста общение в сети интернет становится все более продолжительным, и к старшим классам треть учащихся на него тратит столько же времени, сколько и на учебные занятия в школе [13]. Также В.С. Собкин отмечает, что интернет становится важным источником информации для подростков и старшеклассников. В то время как полезность информации, получаемой в процессе образовательного процесса, снижается. «Это свидетельствует не только о падении интереса к учебе, но и об «отчуждении» ученика от школы как источника полезной и интересной информации» [13, с. 107].

Нами было проведено **пилотажное исследование** «Влияние информационного пространства на учебную мотивацию подростка» среди 7–8 классов общеобразовательной школы г. Астрахань.

Цель исследования: определить влияние информационного пространства, в котором находится подросток, на его мотивацию к учебной деятельности.

Анализ результатов исследования показал: 60% учащихся получают познавательную информацию через познавательные телепередачи, фильмы, интернет сайты, книги, 36% иногда интересуются познавательной информацией, и лишь 4% учащихся вообще не интересуются познавательной информацией. Это может говорить о том, что познавательная потребность хорошо развита у 60% подростков, достаточно развита у 36 % и не развита у 4 %.

В качестве источников получения полезной информации подростки выделяют: интернет (76%), школу (60%), друзей (44%), родителей (44%), книги (32%), телевидение (28%) и кружки по интересам (8%). Таким образом, можно выделить два наиболее востребованных источника информации для подростков – это интернет (76%) и школьное обучение (60%), притом что интернет занимает лидирующую позицию. При этом интернет используется учащимися для общения (42%), поиска интересной информации (40%), подготовки домашнего задания (38%), компьютерных игр (36%), отдыха (24%), хобби (8%).

Говоря о мотивации к учению, учащиеся выделяют следующие мотивы: интересно получать знания (24%), получить образование (34%), поступить в

ВУЗ (8%), хорошая работа в будущем, добиться чего-то (24%), заставляют (12%). Таким образом, внутренняя мотивация к учению присутствует только у 24% подростков, остальные мотивированы разного рода внешними факторами.

90% учащихся сталкиваются с ситуациями, когда информация, которую дает учитель на уроке, уже им известна из интернета, книг или телепередач. При этом 60% учащихся молча слушают учителя, активно не участвуя на уроке (и 10% из них скучают на уроке, потому, что знают больше, чем рассказывает учитель), 22% могут дополнять учителя, и 8% используют эту информацию в контрольных работах.

Исходя из перечисленного, можно сделать следующие выводы:

1) Интернет является ведущим источником получения информации у подростков (школа занимает второе место) и наиболее часто используется для общения, поиска интересной информации и выполнения домашнего задания. Таким образом, интернет и школа оказываются тесно взаимосвязанными.

2) Несмотря на то что познавательные потребности подростков достаточно развиты, лишь четверть подростков имеют внутреннюю мотивацию к учению, и реализация познавательной потребности осуществляется по большей части через информационное пространство (в основном интернет) и в меньшей мере через школьное обучение.

3) При этом подавляющее большинство учащихся периодически оказывается в ситуации, когда знает информацию, преподаваемую в школе, что приводит к выключенности ученика из образовательного процесса, а в некоторых случаях и к скуке на уроке и потере авторитета учителя как источника информации.

В связи с чем становится актуальным вопрос, каким образом модернизировать методы школьного обучения, чтобы усилить его позицию в реализации познавательной потребности подростков, т. е. усилить внутреннюю мотивацию подростков к учебе, а также включить учеников, уже обладающих знаниями, в образовательный процесс. Для решения этого вопроса необходимо более полное исследование психолого-педагогических условий развития и формирования мотивации учения в современном информационном пространстве.

ЛИТЕРАТУРА

1. Божович Л.И. Изучение мотивации поведения детей и подростков. – М.: Педагогика, 1972. – 352 с.
2. Гордеева Т.О., Шепелева Е.А. Внутренняя и внешняя учебная мотивация академически успешных школьников // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. – 2011. – № 3. – С. 33-45.
3. Гордеева Т.О. Мотивация учебной деятельности школьников и студентов: структура, механизмы, условия развития: дисс... докт. психол. наук: – М.: МГУ. – 2013. – 444 с.
4. Гордеева Т.О. Мотивы учебной деятельности учащихся средних и старших классов современной массовой школы // Психология обучения. – 2010а. – № 6. – С. 17–32.
5. Гордеева Т.О. Психология мотивации достижения. – М.: Смысл; «Академия», 2006. – 336 с.
6. Иванова М.П., Абрамян Н.Г. Особенности мотивации учения в подрост-

ковом возрасте // Вестник Владимирского государственного университета им. А.Г. и Н.Г. Столетовых. Серия: Педагогические и психологические науки. – 2015. – № 22 (41). – С. 103–109.

7. Ильин Е.П. Мотивация и мотивы. – СПб.: Питер, 2002 — 512 с.

8. Косых Г.В., Ильященко М.Н. Учебная мотивация современного подростка // Сборники конференций НИЦ Социосфера. – 2014. – № 12. – С. 46–53.

9. Леонтьев Д.А. Современная психология мотивации. – М.: Смысл, 2002 – 343 с.

10. Маркова А.К. Формирование мотивации учения в школьном возрасте. Пособие для учителя. – М., Просвещение, 1983. – 96 с.

11. Родионов М.А., Макаров Ю.А. Психология мотивации учебной деятельности. Учебное пособие. – Пенза: Изд-во ПГПУ им. В.Г. Белинского, 2004. – 186 с.

12. Самосадова Е.В., Крапчетова В.В., Киреева Т.И. Мотивация учебной деятельности подростков // Актуальные проблемы и перспективы развития современной психологии. – 2016. – № 1. – С. 297–301.

13. Собкин В.С. Подросток: включенность в сетевое взаимодействие и отношение к образованию // Коммуникации. Медиа. Дизайн. – 2017. – Т. 2. – № 2. – С. 99–113

14. Тончева А.В. Мотивация учебной деятельности подростков с киберкоммуникативной зависимостью // Науковедение. – 2013. – № 6 (19). – С. 201–218.

15. Чебурков А.А. Исследование учебной мотивации младших школьников-мигрантов в условиях современной образовательной ситуации // Актуальные проблемы психологического знания. – 2013. – № 2. – С. 47–53.

16. Эльконин Д.Б., Давыдов В.В. Вопросы психологии учебной деятельности младших школьников. – М.: АПН, 1962. – 286 с.

REFERENCES

1. Bozhovich L.I. Izuchenie motivacii povedenija detej i podroستkov. – М.: Pedagogika, 1972. – 352 s.

2. Gordeeva T.O., Shepeleva E.A. Vnutrennjaja i vneshnjaja uchebnaja motivacija akademicheski uspešnyh škol'nikov // Vestnik Moskovskogo universiteta. Serija 14. Psihologija. – 2011. – № 3. – S. 33–45.

3. Gordeeva T.O. Motivacija uchebnoj dejatel'nosti škol'nikov i studentov: struktura, mehanizmy, uslovija razvitija: diss... dok. psihol. nauk: – М.: MGU. – 2013. – 444 s.

4. Gordeeva T.O. Motivy uchebnoj dejatel'nosti uchasšihhsja srednih i starših klassov sovremennoj massovoj shkoly // Psihologija obuchenija. – 2010a. – № 6. – S. 17–32.

5. Gordeeva T.O. Psihologija motivacii dostizhenija. – М.: Smysl; «Akademija», 2006. – 336 s.

6. Ivanova M.P., Abramjan N.G. Osobennosti motivacii učenija v podroстkovom vozraste // Vestnik Vladimirskogo gosudarstvennogo universiteta im. A.G. i N.G. Stoletovyh. Serija: Pedagogičeskie i psihologičeskie nauki. – 2015. – № 22 (41). – S. 103–109.

7. Il'in E.P. Motivacija i motivy. – SPb.: Piter, 2002 — 512 s.

8. Kosyh G.V., Il'jashhenko M.N. Uchebnaja motivacija sovremennogo podroстка // Sborniki konferencij NIC Sociosfera. – 2014. – № 12. – S. 46–53.

9. Leont'ev D.A. Sovremennaja psihologija motivacii. – M.: Smysl, 2002 – 343 s.
10. Markova A.K. Formirovanie motivacii uchenija v shkol'nom vozraste. Posobie dlja uchitelja. – M., Prosveshhenie, 1983. – 96 s.
11. Rodionov M.A., Makarov Ju.A. Psihologija motivacii uchebnoj dejatel'nosti. Uchebnoe posobie. – Penza: Izd-vo PGPU im. V.G. Belinskogo, 2004. – 186 s.
12. Samosadova E.V., Krapchetova V.V., Kireeva T.I. Motivacija uchebnoj dejatel'nosti podrostkov // Aktual'nye problemy i perspektivy razvitija sovremennoj psihologii. – 2016. – № 1. – S. 297–301.
13. Sobkin V.S. Podrostok: vkljuchennost' v setevoe vzaimodejstvie i otnoshenie k obrazovaniju // Kommunikacii. Media. Dizajn. – 2017. – T. 2. – № 2. – S. 99-113
14. Toncheva A.V. Motivacija uchebnoj dejatel'nosti podrostkov s kiberkommunikativnoj zavisimost'ju // Naukovedenie. – 2013. – № 6 (19). – S. 201–218.
15. Cheburkov A.A. Issledovanie uchebnoj motivacii mladshih shkol'nikov-migrantov v uslovijah sovremennoj obrazovatel'noj situacii // Aktual'nye problemy psihologicheskogo znaniya. – 2013. – № 2. – S. 47–53.
16. Jel'konin D.B., Davydov V.V. Voprosy psihologii uchebnoj dejatel'nosti mladshih shkol'nikov. – M.: APN, 1962. – 286 s.

J.L. Ulanova

EDUCATIONAL MOTIVATION OF TEENAGERS IN MODERN INFORMATION SPACE

Astrakhan state University (Astrakhan).

Summary. The article discusses the question of educational activity motivation, educational motivation specificity of modern teenagers and involvement students in information space. Traced the growing role of information space in the teenagers live. Conducts analysis of the study information space influence on educational motivation of teenagers.

Keywords: educational motivation, educational motivation of teenagers, information space, information space influence, teenagers and school.

ЭТНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ПОЛА РЕБЕНКА В ТРАДИЦИОННОЙ ОСЕТИНСКОЙ СЕМЬЕ

¹Северо-Осетинский государственный педагогический институт,

²Северо-Осетинский государственный университет имени К.Л. Хетагурова (Владикавказ).

Резюме. Понимание психологического пола обусловлено полоролевыми стереотипами, которые определяются представлениями о ролях и нормах поведения мужчин и женщин, об их психологических особенностях, укорененных в родной культуре. Представления о маскулинности и фемининности формируют многообразие форм поведения и образа мышления мужчин и женщин, определяют особенности формирования психологического пола у детей.

Ключевые слова: психологический пол, гендер, маскулинность, фемининность, андрогинность.

Основным фактором, влияющим на формирование психологического пола ребенка, является семья. Особенности семьи во многом обусловлены этнической принадлежностью, особенно в условиях традиционно-патриархального уклада народов Северного Кавказа, так как в нем велико влияние менталитета народа. Развиваясь как представитель пола, принадлежащий к своей национальности, человек является субъектом специфической этнокультурной среды. Формирование психологического пола начинается еще до рождения ребенка, и большое влияние на этот процесс оказывают: желание родителей иметь ребенка определенного пола, их позиция и отношение к нему. Половая роль – система требований, предписаний, модель поведения, которую должен освоить ребенок, чтобы его признавали мужчиной или женщиной, мальчиком или девочкой.

В качестве модели семейной организации в данной статье будет рассмотрена традиционная осетинская семья. С самого рождения детей в традиционной осетинской семье взрослые очень строго дифференцируют их по половому признаку, что определяет совершенно разное отношение и воспитание мальчиков и девочек. Отражают различия в отношении к детям разного пола определенные одежда, игрушки, совершенно разные формы общения с мальчиками и девочками, требования, предъявляемые к ребенку, ожидания. На общение между родителями и детьми, в свою очередь, переносится стиль взаимодействия между полами: отношение к сыну напоминает отношение к маленькому мужчине, отношение к дочери подобно отношению к маленькой женщине.

Важным этапом в формировании гендерных особенностей ребенка является половое самоопределение ребенка. Особенности личности родителей и система их отношений оказывают значительное влияние на этот процесс. Доминирование в осетинской семье отца и подчиненная позиция женщины способствуют формированию соответствующих полярных психологических полов мальчиков и девочек, которые перенимают типичные для своего пола линии поведения путем идентификации с родителями в контексте семейных отношений. Та-

ким образом дети получают подготовку к будущим социальным ролям.

Особенности формирования ребенка в традиционной осетинской семье во многом детерминированы передачей ему духовных ценностей, моральных норм, образцов поведения, культуры и обычаев своего народа, которые предъявляют жесткие требования к мужской и женской половой роли в обществе. Осетинская семья учит ребенка жесткой дифференциации его половой роли от противоположной, и уже с ранних лет от детей требуется усвоение психологических черт мужественности и женственности. Детей поощряют за формы поведения, соответствующие их полу, и порицают за характерные противоположному.

Традиции, исторически сложившиеся нормы, обычаи регламентируют взаимоотношения в осетинской семье, которая во все времена была патриархальной и по настоящее время отличается строгой иерархией, порядком и культурными нормами. Статус мужчины и женщины и строгое распределение ролей моделируют в сознании детей модели мужественности и женственности, обуславливая формирование психологического пола. Для понимания этих особенностей необходимо рассмотреть некоторые особенности культуры и обычаи воспитания осетин.

Во все времена старшие старались внимательно относиться к младшим, воспитывали в них мужество, выдержку, стойкость. Отношение к ребенку всегда было сдержанным. Мужчине было непозволительно в присутствии старших родственников и посторонних появляться со своим ребенком, называть его по имени, «сыном» или «дочерью», даже есть с ним вместе и т. д. «Только в самом интимном кругу (жены и детей) или с глазу на глаз, – писал К.Л. Хетагуров, – позволительно отцу дать волю своим чувствам и понынчить, приласкать детей. Если осетина-отца в прежние времена случайно заставляли с ребенком на руках, то он, не задумываясь, был готов бросить малютку куда попало» [3, с. 339].

Подобные обычаи в определенной степени сохраняются и по сей день. Неотъемлемой нормой эталона мужественности мужчины в Осетии считаются честь и достоинство, посягательство на них является поводом жестокой мести. С ранних лет в мальчиках воспитывают такие качества, как гордость, смелость, храбрость, решительность, отвага, воинственность, мстительность, физическая выносливость. Неприемлемыми считаются трусость, слабость, а проявление реакций на физическую боль приравнивается к плачу, в то время как слезы для мужчины недопустимы и приравнивают его к женщине. Среди моральных качеств в мальчиках в первую очередь стремятся воспитать честность, ответственность и умение держать данное слово, так как обязательность, честность, понятие чести всегда были каноном взаимоотношений. Значимая роль в формировании представлений о маскулинности отводится именно женщинами, которые первыми возвращают их в сознании детей, поддерживая собственным примером власть мужчины в семье, культ отца.

В жизненном укладе осетин всегда подчеркивались гендерные различия: «настоящий мужчина» противопоставляется женщине. С ранних лет мальчик понимает, что для мужской идентификации ему необходимо отличаться от женщины, не быть женственным [1]. Уже с возраста 8-9 лет воспитание мальчиков переходит в основном в мужские руки. Мужские сообщества являются важнейшими социальными институтами для мальчиков, к этому возрасту появляет-

ся сегрегация полов, ограничивающая игры мальчиков с девочками. Последствия неудач в достижении кульминаций маскулинности бывают очень суровыми.

Модель «настоящего мужчины» в сознании осетин всегда совпадала с образом эпического героя - воина, покровителя, героя труда. Мужчина в осетинском обществе является образцом брутальной маскулинности, ассоциируется с активностью и агрессивностью, импульсивностью, готовностью отстаивать высокое чувство собственного достоинства, мстительностью и даже злобностью, который не имеет права быть слабым, нерешительным или мягкотелым. Выработка в мальчиках состязательного духа, соперничества, атмосфера постоянного «экзамена на маскулинность» являются постоянными условиями процесса воспитания и определяют особенности формирования психологического пола ребенка, имеющего установки на поддержание собственного мужского статуса, на утверждение собственной маскулинности в жизни.

Мальчики и девочки в осетинской семье имеют разные статусы, определяемые их половой принадлежностью, которые признают за ними определенные права и предъявляют требования. Обращение: «Ты же мальчик!» – это не только обращение к мужскому достоинству, но и признание права ребенка на относительную свободу в поведении, разрешение проявления активности. Противоположно выражение: «Ты же девочка!» дает установку на необходимость послушания, скромности, аккуратности, прилежания.

Женский образ характеризуется высокими нравственными качествами, скромностью, трудолюбием и покорностью, мягкостью характера, добротой, милосердием. Любая попытка проявления вольности, активности или таких «мужских» качеств, как деловитость, твердость характера, стремление к лидерству и т. п. в традиционной осетинской семье порицаются и осуждаются.

С целью выявления психологического пола детей, нами было проведено исследование с использованием методики «Маскулинность–фемининность» С. Бэм.

Выборку составили мальчики и девочки осетинской и русской национальностей в возрасте 10-12 лет, проживающие в республике Северная Осетия–Алания. Общий объем выборки 400 человек.

Результаты исследования показали, что психологический пол подавляющего большинства мальчиков (93%) осетинской национальности характеризуется маскулинностью, в том числе ярко выраженной (5% от общей выборки), андрогинность проявляется у 7% респондентов. Психологический пол большинства девочек (91%) характеризуется фемининностью, в том числе, ярко выраженной (9% от общей выборки), андрогинностью – у 9% (табл. 1).

Отличными от вышеописанных оказались результаты исследования психологического пола мальчиков и девочек русской национальности. У представителей обоих полов преобладает андрогинность (у 45% мальчиков и 59% девочек), у 36% мальчиков – маскулинность, и у значительного числа (19%) проявляется фемининность. Интересен тот факт, что психологический пол девочек характеризуется фемининностью лишь у 22%,; маскулинностью - у 19% респонденток.

Таким образом, полученные данные позволили заключить, что индекс психологического пола мальчиков и девочек, воспитывающихся в осетинских семьях, имеет выраженную полярность (психологический пол мальчиков характеризуется

маскулинностью (Ср. знач. IS мальчиков = -1,53), психологический пол девочек – фемининностью (Ср. знач. IS девочек = 1,58). Индексы психологического пола мальчиков и девочек, воспитывающихся в русских семьях (Ср. знач. IS мальчиков = -0,47, Ср. знач. IS девочек = -0,26) позволяют говорить об андрогинности.

Таблица 1.

Психологический пол мальчиков и девочек осетинской и русской национальностей

Индекс IS	Осетины		Русские	
	Мальчики	Девочки	Мальчики	Девочки
Ср.знач.	-1,53	1,58	-0,47	0,26
Станд.отклон.	0,36	0,40	0,97	1,01
Дисперсия	0,13	0,16	0,93	1,02
<i>Ярко выраженная маскулинность</i>	5%	-	-	-
<i>Маскулинность</i>	88%	-	36%	19%
<i>Андрогинность</i>	7%	9%	45%	59%
<i>Фемининность</i>	-	82%	19%	21%
<i>Ярко выраженная фемининность</i>	-	9%	-	1%

Полученные результаты, на наш взгляд, подтверждают значение семьи и культуры, в которой происходит социализация личности, на формирование психологического пола, а также требований, которые эта культура предъявляет маскулинности мальчиков и фемининности девочек. Традиционное семейное воспитание формирует антагонистически противоположные особенности психологического пола мальчиков и девочек. Под влиянием этнического фактора у мальчиков формируется психологический пол, характеризующийся ярко выраженной маскулинностью, у девочек – фемининностью.

Однако необходимо отметить, что этнически обусловленные требования к моделям мужественности и женственности в последнее время диссонируют и часто противоречат системам ценностей и жизненным укладам современности. Доминирующая позиция мужчины и подчиненная позиция женщины, жесткое распределение половых ролей, обусловленные культурными традициями Северной Осетии, транслируемые ребенку в процессе семейного воспитания, может не соответствовать реалиям современности.

Взгляды мужчин более патриархальны, нежели представления женщин, у которых наблюдается некоторая тенденция стремления к равенству полов. Желаемая роль женщин в осетинском обществе, семье и положение, отводимое традиционным семейным воспитанием, могут не соответствовать друг другу и иметь ряд нежелательных последствий, которые способны негативно отразиться на личной и семейной жизни повзрослевших детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дзагурова Н.Х. Гендерные отношения в традиционном осетинском обществе // Приоритетные научные направления: от теории к практике. – 2014. – № 12. – С. 27-31.

2. Дзуцев Х.В. Эволюция осетинской семьи и межсемейных отношений. – Владикавказ: Проект–Пресс, 1998. – 270 с.

3. Хетагуров К.Л. Особа. Этнографический очерк // Русские писатели открывают Кавказ. Антология. В 3 томах. Т. 2. – Ставрополь: Изд-во СГУ, 2011. – 768 с.

4. Доева Л.И. Традиционные представления об образах мужчины и женщины в брачно-семейных отношениях в Республике Северная Осетия–Алания // Социальные и психологические проблемы современной семьи. Сб. VII Международной науч. конф. (Владимир, 08-09 ноября 2016 г.) / Отв. ред. М.В. Артамонова. – Владимир: Владимирский государственный университет им. А.Г. и Н.Г. Столетовых, 2016. – С. 140-146.

5. Доева Л.И., Ситников В.Л. Представления мужчин и женщин о ролевой структуре современной семьи (на примере республики Северная Осетия–Алания) // Семья и современный социум. Серия: Семья и дети в современном мире. – СПб.: Социально–гуманитарное знание, 2017. – С. 70-75.

6. Чибиров Л.А. Традиционная культура осетин. – М.: РОССПЭН. 2008. – 710 с.

REFERENCES

1. Dzagurova N.H. Gendernye otnoshenija v tradicionnom osetinskom obshhestve // Prioritetnye nauchnye napravlenija: ot teorii k praktike. – 2014. – № 12. – С. 27-31.

2. Dzucev H.V. Jevoljucija osetinskoj sem'i i mezhsemejnyh otnoshenij. – Vladikavkaz: Proekt–Press, 1998. – 270 s.

3. Hetagurov K.L. Osoba. Jetnograficheskij ocherk // Russkie pisateli otkryvajut Kavkaz. Antologija. V 3 tomah. T. 2. – Stavropol': Izd-vo SGU, 2011. – 768 s.

4. Doeva L.I. Tradicionnye predstavlenija ob obrazah muzhchiny i zhenshhiny v brachno-semejnyh otnoshenijah v Respublike Severnaja Osetija–Alanija // Social'nye i psihologicheskie problemy sovremennoj sem'i. Sb. VII Mezhdunarodnoj nauch. konf. (Vladimir, 08-09 nojabrja 2016 g.) / Otiv. red. M.V. Artamonova. – Vladimir: Vladimirsij gosudarstvennyj universitet im. A.G i N.G. Stoletovyh, 2016. – S. 140-146.

5. Doeva L.I., Sitnikov V.L. Predstavlenija muzhchin i zhenshhin o rolevoj strukture sovremennoj sem'i (na primere respubliki Severnaja Osetija–Alanija) // Sem'ja i sovremennij socium. Serija: Sem'ja i deti v sovremennom mire. – SPb.: Social'no–gumanitarnoe znanie, 2017. – S. 70-75.

6. Chibirov L.A. Tradicionnaja kul'tura osetin. – M.: ROSSPJeN. 2008. – 710 s.

L.I. Doeva¹, V.V. Ilchenko²

ETHNIC FEATURES OF THE FORMATION OF THE PSYCHOLOGICAL SEX OF THE CHILD

¹North-Ossetian State Pedagogical Institute, ²North Ossetian State University, named after K.L. Khetagurov (Vladikavkaz).

Summary: The Understanding of the psychological sex is caused by gender stereotypes – fundamental dimensions, which consist of ideas about the roles and norms of behavior of men and women, and their psychological characteristics, rooted in their native culture. Ideas about masculinity and femininity form a variety of behaviors and ways of thinking of men and women and determine the features of the formation of the psychological sex in children.

Keywords: psychological sex, gender, masculinity, femininity, androgyny.

В.В. Зарецкий¹, В.К. Рябцев², В.В. Ряшина²

**ИНДИКАТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ
РАБОТЫ С ВОСПИТАННИКАМИ, СКЛОННЫМИ К ДЕВИАНТНОМУ
ПОВЕДЕНИЮ, В УЧРЕЖДЕНИЯХ ДЛЯ ДЕТЕЙ-СИРОТ И ДЕТЕЙ,
ОСТАВШИХСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ³**

¹Центр по защите прав детей «Детство», ²Институт изучения детства, семьи и воспитания РАО (Москва).

Резюме. В статье с позиции антропологического подхода в образовании рассматриваются возможности построения системы оценки эффективности профилактической работы с воспитанниками, склонными к девиантному поведению, в учреждениях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. В качестве основания для системы оценки предлагается понятие образовательно-воспитательной среды. Обоснован и описан ряд критериев: целевые ориентиры образования; базовые педагогические позиции и образовательные места встречи детей и взрослых; возрастно-нормативные модели развития в отрочестве и юности и соответствующие им возрастно-сообразные программы педагогической деятельности; культуросообразность; пространства самоопределения субъектов образования и воспитания; со-бытийная детско-взрослая общность как источник и механизм развития человека; насыщенность и структурированность образовательно-воспитательной среды; способы управления образовательно-воспитательной средой и ее проектированием. На основе этих критериев раскрываются индикаторы оценки эффективности профилактической работы.

Ключевые слова: образовательная среда, профилактика, экспертиза, критерии, индикаторы, показатели, дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей, антропологический подход, воспитание, социализация, развитие человека, культуросообразность, возрастно-сообразность, детско-взрослая общность.

Постановка проблемы экспертизы и развития образовательной среды учреждений для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

Учреждения для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, призваны решать задачи воспитательные, реабилитационные, коррекционные, социализирующие и образовательные. Специфика учебно-воспитательного процесса в этих учреждениях такова, что он, во-первых, строится в сложных условиях относительной стабильности контингента воспитанников, неопределенности в сроках пребывания, поставленных задача учреждения – семейного устройства/опекунства/возвращения в кровную семью. Во-вторых, он должен обеспечить

³Статья подготовлена в рамках государственного задания №073-00092-19-00 на 2019 ФГБНУ «ИИДСВ РАО» по проекту «Научные основы семейного и социального воспитания детей и молодежи и педагогическое обеспечение развития воспитания и социализации детей в системе образования»

не только социальную поддержку в узком смысле слова, а и максимально полный процесс социальной реадaptации и воспитания каждого подростка независимо от того, с какой стартовой точки этот процесс будет начат в случае каждого конкретного воспитанника и каков будет последующий этап образования.

Специфическая ситуация этого воспитательного института предопределяет ряд противоречивых моментов, связанных с выстраиванием образовательных процессов и конфигурации образовательной среды.

Во-первых, очевидно, что учреждение для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, является особым социальным институтом, в который подростка направляют органы социальной защиты. Это пространство структурировано определенным административно-целевым, нормативно-предписанным образом [15]. Пребывание в такого рода организации является временным, что накладывает определенные ограничения и предъявляет особые требования к профессионализму и соорганизации сотрудников, работающих в центрах содействия семейному воспитанию, иных учреждениях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, по преобразованию социальной ситуации воспитанников: от беспризорной, несущей угрозу их жизни и здоровью – физическому, душевному, духовному – к ситуации реабилитации и позитивной социализации⁴. Проблема, которая при этом существует в силу относительно кратковременных условий пребывания в данных учреждениях, – это эффективно организовать пространство социальной защиты внешними и внутренними (субъектными) мерами контроля и самоконтроля, обеспечить локальные коррекционно-реабилитационные программы, даже если кадровое и материальное обеспечение при этом находится не на высоком уровне.

Во-вторых, специфика ситуации развития детей, направляемых в учреждения соцзащиты (дети, оставшиеся без попечения родителей и дети-сироты, находящиеся в социально опасной ситуации, дети, имеющие отставание в психическом развитии, имеющие ограниченные возможности здоровья), предполагает, что центральной задачей учреждения становится определение и построение ситуации развития ребенка на основе возрастнo-нормативных моделей развития и возрастнo-ориентированной системы педагогической деятельности. В этом плане, необходимо определить норму не как «среднестатистическое» - очевидно, что сюда направляются дети, по ряду причин уже имеющие отклонения от «средней» нормы, а как то лучшее, что возможно для данного ребенка в данном возрасте. В этом смысле, возраст – это не данность, а заданность - то, что целенаправленно строится в ходе психолого-педагогического, педагогического и социально-педагогического проектирования [6]). Очевидно, что относительно этой центральной задачи - построения оптимальной ситуации развития ребенка на данном возрастном этапе - прочие на-

⁴Позитивная социализация определяется нами как «процесс и результат социализации индивидуума, обуславливающие такое его положение в микросоциуме, которое дает ему возможность развития и максимально полной реализации природных познавательных, творческих и духовных задатков с присвоением (интериоризацией) социокультурных ценностей общества в условиях личностной защищенности» (А.А. Северный. «Кризис мотивации» – проблема подросткового периода // XIV съезд психиатров России. 15-18 ноября 2005 г. (Материалы съезда). М., 2005. – С. 222.

правления деятельности, такие как прохождение реабилитационной и учебной программы, элементы профессиональной подготовки, индивидуальная коррекционная работа и др., являются средствами, но никак не самоцелью.

В-третьих, педагогически доказано, что важнейшим условием для успешной позитивной социализации, становления и развития является то, в какие социальные практики, сообщества, деятельностные режимы, культурно-образовательные пространства включается подросток, а это, в свою очередь, предполагает многообразие образовательных институтов и программ образования ([1, 6, 7, 8, 10, 16 и др.]). Проектирование учреждения для детей-сирот и детей оставшихся без попечения родителей, прежде всего, как образовательного и воспитательного становится актуальным в связи с дефицитом воспитательного потенциала детских организаций, системы профилактической и воспитательной работы в образовательных организациях и по месту жительства воспитанников.

Социальная ситуация развития современных детей и подростков, склонных к девиантному поведению, конфигурируется на основе следующих отношений между подростком и взрослыми, подростком и сверстниками:

- взаимоконфликты и иерархизация по негативу (отрицательные авторитеты) в отношениях между подростком и взрослыми;
- доминирование силы и агрессии в отношениях между сверстниками;
- недостаточность или отсутствие условий позитивной самореализации, включенности в социально-позитивные деятельности;
- преобладание мотивации избегания наказаний над прочими видами мотивации и так далее.

В этом контексте среда учреждения для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, должна строиться как решающая задачи прежде всего реабилитации воспитанников - реабилитации, которая ориентирована на:

- утверждение достоинства каждого ребенка;
- восстановление отношений доверия, сотрудничества, со-дружества между детьми и взрослыми, между сверстниками;
- построение перспективных линий развития;
- включение ребенка в позитивные виды деятельности.

При этом сверхзадача для построения условий реабилитации и ресоциализации воспитанника – это развитие человека во всей полноте его сущностных способностей – становления его субъектности в деятельности, личностного позиционирования в общности, рефлексивного сознания.

Помимо этого на современном этапе само учреждение для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, стремится занимать активную позицию, направленную на изменение самой социокультурной ситуации – профилактику безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних. Профилактика здесь понимается нами не только в узком смысле специализированных мероприятий для локальной целевой группы, а как целостная система деятельности по ре-социализации и воспитанию человека, субъектом которой выступает детско-взрослая со-бытийная образовательная общность учреждения для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

Таким образом, представляется актуальной задачей проектирование среды

учреждения для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, прежде всего как образовательной.

Образовательная среда в последние годы является одной из актуальных тем в современной педагогике и педагогической психологии. Ее рассмотрение осуществляется авторами с позиций системно-деятельностного, культурно-исторического, антропологического подходов. Рассматриваются педагогические условия проектирования вариативной образовательной среды [11], образовательная среда как развивающая субъектность учащегося [12]), возможности образовательной среды школы для развития учебной успешности [18], строится модель коррекционно-развивающей среды как условия ресоциализации подростков делинквентного поведения [9], развитие социокультурной сферы территории средствами образования [10, 11, 14]), образовательная среда в контексте развивающего и развивающегося образования [6]. Большое внимание в последние годы уделяется проблеме обеспечения психологической безопасности образовательно-воспитательной среды [2, 3, 17], В то же время, отсутствуют работы по психолого-педагогическому проектированию и экспертизе развивающей образовательной среды учреждений для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, склонных к девиантному поведению. С нашей точки зрения, наиболее эвристичным здесь является антропологический подход в образовании.

Образовательная среда – совокупность образовательных и воспитательных ресурсов, организованных и структурированных для решения задач развития человека. Образовательная среда не существует как нечто естественно-природное, натуральное, а есть предмет целенаправленной педагогической деятельности. Профессионально-деятельностное понимание позволяет установить ее «края», которые фиксируются, с одной стороны, предметностями культуры, определяющими тип образования, а с другой, целями и задачами относительно развития человека, задачами обучения, воспитания и ресоциализации воспитанников. Образовательная среда задается через 1) образовательное пространство и типологию образовательных и воспитательных ресурсов; 2) совокупность образовательных деятельностей - основных и дополнительных; 3) систему взаимосвязей и отношений между образовательными институтами и образовательными процессами. Она характеризуется двумя показателями: насыщенность (ресурсный потенциал образования) и структурированность ресурсов в границах заданного пространства образования. В пределе, говоря о режиме саморазвития как о будущей позитивной перспективе воспитанников, растущий человек самостоятельно может структурировать окружающее его пространство как определенную образовательную среду.

Образовательная среда центрирует в себе и цели, и содержание, и организацию образования в конкретной социокультурной ситуации, в которой учреждение строит свою образовательную деятельность и работу по профилактике безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних, определяет вектор и состав становящихся в образовании способностей и качеств воспитанника.

Очевидно, в современной социокультурной ситуации образование в учреждениях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, должно строиться как развивающее и развивающееся. Только в этом случае возможно будет

успешно решать и специальные задачи коррекции, и ставить задачи в целом – максимального развития способностей человека, создания позитивно-ориентированного детского коллектива, построения региональной и федеральной системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних на основе активной субъектной позиции учреждений. Для этого образование должно быть культурно-сообразным и ориентированным на приобщение воспитанников к культурному наследию и воспитание их как активных субъектов культуры, социальной жизни: выступать процессом становления человека как культуросообразного существа и процессом творения им новых предметных форм культуры. Эти два полюса – предметности культуры (в широком смысле) и внутренний мир, родовые способности человека – в их взаимном полагании в образовательном процессе – как раз и задают границы содержания образовательной среды и ее состав. В этом смысле можно утверждать, что образовательная среда всегда конфигуративна, и ее границы определяются полюсами предметностей: предметностью осваиваемой культуры (как специфичного образовательного ресурса), задающей тип образования, и предметностью целей и задач развития человека, задающих вектор образования и требующих для своего решения именно данного ресурса. Следовательно, чем большее число содержательных фрагментов культурной деятельности (наука и искусство, религия и политика, театр и киностудия, экологическая экспедиция и производительный труд) будет преобразовано в образовательный ресурс, тем более богатой по составу будет образовательная среда, решающая задачи позитивной ресоциализации, профилактики девиантного поведения и развития детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

В этом контексте – построения развивающего и развивающегося образования, с одной стороны, и развития образовательной среды учреждения для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, как субъекта профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних – необходимо определить индикаторы эффективности профилактической работы с воспитанниками, склонными к девиантному (или асоциальному) поведению в учреждениях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

Понятие программы экспертизы

Всякая программа опирается на **проект организации деятельности людей**, который носит открытый характер, то есть обеспечивает возможность включения в программу новых субъектов. Это является принципиально важным моментом для построения любой программы развития (образования, здравоохранения и т. д.) [11], в том числе и профилактических программ на основе развития образовательной среды учреждений для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

Программа экспертизы образовательной среды в этом контексте является первым шагом деятельности по анализу ситуации, поскольку на основе определения круга концептуальных идей по реализации концепции профилактики детской безнадзорности и девиантного поведения строится система критериев, показателей и индикаторов экспертизы эффективности профилактической работы в учреждении, на основе которой на следующем шаге станет возможна разработка профилактической программы при развитии образовательной среды.

В этом контексте, оценка эффективности профилактической работы на основе экспертизы образовательной среды учреждения для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, позволит осуществить следующие действия: провести анализ социокультурной и образовательной ситуации, описать и проанализировать практические проблемы и противоречия, связанные с организацией образовательной среды учреждения, наметить конкретные способы решения обозначенного круга практических проблем, определить категории участников программы (коллективных и индивидуальных, действующих и потенциальных) и способы их соорганизации, а также определить реальные, потенциальные и недостающие ресурсы для реализации программы (кадровые, организационные, временные, научные, технологические, интеллектуальные, волевые, материально-технические, коммуникационные, правовые и др.).

Экспертиза представляет собой прежде всего качественную оценку ситуации на основе определенной критериальной базы. Это предполагает определение круга концептуальных идей – ценностно-смысловых оснований для разработки критериев экспертизы.

Критерии экспертизы образовательной среды как основа для оценки эффективности профилактической работы

На основании ценностно-смысловых оснований антропологии образования [4, 5, 10, 12, 13, 14, 17] оценку эффективности профилактической работы в учреждениях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, на наш взгляд, можно строить в следующей логике: анализ потенциала образовательной среды учреждения для развития ребенка/подростка как самостоятельного, здорового человека, стремящегося к духовному, нравственному, умственному и физическому совершенству, и развития самого учреждения как субъекта региональной системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних и субъекта социокультурной сферы региона в целом.

Общее представление об образовательной среде в рамках антропологии образования: образовательная среда задается предметностями культуры, с одной стороны, и целями и задачами развития человека в образовании, с другой. Из этого общего понимания следуют такие ценностно-смысловые основания, как:

1) целевые ориентиры образования, нормированные (уровень представлений, уровень компетентностей) и ненормированные (уровень психологического здоровья, уровень созидательный, уровень служения) образовательные цели;

2) базовые педагогические позиции и образовательные места встречи детей и взрослых (культурные и бытийные педагогические позиции, ориентированные либо на воспроизводство культуры и уклада жизни взрослых, либо на утверждение самобытности воспитанника) реализующие базовые образовательные процессы - выращивания жизнеспособного человека, формирования специальных способностей, обучения всеобщим способам деятельности, воспитания всечеловеческого в человеке);

3) возрастно-нормативные модели развития в отрочестве и юности и соответствующие им возрастно-сообразные программы педагогической деятельности (становление субъекта собственной учебной деятельности, определяющей и синтезирующей формы рефлексии и переход от ролевого поведения к личност-

ному позиционированию как ведущие новообразования, проектная и исследовательская деятельность как ведущий тип деятельности у подростков и юношей);

4) культуросообразность образовательной среды, понимаемая как способы преобразования культурного содержания в образовательное в соответствии с целями и задачами развития;

5) пространства самоопределения субъектов образования – ситуативное, социальное, культурное, экзистенциальное – как способ реализации личностной и деятельностной позиции в образовательной среде;

6) со-бытийная детско-взрослая общность как источник и механизм развития человека, для построения которой необходимо два типа оснований: ценностно-смысловое (наличие понимаемых, переживаемых и разделяемых всеми участниками общности ценностей и смыслов их совместности) и целевое (наличие общей цели деятельности, принятой всеми участниками как собственной, относительно которой в зависимости от возраста воспитанников и типа деятельности выстраиваются совместная, совместно-распределенная и совместно-сопряженная деятельности педагогов, воспитателей и воспитанников);

7) насыщенность и структурированность образовательной среды как основные ее характеристики;

8) способы управления образовательной средой и ее проектированием, определяющие единообразие, разнообразие, либо вариативность образовательной среды как единство многообразия на основе общей ценностной линии.

Программа анализа образовательной среды учреждения для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, по предложенным критериям предполагает качественный анализ экспертируемых материалов и оценку в соответствии с показателями по каждому критерию (от 1 до 5 баллов). Содержательная характеристика балльной оценки критериев и описание материалов, которые должны быть представлены для анализа по каждому критерию, представлены в табл. 1.

Таблица 1.

Индикаторы эффективности профилактической работы на основе экспертизы образовательной среды учреждения для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

№	Критерий	Индикаторы (содержательная характеристика балльной оценки критериев)	Показатели (что анали- зируется)
1.	Определе- ние задач развития. Позволяет составить представле- ние об уров- не полагания образова- тельных це- лей (норми- рованные уровни: уро- вень пред- ставлений,	1 балл. Задачи формулируются в общем виде как отдельные представления, навыки, нормы, ценности, с которыми необходимо познакомить воспитанника.	1)образова- тельная про- грамма уч- реждения 2)программа развития уч- реждения
		2 балла. Задачи формулируются как отдельные представления, навыки, нормы, ценности, с которыми необходимо познакомить воспитанника. Задачи определяются как компетентности, нормативно оформленные – знания, умения, требуемые ФГОС, нормы общежития, полезные привычки. Центральной задачей является формирование функциональной грамотности, компетентностей и социальной адаптации.	
		3 балла. Формирование функциональной грамотности, компетентностей и социальной адаптации. Центральной задачей является воспитание жизненного	

	уровень компетентностей, ненормированные уровни: уровень психологического здоровья, уровень целей созидания, уровень целей служения) как задающих ценностно-смысловую ориентацию образовательной среды.	и трудолюбия, любознательности, и человеколюбия как сущностных человеческих качеств и показателей психологического здоровья. 4 балла. Формирование функциональной грамотности, компетентностей и социальной адаптации. Воспитание жизнелюбия, и трудолюбия, любознательности, и человеколюбия как сущностных человеческих качеств и показателей психологического здоровья. Центральной задачей является воспитание созидателя через творчество, мастерство, социальное служение, создание авторских проектов высокого уровня в профессиональной и социальной сферах. 5 баллов. Формирование функциональной грамотности, компетентностей и социальной адаптации. Воспитание жизнелюбия, и трудолюбия, любознательности, и человеколюбия как сущностных человеческих качеств и показателей психологического здоровья. Воспитание созидателя через творчество, мастерство, социальное служение, создание авторских проектов высокого уровня в профессиональной и социальной сферах. Центральной задачей является установка воспитания на высшие образцы служения: героизм, справедливость, праведность.	
2	Культуросообразность образовательной среды. На основе анализа выстраивания учреждением собственных традиций позволяет дать качественную оценку тому содержанию культуры, которое втягивает учреждение для решения задач развития и достижения поставленных образовательных целей.	1 балл. Специфические традиции учреждения отсутствуют. Календарь праздников и мероприятий совпадает с общегражданскими и местными праздниками, выполнением программ воспитательной работы и профессиональной подготовки. Имеется собственная атрибутика учреждения – эмблема. Учреждение действует в рамках утвержденных программ и сложившегося уклада. Педагогический состав и администрация не определяются как носители культурных оснований в образовательном процессе. Культуросообразное содержание образования представлено в виде упрощенных стереотипных общедоступных образцов. 2 балла. Специфические традиции учреждения отсутствуют. Традиции связаны с наличием собственных вариантов сценариев общегражданских праздников, мероприятий учреждения. Имеется собственная атрибутика учреждения – эмблема, знамя, гимн. Традиции и атрибутика формально соотносены с определенными культурными основаниями и образовательными целями. Носителями культурной традиции являются отдельные представители администрации и отдельные педагоги, воспитатели. Проводится отбор культуросообразного содержания образования, на основании которого воспитанник будет способен отличить подлинные образцы культуры от упрощенных. 3 балла. Имеются собственные традиции в виде авторских оригинальных сценариев общегражданских праздников. Имеются собственные традиции мероприятий на уровне учреждения, мероприятий групп	1) программа воспитательной работы 2) сценарии мероприятий: а) учреждения; б) класса; в) группы воспитанников 3) видеозапись (наблюдение): а) праздника; б) мероприятия; в) профилактического занятия; г) работы в мастерской; д) коррекционно-развивающего группового занятия; е) занятия в кружке дополнительного образо-

	пы, отряда. Имеется собственная атрибутика учреждения – эмблема, знамя, гимн. Имеется собственная форма. Традиции и атрибутика формально соотносены с определенными культурными основаниями и образовательными целями. Носителями культурной традиции являются администрация, отдельные педагоги и воспитатели. Культурное содержание образования включает подлинные сложные многоуровневые образцы. 4 балла. Имеются собственные традиции в виде авторских оригинальных сценариев общегражданских праздников. Имеются собственные традиции мероприятий на уровне учреждения, мероприятий класса, группы, отряда, связанные с организацией учебной и воспитательной работы, профессиональной подготовки, жизни детского сообщества. Имеется собственная атрибутика учреждения и подразделений (групп, отрядов) – эмблема, знамя, гимн, девиз, форма, статусы, знаки различия. Имеется ситуативная атрибутика (для отдельного мероприятия, выполнения отдельной задачи, отдельного направления деятельности). Традиции и атрибутика соотносены с определенными культурными основаниями, образовательными целями и задачами развития, при этом понимание культурных оснований может носить эклектичный и поверхностный характер. Носителями культурной традиции являются педагоги, воспитатели, администрация и отдельные группы воспитанников. Культурное содержание образования включает не только сложные подлинные образцы, но и понимание социокультурного контекста, в котором эти образцы были сформированы. 5 баллов. Имеются собственные традиции в виде авторских оригинальных сценариев общегражданских праздников. Имеются собственные традиции мероприятий на уровне учреждения, мероприятий класса, отряда, группы, связанные с организацией учебной и воспитательной работы, профессиональной подготовки, жизни детского сообщества. Имеется собственная атрибутика учреждения и подразделений (классов, отрядов) – эмблема, знамя, гимн, девиз, форма, статусы, знаки различия. Имеется ситуативная атрибутика (для отдельного мероприятия, выполнения отдельной задачи, отдельного направления деятельности). Традиции и атрибутика соотносены с определенными культурными основаниями, образовательными целями и задачами развития, ориентированы на лучшие образцы отечественной и мировой культуры, традиционные религии, этнорелигиозную специфику региона. Носителями культурной традиции являются все педагоги, администрация и коллектив воспитанников. Учреждением построен широкий спектр социальных коопераций, позволяющих привлекать представителей культурной традиции. Культурное содержание образования предполагает	вания 4) анализ творческих работ воспитанников
--	---	--

		создание авторских образцов на основе погружения в культурное наследие.	
3	Насыщенность образовательной среды. Позволяет проанализировать потенциал образовательной среды для построения основных образовательных процессов (выращивания жизнеспособного человека, формирования специальных способностей, обучения всеобщим способам деятельности, воспитания всечеловеческого в человеке. Культурная инициатива отсутствует.	1 балл. Образовательная среда бедная с точки зрения целей и задач развития воспитанников и реализации основных образовательных процессов: выращивания жизнеспособного человека, формирования специальных способностей, обучения всеобщим способам деятельности, воспитания всечеловеческого в человеке. Культурная инициатива отсутствует. 2 балла. Образовательная среда формально соответствует учебным и воспитательным программам учреждения. Представления об образовательной среде сужены до предметно-пространственной среды учреждения. Культурные образцы представлены в форме упрощенных стереотипов. Образовательная среда направлена на решение формальных задач знакомства с культурным наследием. Культурная инициатива отсутствует. 3 балла. Образовательная среда насыщена подлинной культурной предметностью, способной вызвать эмоционально окрашенное ценностное отношение. Образовательная среда обеспечивает процесс погружения в культурное наследие и освоение культурных образцов деятельности (например, наличие музея, хорошо укомплектованной библиотеки, мастерской, музыкальных инструментов и др.). Культурная инициатива направлена на знакомство и воспроизводство культурного наследия. 4 балла. Образовательная среда насыщена подлинными сложными образцами культурного наследия из различных жизненно значимых областей человеческой жизнедеятельности. Ориентирована не только на знакомство с культурным наследием, но и на развитие творческой инициативы воспитанников, педагогов и воспитателей. Культурная инициатива направлена на формирование творческого созидательного отношения. 5 баллов. Насыщенная образовательная среда, способная обеспечить решение задач развития воспитанников. Образовательная среда задается не границами учреждения, а границами культурного наследия региона, страны, мира. Культурная инициатива направлена на создание новых культурных образцов.	1) программа развития учреждения 2) программа воспитательной работы учреждения 3) программа воспитательной работы подразделения 4) программа профилактической работы 5) учебные программы 6) программы дополнительного образования 7) программы профориентации/профподготовки 8) программы коррекционно-развивающей работы 9) договоры о сотрудничестве и проведении совместных акций и программ с учреждениями образования, культуры, спорта и др. 10) локальные нормативные акты 11) видео- и фото-отчеты о мероприятиях на сайте учреждения 12) педагогические проекты
4	Структурированность	1 балл. Культурное содержание структурировано в рамках учебной и воспитательной программы	1) программа воспитатель-

образова- тельной среды. Позволяет проанализировать образовательную среду учреждения с точки зрения полноты образовательных мест встречи воспитанников с различными педагогическими позициями взрослых («умельца», «учителя», «родителя», «мудреца»), необходимыми для обеспечения основных образовательных процессов, а также определить инфраструктуру внешних связей учреждения с другими субъектами системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних в регионе.	(учебных предметов, отдельных воспитательных мероприятий). Создано одно-два образовательных места встреч одной-двух педагогических позиций с воспитанниками (как правило, педагогической позиции «умельца» в форме «мастерской»). 2 балла. Культурное содержание структурировано учебной и воспитательной программой, включая систему дополнительного образования (кружки, студии), обеспечивает знакомство с культурными образцами и нормами деятельности. Созданы два-три образовательных места встреч двух-трех педагогических позиций с воспитанниками (например, с педагогической позицией «учителя» – в форме класса и лаборатории; с педагогической позицией «умельца» – в форме лаборатории и производства). 3 балла. Культурное содержание структурировано учебной и воспитательной программой, системой дополнительного образования и инфраструктурой образовательных мест внутри учреждения, в которых ведется проектная, исследовательская и творческая работа. Создана локальная система образовательных мест, в которых реализуются встречи основных педагогических позиций («родитель», «умелец», «учитель», «мудрец») с воспитанниками. Педагоги не могут дифференцировать, в какой педагогической позиции они встречаются с воспитанниками. Как правило, педагоги и воспитатели реализуют формальные административные позиции (например, «педагог-предметник», воспитатель – организатор кружка). 4 балла. Культурное содержание структурировано учебной и воспитательной программой, системой дополнительного образования, инфраструктурой «образовательных мест» внутри учреждения, в которых ведется проектная, исследовательская и творческая работа. Реализуются культурно-образовательные проекты учреждения. Сформирована структура совместного ученического и педагогического самоуправления (например, «Школа мастеров», ежегодное мероприятие по подведению итогов и личностному, профессиональному, учебному самоопределению на ближайший год и др.). Реализуются индивидуальные образовательные маршруты на основе соорганизации участников образовательного процесса. Созданы образовательные места встреч всех педагогических позиций взрослых с воспитанниками (с педагогической позицией «родителя» – например, в форме детско-взрослого лагеря и атмосферы «общего дома»; с педагогической позицией «мудреца» – например, в форме доверительной беседы, исповеди, встречи с уважаемым человеком; с педагогической позицией «учителя» – например, в форме проблемно-проектных учебных занятий, экспериментальных лабораторий; с педагогической позицией	ной работы учреждения 2) программа профилактической работы 3) программа воспитательной работы подразделения 4) программы индивидуальных образовательных маршрутов 5) учебно-воспитательные программы 6) программы дополнительного образования 7) программы профориентации/профподготовки 7) программы коррекционной-развивающей работы 9) договоры о сотрудничестве и проведении совместных акций и программ с учреждениями образования, культуры, спорта и др. 10) локальные нормативные акты 11) видео- и фото-отчеты о мероприятиях на сайте учреждения 12) педагогические проекты
--	--	--

		«умельца» – например, в форме производственной мастерской, тематического кружка). 5 баллов. Культурное содержание структурировано учебной и воспитательной программой, системой дополнительного образования, инфраструктурой «образовательных мест» внутри учреждения. Реализуются культурно-образовательные проекты учреждения. Сформирована структура совместного ученического и педагогического самоуправления (например, «Школа мастеров», ежегодное мероприятие по подведению итогов и личностному, профессиональному, учебному самоопределению на ближайший год и др.). Реализуются индивидуальные образовательные маршруты на основе соорганизации участников образовательно-воспитательного процесса. Сформирована инфраструктура образовательных мест за пределами учреждения: экспедиции, детские лагеря, спортивные соревнования, проекты восстановления объектов культурного наследия, волонтерские проекты и др., а также на основе реализации региональных социокультурных проектов. Создана педагогическая система базовых образовательных мест встреч всех педагогических позиций взрослых с подростками и с юношами (с педагогической позицией «родителя» – например, в форме семейного/детско-взрослого лагеря и атмосферы «общего дома»; с педагогической позицией «мудреца» – например, в форме доверительной беседы, исповеди, встречи с уважаемым человеком; с педагогической позицией «учителя» – например, в форме проблемно-проектных учебных занятий, экспериментальных лабораторий; с педагогической позицией «умельца» – например, в форме производственной мастерской, тематического кружка).	
5	Воспитанник как ресурс образовательной среды (делеги́рование ответственности). Позволяет проанализировать такой аспект образовательной среды, как субъектность – становление воспитанника субъектом собственной деятельности - в контексте пространств	1 балл. Ситуативное самоопределение. Воспитанник как субъект собственных действий (не всегда адекватных образовательному процессу и правилам жизнедеятельности учреждения). Локальные ситуации делегирования ответственности воспитанникам в виде исполнения поручений. 2 балла. Социальное самоопределение. Воспитанник – субъект чужой деятельности (учебной, бытовой, производственной). Ответственность воспитанника связана с его статусом и ролью в учебном, социально-бытовом и производственном процессе. Делегирование ответственности связано с самостоятельной постановкой и ответственным выполнением воспитанником отдельной задачи. 3 балла. Воспитанник - субъект совместно-распределенной деятельности. Делегирование воспитаннику ответственности по организации коммуникации в команде для решения конкретных учебных, социально-бытовых, производственных, творческих, проектных и др. задач. 4 балла. Воспитанник - субъект собственной деятельности в учреждении на основе сложившихся видов деятельности (учеба, быт, производство,	1) программа воспитательной работы учреждения 2) программа профилактической работы учреждения 3) Положение об ученическом самоуправлении (самоуправлении) 4) Положение о детской общественной организации на базе учреждения 5) программы и проекты

	самоопределения: ситуативного, социального, культурного, экзистенциального. Развитие субъектности воспитанника понимается как ресурс развития самой образовательной среды и может быть прослежена через характеристику делегирования ответственности воспитанникам в различных сферах жизнедеятельности.	спорт, творческая деятельность и др.). Способен ставить перед собой собственные учебные, социальные и производственные задачи. Делегирование ответственности воспитаннику по разработке собственного проекта. 5 баллов. Воспитанник - субъект собственной социальной и культурной деятельности. Способен ставить перед собой социально-значимые, исследовательские, проектные и творческие задачи, нести ответственность за выполнение поставленных задач. Является образцом для других. Делегирование ответственности воспитаннику по организации социально-значимой проектной деятельности (учебная, социальная, производственная, проектная, исследовательская, творческая и др.).	дополнительного образования 6)собеседование с воспитанниками 7)собеседование с воспитателями 8)собеседование со специалистами 9)локальные нормативные акты
6	Детско-взрослая общность как субъект организации деятельности в образовательной среде (ценностные и целевые основания). Позволяет проанализировать потенциал образовательной среды для развития ценностных и целевых оснований детско-взрослой общности как субъекта учебной, воспитатель-	1 балл. Формальные группы: ценностно-смысловые основания и способы организации совместной деятельности задаются внешним образом – например, нормативными предписаниями. 2 балла. Группы для реализации совместной деятельности: ценностно-смысловые целевые ориентиры задаются внешним образом (например, поручение взрослого детской группе или выполнение учебного или социально-значимого задания) - а целевые ориентиры определяются внутренним локусом (способ организации совместной работы воспитанники определяют сами). 3 балла. Группы по интересам: общие ценностно-смысловые основания определяются внутренним локусом (например, воспитанники разделяют общие ценности работы в кружке, секции, мастерской, социально-значимом мероприятии), но способ их работы определяется внешним образом (предписывается статусом или функционалом) - например, детские проектно-исследовательские работы. 4 балла. Проектные сообщества: внутренний локус заданности цели и способов организации, при этом ценности образования могут отсутствовать. Например, совместная подготовка и проведение новогодней дискотеки, календарного праздника и др. 5 баллов. Образовательная общность, реализующая ценностно-смысловой контур саморазвития всех своих участников в пространстве образования: об-	1)программа профилактической работы учреждения 2)программа воспитательной работы учреждения 3)программа воспитательной работы подразделения 4)программы индивидуальных образовательных маршрутов 5)учебно-воспитательные программы 6)программы дополнительного образования 7)программы

	ной и реабилитационной работы, а также способы организации совместной распределенной деятельности в детско-взрослой общности.	наруживает проблемы в организации совместной деятельности и проектирует различные формы совместной деятельности по наращиванию ресурсов саморазвития.	профоринта та-ции/профподготовки 7)программы коррекцион-но-развивающей работы 8)анализ проектных, исследова-тельских и творческих работ воспи-танников
7	Развитие проектов детско-взрослой общности в образовательной среде. Позволяет оценить потенциал образовательной среды для становления учреждения субъектом образовательной и социокультурной инициативы.	1 балл. Проектирование образовательного события (нельзя сводить к мероприятию). Должно быть сопряжено с ценностно-смысловым основанием общности и возможностью его реализации через собственные действия. Например, занятие, организованное как образовательное событие, может существенно повысить эффективность образовательного процесса, раскрывая личностный потенциал воспитанника. 2 балла. Построение воспитательной деятельности в учебном проекте или воспитательном мероприятии. Последовательность спроектированных образовательных событий может рассматриваться как способ организации учебной (а также воспитательной, профилактической, коррекционной) деятельности, а ее рефлексивное оформление позволяет педагогу, воспитателю выйти на авторскую программу. 3 балла. Построение совместной деятельности в социальном проекте. Основанием для разработки социального проекта являются результаты творческой и учебно-воспитательной деятельности. Педагог вместе с детьми проектирует пространство дальнейшей «жизни» полученных продуктов: кому они нужны, кому адресованы, позволяют ли решить проблему определенной социальной группы. 4 балла. Организация совместной деятельности в образовательном проекте. Образовательный проект по смыслу связан с освоением определенной деятельности. Например, решение задач профилактики употребления ПАВ может быть связано с созданием собственной телестудии, газеты, журнала, театральной студии в рамках деятельности которой необходимо организовать различные типы работ, что позволит воспитанникам открывать и осваивать новые способы и приемы их организации. 5 баллов. Проектирование образовательного профиля в учреждении как способа вхождения и собственного позиционирования всех участников образовательной общности в определенной культурной	1)программа профилактической работы учреждения 2)программа воспитательной работы учреждения 3)программа воспитательной работы подразделения 4)учебно-воспитательные программы 5)программы дополнительного образования 6)программы профоринта та-ции/профподготовки 7)программы коррекцион-но-развивающей работы 8)анализ проектных, исследова-тельских и творческих работ воспи-танников 9)конспект и

		традиции. Проектирование сообществом образовательной программы учреждения и ее инфраструктуры, реализующей культурные ценностно-смысловые основания.	видеозапись урока 10) программы детско-взрослых проектов, реализуемых в учреждении (социальных, культурных, спортивных, производственных и др.) 11) авторские программы учебной, воспитательной, профилактической, коррекционно-развивающей, профориентационной, социальной работы
8	Способ управления образовательной средой и ее проектирования. Позволяет проанализировать тип управления образовательной средой: административно-целевой или проектно-проблемный, способ ее организации по принципу единообразия/разнообразия/вариативности; позволяет определить позицию и инфраструктуру	1 балл. Тип связей и отношений задается административно; они имеют идеологически-целевой характер и определяются одним субъектом, как правило, администрацией. Проектирование среды носит административно-целевой характер. В ряде ситуаций связи и отношения в педагогическом сообществе могут иметь конкурирующий характер, так как происходит борьба заразного рода ограниченные ресурсы учреждения, результатом чего является практическая невозможность создания масштабных целевых проектов и программ. 2 балла. Образовательная среда носит выраженный единообразный характер. Общий способ управления – административно-целевой с единичными проблемно-проектными инициативами педагогов, воспитателей (например, в ходе организации отдельных мероприятий). 3 балла. Многообразная образовательная среда. Администрация инициирует и поддерживает появление проектных инициатив, которые при этом не всегда согласованы между собой и не всегда соответствуют актуальным задачам и конкретным ситуациям развития воспитанников. 4 балла. Вариативная образовательная среда закрытого характера. Управление средой реализуется как баланс административно-целевого и проблемно-проектного способов управления. Вопрос о характере связей и отношений решается как задача консолидации разных ресурсов внутри учреждения при	1) программа развития учреждения 2) соглашения, договоры о сотрудничестве, программы совместных проектов с социальными партнерами 3) видео-и фотоматериалы на сайте учреждения о совместных проектах с социальными партнерами

	ру внешних связей учреждения как субъекта системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних в регионе.	построении общих программ ресоциализации и воспитания, обеспечивающих развитие человека. Учреждение не является субъектом разработки программ развития системы профилактики безнадзорности и девиантного поведения в регионе, занимая позицию участника административно-назначенных программ или стихийно возникающих инициатив. 5 баллов. Вариативная образовательная среда открытого характера. Управление средой реализуется как баланс административно-целевого и проблемно-проектного способов управления. Вопрос о характере связей и отношений решается как задача консолидации разных ресурсов при построении общих программ ресоциализации и воспитания, обеспечивающих развитие человека, системы профилактики безнадзорности в регионе. Здесь характер связей и отношений определяется субъектами - участниками образовательной деятельности; в качестве таких субъектов могут выступить педагоги, представители региональных органов социальной защиты, управления образования, внутренних дел, представителей социокультурной сферы, общественные организации, производства, администрация района и др. Развитие образовательной среды связано с разработкой и реализацией культурно-образовательных региональных и всероссийских проектов, наращиванием внешних связей для решения задач развития воспитанников. Образовательная среда формирует потенциал для решения задач служения.	
--	---	--	--

Заключение. Разработанная система оценки эффективности профилактической работы на основе экспертизы образовательной среды учреждений для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, предполагает организацию специальной работы по реализации экспертизы – а именно: следующий ряд шагов.

1. Проведение экспертизы на базе 3-5 учреждений в пилотажном режиме: дистанционно (анализ материалов сайта) и с выездом в учреждение, проведением анализа документов (образовательных программ, сценариев, отчетов, прочих материалов), наблюдения и интервью (посещения занятий и мероприятий, собеседования с субъектами образовательного процесса), фокус-групп.

2. Уточнение критериев экспертизы.

3. Разработка при необходимости дополнительных опросников, анкет, плана сбора данных по отдельным направлениям экспертизы. Разработка методических рекомендаций по применению пакета диагностических материалов экспертизы образовательной среды учреждения.

4. Проведение полномасштабной экспертизы образовательной среды учреждения.

5. Обобщение результатов и составление «дефектной ведомости» - выявленных проблем – и «дорожной карты» проектирования условий развития образовательной среды учреждения.

6. Определение направлений сопровождения педагогических коллективов учреждений по проектированию развивающей образовательной среды на основе создания сети инновационных и стажировочных площадок.

7. Разработка и реализация проблемно-проектных семинаров в рамках работы инновационной/стажировочной площадки.

8. Разработка и реализация программ повышения квалификации педагогов по проектированию развивающей образовательной среды, как очно, так и в дистанционной форме.

9. Разработка образовательной программы дополнительного профессионального образования для подготовки экспертов образовательной среды учреждения на основе полученных результатов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аксенова Г.И. и др. Русская литература как важнейший источник формирования духовно-нравственных качеств несовершеннолетних осужденных // Роль духовенства в реабилитации и социальной адаптации. – Сборник материалов. – 2016.

2. Габер И.В., Зарецкий В.В. Методологические и теоретические основания обеспечения психологической безопасности образовательно-воспитательной среды. // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2019 (19). - № 2. – С. 121-131.

3. Гусова А.Д., Дубова Е.В., Ряшина В.В. Изучение и профилактика неблагоприятных эмоциональных состояний у современных подростков в ходе разработки культурно-образовательных проектов // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2018 (18). - № 3. – С. 75-81.

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

5. Зарецкий В.В., Булатников А.Н. Регламентация профилактической антинаркотической деятельности в образовательной среде – обеспечение системности // «Профилактика зависимостей». -2015. - № 2. – С. 82-122.

6. Исаев Е.И., Слободчиков В.И. Основы психологической антропологии. Т. 3. «Психология образования человека. Становление субъектности в образовательных процессах». – М.: Изд. ПСТГУ, 2013.

7. Леонова Е.В. Становление субъектности в нормативных возрастных и образовательных кризисах. Автореф...докт. психол. наук. – М.: ФГБНУ «ИИД СВ РАО», 2017.

8. Мардахаев Л.В. Субъектность воспитания подрастающего поколения: теоретические основы воспитания. // Профилактика зависимостей. – 2019. - № 2 (18). – С.1.

9. Москвина Е.В. Коррекционно-развивающая среда специального учебно-воспитательного учреждения как условие ресоциализации подростков делинквентного поведения // Проблемы воспитания. – 2016. - № 2.

10. Национальная доктрина образования Российской Федерации. Слободчиков В.И., Остапенко А.А. и др. Проект / Под научн. ред. В.И. Слободчикова. – Екатеринбург, 2018.

11. Портянская Л.Л. Проектирование условий развития вариативной образовательной среды в муниципальном округе мегаполиса. – Автореф.... канд. пед. наук. – М.: ИПИ РАО, 1996.

12. Рубцов В.В., Ивошина Т.Г. Проектирование развивающей образовательной среды школы. – М., 2002.

13. Рябцев В.К., Ряшина В.В. Разработка культурно-образовательного проекта как технология развития детско-взрослой событийной образовательной общности (методические рекомендации) // Профилактика зависимостей.. – 2015. - № 2. – С.1.

14. Рябцев В.К., Ряшина В.В., Бояринцева А.В. Антропопрактика воспитательной деятельности // Социальная педагогика в России. – 2018. - № 1. – С.40-44.

15. Федеральный Закон от 24.06.1999 № 120-ФЗ (ред. от 07.06.2017) «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» http://www.lexed.ru/search/detail.php?ELEMENT_ID=1297&q=

16. Фортова Л.К. и др. Формирование лидерских качеств - важное условие преодоления лиминального поведения несовершеннолетних // Глобальный научный потенциал: педагогика и психология. – 2017. - № 9.

17. Шувалов А.В. Очерки психологии здоровья: мировоззренческий, научный и практический аспекты. - М.: Чистые пруды, 2009. - 32 с.

18. Ясвин В.А., Рыбинская С.Н. Влияние характеристик школьной среды на учебные достижения учащихся // Известия Саратовского университета. – 2015. - № 2. – С. 68.

REFERENCES

1. Aksenova G.I. i dr. Russkaja literatura kak vazhnejšij istočnik formirovani-ja duhovno-nravstvennyh kachestv nesovershennoletnih osuzhdennyh // Rol' duhovenstva v rehabilitacii i social'noj adaptacii. – Sbornik materialov. – 2016.

2. Gaber I.V., Zareckij V.V. Metodologičeskie i teoreticheskie osnovanija obespečenija psihologičeskoj bezopasnosti obrazovatel'no-vospitatel'noj sredy. // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. – 2019 (19). - № 2. – С. 121-131.

3. Gusova A.D., Dubova E.V., Rjashina V.V. Izučenie i profilaktika neblagoprijatnyh jemocional'nyh sostojanij u sovremennyh podrostkov v hode razrabotki kul'turno-obrazovatel'nyh proektov // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. – 2018 (18). - № 3. – С. 75-81.

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

5. Zareckij V.V., Bulatnikov A.N. Reglamentacija profilaktičeskoj antinarkotičeskoj dejatel'nosti v obrazovatel'noj srede – obespečenie sistemnosti // «Profilaktika zavisimostej». -2015. - № 2. – С. 82-122.

6. Isaev E.I., Slobodchikov V.I. Osnovy psihologičeskoj antropologii. T. 3. «Psihologija obrazovanija čeloveka. Stanovlenie sub#ektnosti v obrazovatel'nyh processah». – М.: Izd. PSTGU, 2013.

7. Leonova E.V. Stanovlenie sub#ektnosti v normativnyh vozrastnyh i obrazovatel'nyh krizisah. Avtoref...dokt. psihol. nauk. – М.: FGBNU «IISV RAO», 2017.

8. Mardahaev L.V. Sub#ektnost' vospitanija podrastajushhego pokolenija: teoreticheskie osnovy vospitanija. // Profilaktika zavisimostej. – 2019. - № 2 (18). – С.1.

9. Moskvina E.V. Korrekcionno-razvivajushhaja sreda special'nogo učebno-vospitatel'nogo učrezhdenija kak uslovie resocializacii podrostkov delinkventnogo povedenija // Problemy vospitanija. – 2016. - № 2.

10. Nacional'naja doktrina obrazovanija Rossijskoj Federacii. Slobodchikov V.I., Ostapenko A.A. i dr. Proekt / Pod nauchn. red. V.I. Slobodchikova. – Ekaterinburg, 2018.

11. Portjanskaja L.L. Proektirovanie uslovij razvitija variativnoj obrazovatel'noj

sredy v municipal'nom okruge megapolisa. – Avtoref.... kand. ped. nauk. – M.: IPI RAO, 1996.

12. Rubcov V.V., Ivoshina T.G. Proektirovanie razvivajushhej obrazovatel'noj sredy shkoly. – M., 2002.

13. Rjabcev V.K., Rjashina V.V. Razrabotka kul'turno-obrazovatel'nogo proekta kak tehnologija razvitiya detsko-vzrosloy sobytijnoj obrazovatel'noj obshhnosti (metodicheskie rekomendacii) // Profilaktika zavisimostej.. – 2015. – № 2. – S.1.

14. Rjabcev V.K., Rjashina V.V., Bojarinceva A.V. Antropopraktika vospitatel'noj dejatel'nosti // Social'naja pedagogika v Rossii. – 2018. – № 1. – S.40-44.

15. Federal'nyj Zakon ot 24.06.1999 № 120-FZ (red. ot 07.06.2017) «Ob osnovah sistemy profilaktiki beznadzornosti i pravonarushenij nesovershennoletnih» http://www.lexed.ru/search/detail.php?ELEMENT_ID=1297&q=

16. Fortova L.K. i dr. Formirovanie liderskih kachestv - vazhnoe uslovie preodolenija liminal'nogo povedenija nesovershennoletnih // Global'nyj nauchnyj potencial: pedagogika i psihologija. – 2017. – № 9.

17. Shuvalov A.V. Ocherki psihologii zdorov'ja: mirovozzrencheskij, nauchnyj i prakticheskij aspekty. – M.: Chistye prudy, 2009. – 32 s.

18. Jasvin V.A., Rybinskaja S.N. Vlijanie harakteristik shkol'noj sredy na uchebnye dostizhenija uchashhihsja // Izvestija Saratovskogo universiteta. – 2015. – № 2. – S. 68.

V.V. Zaretsky¹, V.K. Ryabtsev², V.V. Ryashina²

INDICATORS OF THE EFFECTIVENESS OF PREVENTIVE WORK WITH PUPILS PRONE TO DEVIANT BEHAVIOR IN INSTITUTIONS FOR ORPHANS AND CHILDREN LEFT WITHOUT PARENTAL CARE

¹Center for Protection of Children's Rights «Childhood», ²Institute for Study of Childhood, Family, and Education of the Russian Academy of Education (Moscow).

Summary. In the article from the position of anthropological approach in education the possibilities of building a system of assessing the effectiveness of preventive work with pupils prone to deviant (or asocial) behavior in institutions for orphans and children left without parental care are considered. The concept of educational environment is proposed as a basis for the evaluation system. A number of criteria are substantiated and described: educational targets; basic pedagogical positions and educational meeting places for children and adults; age-normative model of development in adolescence and adolescence and their corresponding age-conformable program of pedagogical activities; conformity; space for the self-determination of subjects of education; co-existential children and adult community as a source and mechanism of human development; the richness and structure of the educational environment; methods of control of the educational environment and its design. On the basis of these criteria, the indicators of evaluating the effectiveness of preventive work are revealed.

Keywords: educational environment, prevention, expertise, criteria, indicators, indicators, orphans and children left without parental care, anthropological approach, education, socialization, human development, cultural, age-conformity, child-adult community.

**ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ:
ТОЧНОСТЬ ВОСПРИЯТИЯ И САМОРЕГУЛЯЦИЯ**
Смоленский государственный университет (Смоленск).

Резюме. В статье осуществлен сравнительный анализ точности восприятия детей дошкольного возраста, молодого и среднего возраста, с алкогольной и без алкогольной зависимости. Целью исследования было установление взаимосвязи между точностью восприятия и уровнем саморегуляции. В исследовании приняли участие 103 человека 6-63-летнего возраста. Представлен анализ факторов, влияющих на развитие точности восприятия. Точность восприятия устанавливалась с помощью тензометрических измерений. Эти измерения можно использовать в качестве экспресс-диагностики психического состояния. Автор делает вывод о необходимости специальной организации обучения точности восприятия детей.

Ключевые слова: психическое здоровье, психическое отражение, точность восприятия, стиль перцептивной точности, саморегуляция, состояние психоэмоционального напряжения, обратная связь.

В данной работе рассматриваются точность восприятия и уровень саморегуляции поведения как факторы сохранения психического здоровья. Под точностью восприятия традиционно понимается степень соответствия образа отражаемого объекта особенностям воспринимаемого объекта. Точность восприятия - это процесс, который одновременно биологически и культурно обусловлен, «... проходит стадию прижизненного формирования, приобретая более сложную структуру и индивидуальные черты» [7, с. 177]. Восприятие традиционно описывают как процесс с многоуровневой иерархической структурой, в которой выделяют разные уровни: когнитивный, эмоциональный, мотивационный, операционно-технический и др. Все они влияют (искажают) точность восприятия [7, 12]. Психологические особенности личности оказывают влияние на восприятие в целом [3] и его точность [13]. Заметим, что профилирование личности выявляется исследователями в основном в условиях разной степени эмоционального напряжения. Например, многочисленны исследования, в которых был установлен «... эффект воздействия информационной угрозы на восприятие и поведение человека» [10, с. 76]. Иными словами, «нормативность» функционирования психики в условиях психоэмоционального напряжения рассматриваются как показатель ее здоровья. Речь идет о стрессовых ситуациях разной степени интенсивности, оказывающих влияние на точность перцепции. В зависимости от степени «эмоциогенных» последствий (наносимый ситуацией вред здоровью, ущерб социальному статусу и репутации) выявлены взаимосвязи с состоянием здоровья и таким личностными качествами как экстра- и интроверсия, нейротизм и психотизм. Установлено, что экстраверты более точно, чем интроверты, оценивают стимул как угрожающий. Вместе с тем высокий уровень интроверсии, наоборот, препятствует адекватному восприятию «значения-для-себя» ситуации угрозы. Тактически экстра- и интроверты в ситуации угрозы от-

личались, но стратегически действовали одинаково. [10].

Другими словами, точность восприятия как бы корректируется выраженностью индивидуальных личностных качеств, которые задают «направленность» психического отражения и реагирования («...экстраверсия, нейротизм и психотизм выступают медиаторами восприятия риска здоровью, социальному статусу и репутации. Нейротизм и психотизм оказывают влияние на точность восприятия угроз здоровью и репутации, ... на моделирование представлений о действиях по совладанию с угрозой» [10, с. 81]). Таким образом, перцептивная точность в ситуации психоэмоционального напряжения включает в себя средства и способы решения проблемы, а отражаемый объект является символическим репрезентантом действительности, одновременно когнитивным и операционно-техническим. Можно предположить, что точность его отражения снижается, поскольку ресурсы перцептивной деятельности переориентированы на переживание значимости предполагаемых последствий, то есть последствия занимают фокальную зону восприятия и понимания.

Гендерные особенности также включают в число факторов, влияющих на точность восприятия [17]. Установлено, что девочки выше оценивают потенциальную опасность, которой они могут подвергнуться в играх, а женщины в целом переоценивают угрозу по сравнению с мужчинами [11, 15, 16]. «Мужчины, дававшие низкую оценку опасности, преимущественно имели хорошее образование, высокий доход, были более консервативны в политических взглядах, испытывали большее доверие к официальным институтам и не были согласны отдавать право оценки рисков широкой общественности» [7, с. 171]. То есть, точность восприятия «социально-благополучных» граждан имеет «лояльную» модальность, снижающую психоэмоциональное напряжение.

Уровень обобщения, или «глобальность» (социокультурный масштаб) отражаемого (например, общегосударственный, региональный, локальный уровень значимости события) также оказывает влияние на перцептивную точность [11].

Точность восприятия зависит от условий восприятия. Д.А. Дивеев, А.А. Демидов исследовали изменения в точности восприятия в видеоинтервью с голосом, видеоинтервью без голоса, фотоизображение лица и аудиозапись интервью и установили, что точность перцепции меняется в зависимости от перцептивных условий. «Наибольшее количество адекватных оценок психологических характеристик получено в условиях восприятия видеоинтервью без звука и по аудиозаписи интервью, наименьшее количество — по фотоизображению лица» [9, с. 35], «Наиболее адекватно в совокупности всех условий восприятия оцениваются характеристики личности, несущие эмоциональный оттенок: спокойствие, суетливость, эмоциональная стабильность, раздражительность» [там же, с. 46].

Представляется, что точность восприятия и саморегуляция взаимосвязаны. Оба феномена представляют собой интегративные системы и имеют динамический характер. Исследователи полагают, что особенности трансформации в функционировании операционно-технических компонентов восприятия и саморегуляции не зависят от особенностей деятельности [4, 12]. Их пластичность «обеспечивается» уровнем психоэмоционального напряжения.

Проявления адаптивных или неадаптивных стилей перцептивной точности

и соответствующих им стилей саморегуляции описывают в терминах свойств психических процессов [12] и характеристик поведения: «Адаптивные стили характеризуются средним уровнем активации центральных регуляторных механизмов, большим объёмом, распределяемостью и переключаемостью внимания, психовегетативной стабильностью, высокой гибкостью поведения, ... социальной приспособленностью. Неадаптивным стилям свойственно снижение активации центральных регуляторных механизмов с преобладанием парасимпатических влияний или повышение активации ЦНС, характерное для психоэмоционального напряжения. Они связаны с недостаточностью процессов внимания, преобладанием астенических эмоций и ригидным поведением» [5, с. 26]. Вместе с тем, точность восприятия представляет собой прижизненно развивающийся навык, является социальным по своей природе и во многом зависит от особенностей обратной связи или социального подкрепления. Он «... по-разному регулируется при ... обратной связи, ..., образуя специфичные взаимосвязи с психофизиологическими и энергетическими особенностями индивидуальности, регуляторно-личностными свойствами и произвольными регуляторными процессами ...» [5, с. 32]. Неточность учета обратной связи характеризует стили восприятия и саморегуляции как неадаптивные, а люди с недостаточно сформированным навыком обратной связи тиражируют свой опыт без учета изменений, которых требуют новые условия социального окружения [5], [15].

Д.В. Бердников (2013) на основании полученных данных делает вывод о том, что среди здоровых людей преобладают стили с высокой точностью восприятия, повышающейся благодаря обратной связи. «Общей чертой для них является наличие высокой чувствительности к обратной связи, гибкости саморегуляции. ... лица с этими стилями ... характеризуются чёткостью постановки целей деятельности, оперативностью ориентировки в окружающем, энергичностью, организованностью и гибкостью поведения, легкой переключаемостью с одной деятельности на другую, адекватной оценкой своих возможностей, стеничными эмоциями, приспособленностью и социальной адаптированностью [5, с. 31]. Иными словами, речь идет о том, что чувствительность к обратной связи является универсальным механизмом адаптации к социокультурному окружению посредством унификации формирования и функционирования психических процессов и личности. В этом смысле склонность к экстремальному поведению ведет к уменьшению продолжительности жизни [3].. Представляется, что подобное поведение связано с соответствующей дисперсией точности восприятия.

В исследовании Т.Н. Березиной было установлено, что представление спиртного и его запаха может трансформировать «... функциональное состояние трезвых испытуемых и вызвать появление алкоголя в выдыхаемом воздухе ... Испытуемые отмечают возникновение субъективного ощущения опьянения ..., однако состояние, возникшее после представления спиртного и восприятия его запаха, отличается от типичного состояния опьянения: у испытуемых отмечаются лишь отдельные симптомы, ... отсутствуют нарушения работы вестибулярного аппарата, считающиеся классическим признаком опьянения» [2, с. 80]. Поскольку устойчивая координация движений и стойкость сознания взаимосвязаны, идея исследования дизонтогенеза точности восприятия алкоголика, включающая в се-

бя все рассмотренные выше факторы, показалась нам перспективной.

По данным ВОЗ, по распространенности расстройств, связанных с употреблением алкоголя, Россия занимает второе место [8], количество алкоголиков в России достигло 5 миллионов человек (3,5% населения России), подростки употребляют алкоголь с 10-13-летнего возраста; систематически употребляют алкоголь каждый третий юноша и каждая пятая девушка; родители приобщают детей к алкоголю в возрасте от 10 лет в 60% случаев; подростки, систематически потребляющие алкоголь, учатся неудовлетворительно (77%), удовлетворительно (22%) и хорошо (1%) [1]. Массовая практика злоупотребления алкоголем создает условия в том числе для викарного научения, а также научения детей и подростков посредством психического заражения и внушения [6].

Цель исследования заключалась в выявлении и соотнесении специфических особенностей точности тактильного восприятия и уровня саморегуляции лиц с алкогольной зависимостью и лиц, не имеющих этой зависимости.

Материал и методы. В исследовании участвовали 103 человека от 6 до 63-летнего возраста. Среди них 23 пациента больных алкоголизмом (6 женщин и 17 мужчин), находящихся на стационарном лечении в ОГБУЗ Смоленском областном наркологическом диспансере; 55 студентов Смоленского государственного университета (37 из них спортсмены-разрядники), 25 дошкольников 5-6-летнего возраста, ДОУ «Ласточка» г. Смоленска. Исследование проводилось в 2015-2017 гг.

Структуру исследования составили три этапа: на первом осуществлялись тензометрические измерения, по результатам которых делались выводы о точности восприятия. С этой целью был использован прибор, позволявший измерить точность воспроизведения заданного образца с помощью стрелочного вольтметра. Сравнение экспериментальных и контрольных результатов воспроизведения позволило получить представление об особенностях точности восприятия испытуемых. На втором этапе испытуемым предлагалась методика В.И. Моросановой «Стиль саморегуляции поведения» (ССП), применяемая для диагностики особенностей индивидуальной саморегуляции (дошкольникам эта методика не предлагалась). На третьем этапе полученные результаты обрабатывались с помощью методов математической статистики.

Результаты исследования и их обсуждение. В исследовании были получены результаты, свидетельствующие о том, что имеются отличия в точности воспроизведения заданного образца у алкоголиков и лиц, не имеющих алкогольной зависимости. Тензометрические измерения у студентов, не злоупотребляющих алкоголем, осуществлялись дважды: в состоянии спокойного бодрствования и в состоянии психоэмоционального возбуждения. Состояние психоэмоционального возбуждения достигалось с помощью выполнения интенсивных физических упражнений, прыжком на месте с попеременно высоко поднимаемыми коленями обеих ног в течение одной минуты; после этого испытуемым нужно было воспроизвести заданный образец путем нажатия на специальный датчик; усилие фиксировалось с помощью вольтметра. Так были получены средние ошибки точности восприятия правой и левой рук у людей, не злоупотребляющих алкоголем [13]. Детям и зависимым прыгать не предлагали. Полученные результаты представлены в табл. 1.

Таблица 1.

Компаративное соотнесение результатов точности воспроизведения заданного образца и уровня саморегуляции

№	Группы испытуемых	Ошибка воспроизведения образца				Уровень саморегуляции	Коэффициент соотнесения ошибок	
		до физической нагрузки		после физической нагрузки			до нагрузки	после нагрузки
		Правая рука	Левая рука	Правая рука	Левая рука			
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Студенты 4 курса	0,17	0,42	0,25	0,41	35,1	0,4	0,6
2	Спортсмены	0,22	0,37	0,15	0,26	36,6	0,59	0,57
3	Дошкольники	0,45	0,58				0,77	
4	Зависимые	0,82	1,00			25,4	0,82	

Как видно из табл. 1, точность восприятия у всех групп испытуемых имеет общие особенности: точность воспроизведения образца левой и правой рукой отличаются. В обоих состояниях (как спокойного бодрствования, так и в состоянии психоэмоционального напряжения) точность правой руки выше левой. Точность восприятия зависимых в состоянии спокойного бодрствования значительно ниже результатов всех остальных групп. Результаты студентов, систематически не занимающихся спортом, в состоянии психоэмоционального возбуждения демонстрируют снижение точности воспроизведения образца правой рукой, когнитивная обработка ухудшается. Этот результат может быть интерпретирован как снижение устойчивости к стрессу. Спортсмены в аналогичных условиях, наоборот, реагируют более точно. У них точность восприятия в условиях стресса повышается в среднем на 70% (и по правой, и по левой руке), причем результаты левой и правой рук «сближаются».

Точность восприятия дошкольников занимает как бы промежуточное положение между зависимыми и здоровыми взрослыми. Более высокая точность формируется в подростковом возрасте, это связано с развитием гипотетико-дедуктивного мышления [12].

В группе зависимых было выявлено три пациента, результаты которых имели достаточно высокую точность и показатели левой и правой рук значительно не отличались. Как выяснилось в ходе исследования, все они занимались спортом: один из них был профессиональным спортсменом, двое остальных систематически занимались спортом в подростковом и юношеском возрасте.

Иными словами, состояние психоэмоционального напряжения ухудшает точность восприятия, поэтому численные показатели зависимых характеризуют их состояние как состояние психоэмоционального возбуждения, несмотря на то что они оценивали его во время тестирования как состояние спокойного бодрствования.

Коэффициент соотношения средних значений ошибок правой и левой руки (получен путем деления средней ошибки правой руки на среднюю ошибку левой руки) у студентов в состоянии спокойного бодрствования составил 0,4 (то есть, ошибка левой руки превышает ошибку правой руки; чем меньше коэффициент, тем выше точность восприятия и, соответственно, уровень саморегуляции); у пациентов диспансера в состоянии спокойного бодрствования 0,8; у студентов в состоянии психоэмоционального возбуждения - 0,6. «Нормативный» уровень функционирования зависимых по сравнению со студентами был эмоционально напряженным. Общеизвестно, что длительное эмоциональное напряжение искажает отражение и понимание окружающей действительности и «поддерживает» дизонтогенез. Повышенный коэффициент соотношения у зависимых означает, что рецидив алкоголизма не исключен.

Поскольку пациенты в состоянии спокойного бодрствования продемонстрировали более высокую ошибку в точности восприятия, был сделан вывод о том, что их уровень саморефлексии и саморегуляции низкий. Предварительные выводы были подтверждены результатами диагностики с помощью методики ССП. Как видно из табл. 1, общий уровень саморегуляции (столбец 7) у алкоголиков оценивается как низкий. Таким образом, коэффициент соотношения значений ошибок правой и левой рук можно использовать как критерий оценки психоэмоционального состояния.

Посредством критерия корреляции Пирсона была установлена умеренная прямая корреляционная связь между точностью восприятия и общим уровнем саморегуляции (0,4) у лиц с алкогольной зависимостью ($p < 0.01$).

Выводы. Саморегуляция и точность восприятия у лиц с алкогольной зависимостью значительно снижена по сравнению со здоровыми (средняя ошибка воспроизведения заданного эталона восприятия - высокая: 0,8 и 1 (правая и левая рука соответственно) и они взаимосвязаны; точность восприятия лиц с алкогольной зависимостью, субъективно оцениваемая ими как состояние спокойного бодрствования, на самом деле свидетельствует о том, что они находятся в состоянии психоэмоционального возбуждения, которое они не осознают (что свидетельствует о том, что возможность рецидива не исключена); лица с алкогольной зависимостью, систематически занимавшиеся спортом, могут сохранять высокую точность восприятия, однако распределение результатов («сближенные» численные показатели левой и правой рук) характерно для состояния психоэмоционального напряжения; точность восприятия не является врожденной, в дошкольном возрасте находится в стадии формирования. Тензометрические измерения обеих рук могут быть использованы для экспресс-диагностики психического состояния.

Для развития точности восприятия детей и подростков нужны специально организованные условия обучения, в том числе обратной связи в процессе общения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алкоголизм в России – статистика на 2018 год [Электронный ресурс] URL: <https://dispanseri.ru/alkogolizm/razvitiye-v-rossii.html> (дата обращения 20.12.2018).
2. Березина Т.Н. Запах и образ спиртного как факторы, влияющие на функциональное состояние человека // Вопросы психологии. - 2009. - № 4. - С. 80-90.
3. Березина Т.Н., Екимова В.И., Кокурин А.А. Экстремальный образ жизни как фактор ее индивидуальной продолжительности // Психологический журнал. – 2018. – Том 39. - № 3. – С. 70-78.

4. Бердников Д.В. Взаимосвязь процессов саморегуляции как предпосылка адаптации человека // Вестник ВолГМУ. – 2013. – № 2. – С. 95–97.

5. Бердников Д.В. Стили саморегуляции восприятия информации при здоровье и некоторых психических расстройствах // Фундаментальные исследования. – 2014. – № 4-1. – С. 26-32. -

URL: <http://fundamental-research.ru/ru/article/view?id=33659> (дата обращения: 01.01.2019).

6. Бехтерев В.М. Введение в патологическую рефлексологию. – М.: Юрайт. – 2017..– 321 с.

7. Вещикова М.И. Обзор исследований восприятия опасности и перспективы его изучения в клинической психологии развития // Психологическая наука и образование. – 2014. – Т. 6. – № 4. – URL: <http://psyedu.ru/journal/2014/4/Veshchikova.phtml> (дата обращения: 28.12.2018).

8. Всемирный доклад ВОЗ «Алкоголь и Здоровье 2014» [Электронный ресурс] URL: <https://psychiatr.ru/news/271> (дата обращения 15.11.2018).

9. Дивеев Д.А., Демидов А.А. Перцептивное доверие и адекватность оценки личностных характеристик человека в различных условиях восприятия // Экспериментальная психология. - 2018. – Т. 11. - № 1. - С. 35–48.

10. Злоказов К.В., Колмыкова Т.И., Рыбьякова Е.А. Влияние экстраверсии, нейротизма и психотизма на восприятие информации об угрозе здоровью, репутации и социальному статусу // Педагогическое образование в России. – 2017. – № 5. - С. 76-83.

11. Ноянзина О. Е., Максимова С. Г., Гончарова Н. П. Особенности восприятия риска в структуре оценки личной и социальной безопасности // Известия Алтайского гос. университета. – 2012. – № 2/1 (74)..– С. 211-215.

12. Полякова И.В. Подготовка педагогов-психологов: проблема влияния эмоциональной оценки на точность восприятия // Психология обучения. – 2018. - № 4. – С. 88-97.

13. Полякова И.В. Последствия злоупотребления алкоголем: психоэмоциональное состояние // Поляковские чтения-2018 (к 90-летию Ю.Ф. Полякова). Сб. мат-лов науч.-практ. конф. 25-16 марта 2018 / под ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Рошиной, С.Н. Ениколопова..- М.:ООО «Сам Полиграфист», 2018. – С. 245-247.

REFERENCES

1. Alkogolizm v Rossii – statistika na 2018 god [Jelektronnyj resurs] URL: <https://dispanseri.ru/alkogolizm/razvitie-v-rossii.html> (data obrashhenija 20.12.2018).

2. Berezina T.N. Zapah i obraz spirtnogo kak faktory, vlijajushhie na funkcion-al'noe sostojanie cheloveka // Voprosy psihologii. - 2009. - № 4. - S. 80-90.

3. Berezina T.N., Ekimova V.I., Kokurin A.A. Jekstremal'nyj obraz zhizni kak faktor ee individual'noj prodolzhitel'nosti // Psihologicheskij zhurnal. – 2018. – Том 39. - № 3. – S. 70-78.

4. Berdnikov D.V. Vzaimosvjaz' processov samoreguljacji kak predposylka adaptacii cheloveka // Vestnik VolGMU. – 2013. – № 2. – S. 95–97.

5. Berdnikov D.V. Stili samoreguljacji vosprijatija informacii pri zdorov'e i nekotoryh psihicheskix rasstrojstvax // Fundamental'nye issledovanija. – 2014. – № 4-1. – S. 26-32. -

URL: <http://fundamental-research.ru/ru/article/view?id=33659> (data obrashhenija: 01.01.2019).

6. Behterev V.M. Vvedenie v patologicheskiju refleksologiju. – М.: Jurajt. – 2017..– 321 s.

7. Veshchikova M.I. Obzor issledovanij vospriyatija opasnosti i perspektivy ego izuchenija v klinicheskoy psihologii razvitiya // Psihologicheskaja nauka i obrazovanie. – 2014. – T. 6. – № 4. – URL: <http://psyedu.ru/journal/2014/4/Veshchikova.phtml> (data obrashhenija: 28.12.2018).
8. Vsemirnyj doklad VOZ «Alkohol' i Zdorov'e 2014» [Elektronnyj resurs] URL: <https://psychiatr.ru/news/271> (data obrashhenija 15.11.2018).
9. Diveev D.A., Demidov A.A. Perceptivnoe doverie i adekvatnost' ocenki lichnostnyh harakteristik cheloveka v razlichnyh uslovijah vospriyatija // Jeksperimental'naja psihologija. - 2018. – T. 11. - № 1. - S. 35–48.
10. Zlokazov K.V., Kolmykova T.I., Rybnjakova E.A. Vlijanie jekstraversii, nejrotizma i psihotizma na vospriatie informacii ob ugroze zdorov'ju, reputacii i social'nomu statusu // Pedagogicheskoe obrazovanie v Rossii. – 2017. – № 5. - S. 76-83.
11. Nojanzina O. E., Maksimova S. G., Goncharova N. P. Osobennosti vospriyatija riska v strukture ocenki lichnoj i social'noj bezopasnosti // Izvestija Altajskogo gos. universiteta. – 2012. – № 2/1 (74).– S. 211-215.
12. Poljakova I.V. Podgotovka pedagogov-psihologov: problema vlijaniya jemotional'noj ocenki na tochnost' vospriyatija // Psihologija obuchenija. – 2018. - № 4. – S. 88-97.
13. Poljakova I.V. Posledstvija zloupotreblenija alkogolem: psihojemotional'noe sostojanie // Poljakovskie chtenija-2018 (k 90-letiju Ju.F. Poljakova). Sb. mat-lov nauch.-prakt. konf. 25-16 marta 2018 / pod red. N.V. Zverevoj, I.F. Roshhinoj, S.N. Enikolopova..- M.:OOO «Sam Poligrafist», 2018. – S. 245-247.
14. Ioannou K., Fox J. R. E. Perception of threat from emotions and its role // Poor Emotional Expression within Eating Pathology // Clinical Psychology Psychotherapy. – 2009. – №16. – P. 336-347.
15. LoBue V. Deconstructing the snake: The relative roles of perception, cognition, and emotion on threat detection // Emotion. – 2014. – №14. – P. 701-711.
16. Breakwell G.M. The Psychology of Risk. N.Y.: Cambridge UP.-2007.- 335 p.
17. Flynn J., Slovic P., Mertz C.K. Gender, race and perception of environmental health risks// Risk Analysis. - 1994. - Vol. 14. - № 6. - P. 1101–1108.

I.V. Polyakova

MENTAL HEALTH:

THE ACCURACY OF PERCEPTION AND SELF-REGULATION

Smolensk state University (Smolensk).

Summary. The article presents a comparative analysis of the accuracy of perception of preschool children, young and middle age, with alcohol and without alcohol dependence. The aim of the study was to establish the relationship between the accuracy of perception and the level of self-regulation. The study involved 103 people of 6-63 years of age. The analysis of the factors influencing the development of perception accuracy is presented. The accuracy of perception was established by means of strain measurements. These measurements can be used as a rapid diagnosis of mental state. The author concludes that there is a need for special organization of children's perception accuracy training.

Keywords: mental health, mental reflection, accuracy of perception, style of perceptual accuracy, self-regulation, state of psycho-emotional stress, feedback.

В.И. Брутман

**ПСИХОГЕННЫЕ РЕАКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ -
ПРЕГНАНТОГЕНИИ⁵****Ассоциация детских психиатров и психологов (Москва).**

Резюме. Настоящая публикация отражает взгляд автора на многообразие форм временных психогенных реакций, возникающих у женщин, вынашивающих «конфликтную» беременность (нежеланную или чрезмерно желанную). Психопатологические состояния, основанные на переживании настоящей беременности как стресса, объединены термином «прегнантогении». Автор предполагает, что природа прегнантогений лежит в комплексе факторов, главным из которых является психологическая неготовность к материнству. В статье представлена классификация основных синдромов прегнантогений.

Ключевые слова: психотравмирующий характер беременности, прегнантогении, психологическая неготовность к материнству, закономерности развития психотравмы беременных, психогенные реакции у беременных, нежеланная беременность, конфликт с беременностью

Навязчивые страхи (фобии беременных)

Яркие пугающие представления, мысли, образы памяти, страхи, достигающие паники, которые приобретают навязчивый характер, формируются двумя основными путями:

1. Первый вид страхов с психологически понятными основаниями, но приобретающих патологический, навязчивый характер.

2. Второй вид фобий в рамках прегнантогении – навязчивости, которые как бы вытекают из предшествующих сверхценных страхов и являются этапом их завершения.

В основе **первого вида фобий** обычно лежат «естественные» опасения, характерные для беременных (особенно первородящих). К ним относятся:

- опасения возможных осложнений во время беременности, которые могут повлиять на здоровье будущего ребенка;

- страх родов: ожидание боли, ощущение беспомощности, отсутствие власти над собственным телом;

- т. н. генетические страхи: рождения неполноценного ребенка вследствие необратимых природных причин;

- дисморфофобические страхи – страх, связанный с представлением об обезображивающих изменениях, которые могут произойти с лицом и фигурой не только во время беременности, но и после нее, что приведет к утрате привлекательности.

- страх за здоровье будущего ребенка.

В норме такого рода мысли, тревожные опасения в целом не отражаются

⁵Окончание. Начало см. Вопросы психического здоровья детей и подростков, 2019 (19), № 2.

на поведении женщин. Иногда у женщин, склонных к истерическому реагированию, могут возникать тенденции привлечь к себе внимание близких жалобами, капризами и пр. В непатологических случаях они преходящи и постепенно самостоятельно угасают в спокойной обстановке.

В отличие от них патологические страхи (обсессии) возникают внезапно, непроизвольно, бывают чрезвычайно яркими. Они часто буквально врываются, потрясая сознание женщины, настойчиво поглощают ее внимание, становятся мучительными. Очень часто приход этих аффективно насыщенных переживаний сопровождается вегетативными реакциями (сердцебиением, покраснением лица, похолоданием конечностей, потливостью, трудностями засыпания, общим недомоганием и пр.). Эти страхи с самого начала самой женщиной воспринимаются как нелепые, и ее поведение направлено на избегание страхов. В одних случаях (при ипохондрическом содержании) выражено стремление к дополнительным медицинским проверкам и перепроверкам. В других - неоднократно повторяющиеся попытки получить заверения, что страхи неадекватны. В иных ситуациях наблюдается паническое избегание использования лекарственных средств, продуктов питания, которые согласно навязчивой мысли беременной могут нанести вред плоду. В ряде случаев этот страх сопровождается коитофобией и отказом от интимных отношений из-за страха повреждения плода во время полового сношения.

У некоторых женщин отмечается страх потери контроля над собой во время родов. С этим бывает связано настойчивое требование к мужу обязательно присутствовать во время родов или выбрать особые охранительные условия для родов, чтобы она во время родов не повредила новорожденному.

Женщины с обсессиями совершают тщетные попытки наладить самоконтроль за своими мыслями и поступками.

Пример. К., 25 лет. Образование незаконченное высшее. В преморбиде отмечалось заострение тревожно-мнительных черт характера. Вот как она описывает свою историю: «Я замужем 3 года. Нашим отношениям с мужем все завидуют. В данный момент я на 26 неделе беременности, ребенка получилось зачать с первой попытки, до этого предохранялись. Я в тайне от мужа, считала, что еще не очень готова взять на себя ответственность и всю нагрузку в связи с рождением ребенка. Для меня беременность была радостью только в первые пару месяцев, пока я не вспомнила об одной своей грешке. Дело в том, что за неделю до зачатия ребенка, я была на девичнике у подруги. Была веселая и прямо-таки развратная вечеринка. И вот в один из «грязных моментов» я позволила чернокожему стриптизеру меня откровенно полапать, его рука побывала у меня между ног... Удовольствие» длилось не больше пары минут. Прошла пара месяцев после зачатия и тут меня как током ударило, у меня в памяти резко всплывает та грязная ночь с абсолютно абсурдной мыслью «а вдруг на руке того стриптизера могла быть сперма и именно она стала причиной моей беременности, а не сперма мужа через неделю!!!». С тех пор не прошло и дня, чтобы я не думала об этом, все законы логики, анатомии и здравого смысла говорят о том, что это невозможно! Но эта мысль так плотно закрепилась в моих мозгах, что я не могу от нее избавиться? Каждый раз когда муж целует мне живот, разговаривает с ним, у меня начинается истери-

ка, я буквально потеряла сон. У меня из головы не выходит картина, как в день родов вместо долгожданного белокожего малыша на свет появится чернокожий. Я знаю, что это безумие закончится сразу, как закончится моя беременность, но как мне прожить еще 14 недель до родов? Мне кажется, что с наступлением схваток у меня остановится сердце от страха не перед родами, а перед мыслью, что моя «неверность» всплывет. Я целыми днями смотрю научные фильмы о зачатии, читаю статьи, в общем снова и снова доказываю себе, что беременность была бы невозможна в ту ночь и при тех обстоятельствах, даже если бы в той черной руке все-таки была сперма. Но все бесполезно.»

В данном случае у женщины развился обсессивный синдром, пронизанный «генетическим» страхом родить чернокожего ребенка. Хотя страх, по мнению самой женщины, нелеп, но она охвачена им и вынуждена постоянно заниматься саморазубеждением.

Второй вариант - навязчивые страхи, которые произошли из сверхценных образований по мере их затухания. Здесь всегда можно обнаружить триггерную психотравмирующую ситуацию, которая запустила первичный страх. К ним относятся:

- навязчивые страхи повторного невынашивания беременности, повторных осложнений беременности и родов, *навязчивая ревность*,
- навязчивый страх быть разоблаченной в неверности мужу если родить ребенка не от него (при наличии нескольких половых партнеров).

Пример самоописания женщины: «В детстве возникали навязчивые мысли, не придавала этому значения. В 2010 году я забеременела, при этом в тот момент помимо мужа еще встречалась с мужчиной, но с ним предохранялась. Ближе к пяти месяцам беременности возникли тревога и навязчивые мысли, а вдруг это ребенок не от мужа. Начала очень сильно переживать, накручивать себя, до родов ходила к психотерапевту, она беседовала со мной, делала эриксоновский гипноз. Также консультировалась с гинекологом, та сказала, что при стабильном цикле забеременеть при месячных я не могла, следовательно, ребенок мужа. Я в какие-то моменты понимала, что это действительно так, и я зря себя накручиваю, но потом все начиналось снова. Почувствовала сильную вину перед мужем, чуть не призналась ему в измене. Ребеночка я родила и мне самой показалось, что он очень похож на мужа, все вокруг тоже твердили об этом, и я забыла свои сомнения. Но вот снова появился тот мужчина, и я опять все вспомнила и начала тревожиться, чей же это ребенок. Кроме того, как только кто-нибудь говорил, что ребенок похож на меня, а не на мужа, я начинала очень переживать и опять накручивать себя. Психотерапевт прописала мне атаракс и анафранил, пью уже четыре месяца, но навязчивые мысли все равно присутствуют. Решилась на ДНК, содала анализ, результат положительный- 99,99%, то есть отцовство мужа практически доказано. Я очень обрадовалась, но через несколько дней опять начала себя накручивать, что результат не 100%. Поговорила с экспертом-генетиком, который делал экспертизу, он сказал, что 100% подтверждения отцовства не бывает. Но я все равно тревожусь, все равно эти навязчивые мысли, как избавиться от них, устала очень.»

Интенсивность навязчивых страхов обычно умеренная, не вызывает замет-

ных психовегетативных реакций, но отличается колеблющимся характером. В моменты обострения страха захватывают целиком и тогда теряется критичность, а поведение изменяется в соответствии с содержанием переживаний (ипохондрическим, агрессивным, аутоагрессивным и пр.).

Третий вариант – т. н. бредовые страхи. Бредовые страхи – нелепые, не поддающиеся логическому разубеждению идеи, связанные с беременностью, деторождением. Являются признаком психического заболевания.

Клиническое наблюдение. Беременная А., 34 лет. По характеру с детства застенчивая, малообщительная, близких друзей не имеет. Беременность повторная. Первая беременность закончилась преждевременными родами. В настоящее время дочери 6 лет, страдает тяжелой формой ДЦП. Отношения с мужем «средние», т. к. он мало помогает в семье и часто «выпивает». Беременность не планировала, но, узнав о ней, приняла известие спокойно. Наблюдалась в женской консультации. Патологии беременности не было. На 7-м месяце беременности возникли нарушения сна, практически не спала ночью, а в дневное время чувствовала себя вялой, разбитой. К вечеру стала ощущать нарастающую тревогу, неясные предчувствия чего-то недоброго. Накануне стационарирования, ночью внезапно почувствовала, что плод перестал шевелиться. Появился страх, яркое представление «как видение», что ребенок мертв «как пластмассовая кукла в животе». Стала возбужденной металась, кричала, звала на помощь. Была доставлена в приемное отделение роддома. УЗИ исследование определило, что плод жив. Однако А. не успокаивалась, кричала, что ее обманывают, становилась агрессивной. Была переведена в соматопсихиатрическое отделение. После купирования острого психоза через 3 недели была проведена операция кесарева сечения. Родился недоношенный мальчик, без патологии. А. выписана еще через 3 недели с диагнозом: острый транзиторный психоз.

Данный клинический пример демонстрирует острое начало и быстрое течение бредовых страхов у беременной. Мы не можем с полной уверенностью отнести данный случай к прегнантогениям, однако можно констатировать несомненный проблемный характер данной беременности (сложная семейно-брачная ситуация с переживанием недостаточности психологической опоры, негативный опыт прошлой беременности, сенситивно-шизоидный склад личности). Кроме того, фабула психоза косвенно отражает бессознательное отрицание беременности. Из всего этого можно предположить психотравмирующий характер этой беременности.

Реактивные депрессии у беременных (депрессивный вариант прегнантогении). Психотравмирующими событиями во время беременности часто являются крушение надежд из-за нежелательной беременности, разрыв с отцом ребенка, смерть близкого человека. В то же время сама беременность может благотворно сказаться на течении реактивных депрессий. Так, из обзора зарубежной литературы, опубликованного на сайте [medicalplanet](http://medicalplanet.ru), следует, что развивающиеся на начальном этапе беременности реактивные депрессии в большинстве случаев прекращаются к IV-V месяцу беременности, несмотря на то что ситуация нередко остается неразрешенной. В клинической практике встречаются как острые (не продолжительные, 1-2 месяца), так и затяжные (продол-

гированные) реактивные депрессии.

Кратковременная (острая) реактивная депрессия, как правило, непосредственно связана с каким-то несчастьем (в наших наблюдениях - неожиданно обнаруженная внебрачная беременность, разрыв отношений с отцом будущего ребенка, захват беременной женщины в плен в районе боевых действий на Кавказе). Появлению симптомов острой депрессии могут предшествовать преходящие проявления шоковой реакции – тревога, психогенная амнезия, молчание (мутизм), двигательная заторможенность (истерический ступор) или бесцельные метания. Ведущими симптомами острой депрессии являются глубокое отчаяние, мысли о самоубийстве, различные страхи (фобии), нарушения сна и аппетита. Некоторые женщины на пике расстройства совершают попытки самоубийства (обычно демонстративные). В большинстве случаев эти симптомы кратковременны и довольно быстро проходят после устранения источника психотравмы (прерывание нежеланной беременности, позитивные изменения в семейном окружении и пр.).

***Пример.** Замужняя 32-летняя женщина. На 29-й неделе беременности была похищена из поезда. В первый день похищения испытала шок - «как замкнуло — от страха не могла говорить». В сознании были слова: «это не со мной..., так этого не может быть...». В течении двух последующих недель ее перевозили в горах из одного места в другое. Первый страх сменился отчаянием, тоской. Умоляла себя отпустить. Постоянно плакала. Думала, что если случится «самое страшное, повешусь». На короткое время «немного успокаивалась», когда появлялась надежда на освобождение. Однако почти не спала ночами, ела неохотно только после настойчивых требований и даже угроз. В начале третьей недели пленения ее оставили на автовокзале. Испытала прилив счастья. Оставшийся срок беременности донашивала в окружении семьи. Никаких психологических последствий травмы не было, «все прошло, как страшный сон». Родила здорового мальчика.*

В случаях длительной стрессовой ситуации могут возникать пролонгированные депрессивные расстройства. Такие мы особенно часто встречали во время работы с женщинами, отказавшимися от ребенка в родильном доме. Пролонгированность депрессивных реакций составляла от 6 до 9 мес.

В случаях легкого депрессивного эпизода, по МКБ-10, острый период депрессии совпадает с осознанием себя беременной и пониманием ненужности этой беременности. Характерен смешанный аффективный фон с преобладанием тревоги, вспышек отчаяния, гнева. Решение об отказе от ребенка принимается как бы раз и навсегда. После этого наступает отчетливое улучшение настроения, снижение аффективной напряженности. Беременность теперь воспринимается лишь как досадная преграда, мешающая сохранять прежнюю активность. О развивающемся плоде практически не вспоминается поэтому возможно девиантное поведение (злоупотребление алкоголем, наркотиками и пр.). В этот период «матовая» депрессия бывает трудно различима и может проявляться лишь повышенной ранимостью, неотчетливой угнетенностью настроения, реже снижением активности, в отдельных случаях бывают ночные бессонницы, которые сменяются дневной сонливостью, иногда отмечается снижение аппетита.

Депрессивный эпизод (средней тяжести) включает:

Истеродепрессии. Состояния данного вида возникают остро, обычно сразу после установления факта беременности. Вслед за короткой шоковой реакцией начинается период угнетения настроения со слезами, поисками утешения, острым чувством обиды, жалости к себе. По мере приближения родов усиливается дистимия.

Психастеноподобные депрессии Подобные состояния обычно возникают у зависимых, инфантильных, боязливых молодых женщин. С самого начала на фоне нерезко выраженного снижения настроения доминирует чувство неуверенности в себе, растерянность, страх перед возможным раскрытием тайны, стремление во что бы то ни стало скрыть факт беременности, уйти от решения проблемы. Женщины становятся замкнутыми, ипохондричными. Нарушается сон, возникают частые пробуждения, появляются головные боли и пр.

Тревожно-тоскливые депрессии. Такие состояния обычно возникают в тех случаях, когда у женщины в процессе вынашивания нежеланной беременности пробуждаются материнские чувства. В то же время социальная ситуация оказывается труднопреодолимой преградой для сохранения материнства. Как правило, утяжеление депрессии происходит во второй половине, после появлением первых шевелений плода. По мере приближения родов усиливаются отчаяние, подавленность, тоскливость, аффективное напряжение, актуализируются идеи самообвинения, жалости к ребенку. В фантазиях, в сновидениях переживаются мотивы разлуки. Нарушается сон, исчезает аппетит.

Тяжелые депрессии (по критериям тяжелого депрессивного эпизода) встречаются редко. Они характеризуются чрезвычайно ригидным депрессивным аффектом. В клинической картине преобладают аффект тоски, отчаяния, постоянная тревога, чувство неминуемого краха. В одних случаях доминируют идеи малоценности, самообвинения, греховности, в других - мрачные фантазии, пронизанные мыслями о плодоизгнании (вне зависимости от срока беременности), об убийстве младенца. Здесь встречались случаи самостоятельных попыток прервать беременность химическим путем. Возможны самостоятельные попытки механическим путем вскрыть плодный пузырь. Отмечается тенденция к обвинению окружающих, чувство обиды на жестокость, несправедливость жизни, суицидальные мысли.

Диссоциативные расстройства у беременных (истерический вариант прегнантогений). Легкие, кратковременные «истерические реакции» легко возникают у беременных женщин особенно в первом триместре даже вполне желанной и запланированной беременности. Эти реакции выражаются легкой возбудимостью, ранимостью, капризностью, плаксивостью, которые в целом существенно не нарушают социальную адаптацию и встречаются чрезвычайно часто, поэтому обычно не расцениваются как патологические. Однако, при неблагоприятных обстоятельствах (нежеланная беременность, напряженный семейный фон, патология беременности и пр.), у женщин с выраженной личностной предрасположенностью (диатезом) могут развиваться тяжелые декомпенсирующие состояния.

Клинически декомпенсация истерического синдрома во время беременности может проявляться в виде учащения острых, кратковременных (пароксизмальных) реакций на психологически затруднительную ситуацию (безудержный плач, хохот, двигательные спазмы, астазия-абазия, обмороки, хаотическое возбу-

ждение, возможны суицидальные угрозы и демонстрации). Фоном для этих реакций являются повышенная тревожность, неустойчивость настроения, вегетосоматические нарушения (плохой сон, тремор, потливость, тахикардии и пр.). Обычно такие обострения истерического состояния непродолжительны и завершаются чаще в связи с изменениями внешних условий: прерывание нежеланной беременности, получение основательной выгоды от своего состояния, к примеру, возвращение отца будущего ребенка и пр. Однако, даже при невозможности преодолеть конфликтную ситуацию, ко второй половине беременности возможна спонтанная ремиссия. При этом может сохраняться субклинический (слабо выраженный) тревожный фон настроения и характерная гиперчувствительность к разного рода напоминаниям о сохраняющейся проблеме, а также гиперестезия нормальных симптомов беременности (например, шевеления плода кажутся чрезмерно болезненными, мешающими, «раздражающими», «мешают заснуть...»).

В других случаях во время беременности развиваются острые дисморфобические реакции. Так, общее изменение облика (грузность, растущий живот, пигментные пятна на лице и пр.) кажется глубоко уродующим, «отвратительным». Женщины чрезмерно озабочены желанием скрыть, камуфлировать «уродливые» черты косметикой, заняты бесконечными поисками особой одежды, нередко заняты упорным утягиванием живота.

В ряде случаев у беременных с истеропаранояльными чертами характера могут возникать и длительно удерживаться пугающие (вызывающие отвращение) фантазии на тему, связанную с будущим ребенком. Он представляется «сморщенной куклой», «уродцем», «...он просто не может быть нормальным...». Иногда может возникать открытая агрессия, направленная на плод, инфантицидные фантазии. К примеру, одна беременная, будущая «отказница», временно истощно кричала, била себя по животу, надолго задерживала дыхание, чтобы «задушить в утробе...». Некоторые до конца беременности принимают большое количество сильнодействующих препаратов с целью отравить плод, вызвать прерывание беременности. Одна беременная представляла себе, как в момент рождения сожмет бедра, чтобы задушить ребенка.

СИНДРОМЫ ПРЕГНАНТОГЕНИЙ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ГИПОГНОЗИИ БЕРЕМЕННОСТИ

При гипогнозическом варианте внутренней картины беременности преобладают следующие синдромы:

1. Истерическая (диссоциативная) агнозия беременности
2. Гипомании беременных
3. Апатический вариант прегнантогении

Истерическая (диссоциативная) агнозия беременности представлена личностными реакциями на нежеланную беременность в форме вопиющего игнорирования симптомов беременности. Женщины оставляют без внимания прекращение менструаций, утреннее недомогание, поташнивание, они остаются нечувствительными к другим симптомам беременности. Данного вида агнозия характерна не только для юных, впервые забеременевших, но и для опытных, уже ранее рожавших женщин. Для таких реакций характерно повышение порога чувствительности (гипестезия) к тем ощущениям, которые связаны с беремен-

ностью. Некоторые гинекологи говорят о «молчаливой беременности». Описаны случаи, когда беременность обнаруживалась только вместе с рождением младенца. Синдром данного вида чрезвычайно часто наблюдается у женщин, вынашивающих нежеланную беременность.

Пример. Х., 38 лет, имеет высшее психологическое образование, мать 2 детей. Беременность незапланированная, несвоевременная, нежеланная - от кратковременной сексуальной связи. Узнала, что беременна случайно, после осмотра гинекологом на 31 неделе беременности. Была направлена к гинекологу-терапевтом, к которому обратилась в связи с недомоганием, головными болями и повышением артериального давления. Осмотрена психотерапевтом в связи с тем, что «не могла успокоиться, потеряла сон...». При изучении психического состояния установлено, что женщина обладает истеро-возбудимыми чертами, высоким интеллектом. Воспитывает 2 дочерей (3 и 8 лет) самостоятельно. Одновременно работает практикующим психологом и преподает. Все последние годы «чувствовала себя усталой и замотанной...». Имела несколько сексуальных связей «чтобы немного развеяться...». Когда исчезли менструации, подумала, что «это дисфункция от переутомления». Когда начала прибавлять в весе и стал увеличиваться живот, «подумала, что просто набрала лишний вес и надо сесть на диету». Шевеления плода приняла за распирающие «от газов». Вся беседа с психотерапевтом сопровождалась плачем, призывами к сочувствию, выразительными позами и мимикой.

Таким образом, можно предположить наличие у данной женщины затяжной истерической реакции в форме агнозии беременности. Характерно, что после того, как произошло окончательное осознания факта беременности, у женщины ярко проявляется истерический характер реакций.

Гипоманиакальный вариант прегнантогении (реактивная гипомания). Эти беременные отличаются тем, что в противоречие с объективно сложной жизненной ситуацией и сомнительным прогнозом исхода беременности они беззаботны, находятся в постоянно приподнятом настроении. Некоторые демонстрируют нехарактерную для беременных (особенно на поздних сроках беременности) высокую физическую и умственную активность. У таких женщин также как и в вышеописанном, гипогнозическом варианте, беременность бывает малосимптомна. Они также игнорируют любые возникающие осложнения беременности, указания врачей, демонстрируют беспечность в отношении возможных проблем после родов. Частым симптомом гипомании во время беременности является чрезмерная сексуальная активность, неразборчивость в выборе половых партнеров. Снижается потребность в сне, повышается аппетит.

Пример. Х., 24 лет, первородящая. Осмотрена психиатром в раннем послеродовом периоде в связи с заявлением молодой матери о готовности «на время отдать ребенка». Установлено, что женщина приехала в Москву из провинциального городка на учебу, но учиться в институте не смогла. Жила на съемной квартире, работала на рынках. По характеру была общительной, «спокойной», «влюбчивой». До настоящей беременности имела несколько любовных связей, не огорчалась при их окончании. Забеременела впервые. Отношения с любовником были кратковременными, и хотя до его отъезда поняла, что беременна, «особо не рас-

строилась», настроение оставалось приподнятым. Когда подруги уговаривали ее прервать беременность, категорически отказалась, считая, что «...все будет хорошо...», она дожидается возвращения отца ребенка, «а потом как сложится...». Чувствовала себя «очень хорошо», была полна сил. Одолжила денег для поездки в Турцию, где хотела закупить одежду для продажи в Москве. В Турции имела кратковременную сексуальную связь. «Закупила много товара». Чувствовала себя «замечательно». К гинекологам не обращалась - «...зачем? Ведь и так было все в порядке...». Вплоть до первых схваток была занята распродажей товара: «дневала и ночевала на рынке...». На 36 неделе беременности внезапно отошли воды и начались схватки. «Друзья привезли в роддом». Родила недоношенного мальчика - 2005 г. В связи с маловесностью ребенка и признаками гипоксической энцефалопатии он был переведен в детскую больницу. На следующий день написала заявление с просьбой «временно» поместить новорожденного в дом ребенка. Психическое состояние после родов характеризовалось эйфорическим фоном настроения: была улыблива, словоохотлива, хвасталась, как легко рожала. Формально сожалела, что родила недоношенного, но была полна оптимизма: «сейчас таких вылечивают...». Убеждена, что у нее «хватит сил самой все организовать с сыном...».

Из этого примера видно, как у молодой женщины, истероигипертимного склада характера, ранее не болевшей психически, развилось реактивное состояние в связи с конфликтным характером беременности. Она, вплоть до ее завершения, осталась не до конца мотивированной, не озабоченной нуждами плода, не планировала свое будущее в связи с трудным периодом раннего материнства. Симптомы беременности были слабо выражены и легко игнорировались. При этом у нее отсутствуют когнитивные и витальные расстройства, характерные для мании, отсутствует чрезмерная двигательная активность, нет маниакальных идей. Все это указывает на наличие истероформной патохарактерологической реакции по типу «прекрасного равнодушия».

Апатический вариант прегнантогении, встречается у женщин, страдающих выраженным интеллектуальным недоразвитием. однократно в психиатрической практике, встречались ситуации, когда в больницу поступают малоумные молодые женщины на позднем сроке беременности. Обычно такая женщина не может объяснить ни когда, ни при каких условиях, ни зачем она забеременела. Она не готовилась к материнству, не обращалась за помощью, равнодушно относится к ситуации и не возражает прервать беременность.

Пример. Х., около 40х лет, БОМЖ, без документов. Поступила в разгар родовой деятельности на 38-40-й неделе беременности в наблюдационный родильный дом с вокзала, где со своими шестью детьми побиралась, прося милостыню. Родила доношенного ребенка. Удалось выяснить, что она «из деревни», «давно ушла из дома...», «были добрые люди...помогали...». От кого и зачем рожала своих детей, объяснить не могла - «...боженька давал...». Говорила, что любит своих детей. Утверждает, что одного «мальчика оставила на время у хороших людей...он заболел...», но не смогла сказать в каком городе, назвать адрес «хороших людей». О новом ребенке сказала, что хочет забрать его, но просит дать ей денег и пеленки. При этом, легко соглашается «на время» передать новорожденного в дом ребенка. Речь женщины косноязычная, с малым словар-

ным запасом, запросы сводятся к естественным потребностям. Училась во вспомогательной школе. Специальности не имеет, никогда не работала.

Апатическая реакция женщины на свою жизненную ситуацию, безразличное отношение к своему будущему и к будущему своих детей проявляет глубокую степень личностно-эмоциональной недостаточности, возникшей в связи с умственной недостаточностью.

Исходы прегнантогений. Прегнантогении, как и большинство психогенных реакций, после выхода из психотравмирующей ситуации завершаются полным с исчезновением всех симптомов и восстановлением исходного облика личности, т. е. выздоровлением [21]. Однако в силу специфического характера психогении выход из нее иногда возможен с целым рядом негативных медицинских и социальных последствий.

Во первых, у женщин вынашивающих беременность в условиях хронического стресса, накапливается большое количество факторов риска психосоматической акушерской патологии [8, 13] (недонашивание беременности, нарушение биодинамики в период изгнания и пр.). Все это влечет частые случаи патологии плода (недоношенность, перинатальная травматизация и др.).

Кроме того в послеродовом периоде, в силу неготовности к материнству таких женщин, возможны нарушения формирования диадических отношений в системе мать-дитя вплоть до грубых форм девиантного материнского поведения (отказов от ребенка, жестокого отношения к детям, детоубийств). Учитывая тот факт, что прегнантогении чаще возникают у женщин с определенной психопатологической предрасположенностью, возрастает вероятность развития послеродовых депрессий и психозов, а также обострений психических заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айвазян, Е.Б. Развитие телесного и эмоционального опыта женщины в период беременности: дис. ... канд. психол. наук. М., 2005. 321 с.
2. Брутман В.И. Особенности психогении и психических нарушений, возникающих во время беременности у женщин, отказывающихся от новорожденных // Материнство. Психологосоциальные аспекты (норма и девиации). Мат-лы Всероссийской науч.-практ. конф. Иваново-Плес, 6-9 сентября 2002 г. С. 112-115.
3. Брутман В.И. Ениколопов С.Н. Радионова М.С. Девиантное материнское поведение // XII Съезд психиатров России. Сб. трудов. М., 1995. С. 577 - 178
4. Брутман В.И., Радионова М.А. Нежеланная беременность у жертв сексуального насилия (психолого-психиатрические аспекты проблемы) // Вопросы психологии. 1995. № 1. С. 33-40.
5. Брутман В.И., Радионова М.С. О внутриутробных механизмах формирования привязанности матери и ребенка // Вопросы психологии. 1997. № 7.
6. Дворянчиков Н.В. Полоролевая идентичность у лиц с девиантным сексуальным поведением: дисс... канд. психол. н. М, 1998.
7. Добряков И.В. Перинатальная психология. СПб.: Питер, 2010. 272 с.
8. Довжикова И.В. Кортизол при беременности (обзор литературы). Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. 2010. № 6 (76). Ч. 1. С. 226-229.
9. Ермошенко Б.Г., Крутова В.А. Роль психологических факторов при бесплодии (обзор литературы) // Успехи современного естествознания. 2005. № 8. С. 17-20.

10. Жмуров В.А. Общая психопатология. Иркутск: Изд-во Иркутского университета, 1986. 280 с.

11. Карабанова О.А. Психология семейных отношений и основы семейного консультирования: Учебное пособие. — М.: Гардарики, 2005. — 320 с.

12. Копыл О.А., Баженова О.В., Баз Л.Л.. Готовность к материнству // Синапс. 1994. № 5. С. 27-38.

13. Мальгина Г. Стресс и беременность. Перинатальные аспекты. Екатеринбург: Чароид. 2002. 188 стр.

14. Психосоматические расстройства в клинической практике / под ред. А.Б. Смулевича. М.: МЕДпресс-информ, 2016. 776 с.

15. Сидоров П.И., Чумакова Г.Н., Щукина Е.Г. Перинатальная психология: учебное пособие. СПб.: СпецЛит, 2015. 143 с.

16. Снежневский А.В. «Общая психопатология. Курс лекций» / Ред.: В.Ю. Кульбакин. М.: МЕДпресс-информ, 2015. 208 с.

17. Смулевич А.Б., Филиц А.О., Гусейнов И.Г., Дроздов Д.В. К проблеме нозогений. Ипохондрия и соматоформные расстройства. М.: Логос, 1992. С. 111-123

18. Смулевич А.Б., Тхостов А.Ш., Сыркин А.Л. и др. Клинические и психологические аспекты реакции на болезнь // Ж. невропатол. и психиатр. 1997. Т. 97. №2. С. 4-9.

19. Филиппова Г.Г. Психология материнства: учебное пособие. М.: Изд-во Института психотерапии, 2002. 240 с.

20. Циркин С.Ю. Концепция психопатологического диатеза // Независимый психиатр. журн. 1998. № 4. С. 5-8.

21. Шнайдер К. Клиническая психопатология / Пер. с нем. Киев: Сфера, 1999. 236 с.

REFERENCES

1. Ajvazjan, E.B. Razvitie telesnogo i jemocional'nogo opyta zhenshhiny v period beremennosti: dis. ... kand. psihol. nauk. M., 2005. 321 s.

2. Brutman V.I. Osobennosti psihogenii i psihicheskikh narushenij, vznikajushhih vo vremja beremennosti u zhenshhin, otkazyvajushhihsja ot novorozhdennyh // Materinstvo. Psihologosocial'nye aspekty (norma i deviacii). Mat-ly Vserossijskoj nauch.-prakt. konf. Ivanovo-Ples, 6-9 sentjabrja 2002 g. S. 112-115

3. Brutman V.I. Enikolopov S.N. Radionova M.S. Deviantnoe materinskoe povedenie // XII S#ezd psichiatrov Rossii. Sb. trudov. M., 1995. S. 577 - 178

4. Brutman V.I., Radionova M.A. Nezhelannaja beremennost' u zhertv seksual'nogo nasilija (psihologo-psihiatricheskie aspekty problemy) // Voprosy psihologii. 1995. № 1. S. 33-40.

5. Brutman V.I., Radionova M.S. O vnutriutrobnih mehanizmah formirovanija privjazannosti materi i rebenka // Voprosy psihologii. 1997. № 7.

6. Dvorjanchikov N.V. Polorolevaja identichnost' u lic s deviantnym seksual'nym povedeniem: diss... kand. psihol. n. M, 1998.

7. Dobrjakov I.V. Perinatal'naja psihologija. SPb.: Piter, 2010. 272 s.

8. Dovzhikova I.V. Kortizol pri beremennosti (obzor literatury). Bjulleten' VSNC SO RAMN. 2010. № 6 (76). Ch. 1. S. 226-229.

9. Ermoshenko B.G., Krutova V.A. Rol' psihologicheskikh faktorov pri besplodii

(obzor literatury) // *Uspehi sovremennogo estestvoznaniya*. 2005. № 8. S. 17-20.

10. Zhmurov V.A. *Obshhaja psihopatologija*. Irkutsk: Izd-vo Irkutskogo universiteta, 1986. 280 s.

11. Karabanova O.A. *Psihologija semejnyh otnoshenij i osnovy semejnogo konsultirovaniya: Uchebnoe posobie*. — M.: Gardariki, 2005. — 320 s.

12. Kopyl O.A., Bazhenova O.V., Baz L.L.. *Gotovnost' k materinstvu* // *Sinaps*. 1994. № 5. S. 27-38.

13. Mal'gina G. *Stress i beremennost'. Perinatal'nye aspekty*. Ekaterinburg: Charoid. 2002. 188 str.

14. *Psihosomaticheskie rasstrojstva v klinicheskoy praktike* / pod red. A.B. Smulevicha. M.: MEDpress-inform, 2016. 776 s.

15. Sidorov P.I., Chumakova G.N., Shhukina E.G. *Perinatal'naja psihologija: uchebnoe posobie*. SPb.: SpecLit, 2015. 143 s.

16. Snezhnevskij A.V. «*Obshhaja psihopatologija. Kurs lekcij*» / Red.: V.Ju. Kul'bakin. M.: MEDpress-inform, 2015. 208 s.

17. Smulevich A.B., Fil'c A.O., Gusejnov I.G., Drozdov D.V. *K probleme nozogenij. Ipohondrija i somatoformnye rasstrojstva*. M.: Logos, 1992. S. 111-123

18. Smulevich A.B., Thostov A.Sh., Syrkin A.L. i dr. *Klinicheskie i psihologicheskie aspekty reakcii na bolezni* // *Zh. nevropatol. i psihiatr*. 1997. T. 97. №2. C. 4-9.

19. Filippova G.G. *Psihologija materinstva: uchebnoe posobie*. M.: Izd-vo Instituta psihoterapii, 2002. 240 s.

20. Cirkin S.Ju. *Koncepcija psihopatologicheskogo diateza* // *Nezavisimyj psihiatr. zhurn*. 1998. № 4. S. 5-8.

21. Shnajder K. *Klinicheskaja psihopatologija* / Per. s nem. Kiev: Sfera, 1999. 236 s.

22. Oppenheim, Z. // *Zeitschrift für die Gesamte Neurologi und Psychiatri* 1919. Bd 45. S. 1123-1135.

V.I. Brutman

PSYCHOGENIC REACTIONS IN PREGNANT WOMEN – PREGNANTOGENIES⁶

Association of Child Psychiatrists and Psychologists (Moscow).

Summary. This publication reflects the author's opinion on the variety of forms of temporary psychogenic reactions that occurs with women who has a “conflict” (unwanted or overly desirable) pregnancy. Psychopathological conditions, based on the experience of this pregnancy as a stress, are united by the term “pregnantogeny”. The author suggests that the nature of pregnantogeny lies in a complex of factors, the main of which is psychological unpreparedness for motherhood. The article presents the classification of the main syndromes of pregnantogeny.

Keywords: traumatic nature of pregnancy, pregnantogeny, psychological unpreparedness to motherhood, patterns of development of psychotrauma of pregnant women, psychogenic reactions in pregnant women, unwanted pregnancy, conflict with pregnancy.

⁶The final part. The initial part see: *Voprosy psichicheskogo zdorov'ya detey i podrostkov*, 2019, (19), № 2.

Т.Г. Светличная¹, Е.А. Смирнова²**ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ И ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ
ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

¹ФГБОУ ВО Северный государственный медицинский университет (Архангельск), ²ФГБОУ ВО Череповецкий государственный университет, БУЗ ВО «Вологодский областной психоневрологический диспансер №1» (Череповец).

Аннотация: В статье представлено обобщенное понимание феномена зависимости с позиций западных и отечественных теоретико-концептуальных биологических, психологических и социальных подходов к его изучению и используемого терминологического аппарата для применения в медико-социальных исследованиях здоровья и здравоохранения, посвященных обоснованию и разработке эффективных методов первичной профилактики различных видов химической и нехимической зависимости.

Ключевые слова: Интернет-зависимость, зависимое поведение, дети и подростки.

В последние годы все более широкое распространение получает такая форма поведенческой аддикции, как Интернет-зависимость. Ее распространенность в обществе достигает 5% [34]. Это связано с тем, что компьютерные технологии у все большего числа людей, особенно у молодых, становятся неотъемлемым компонентом жизни и общения [3]. Границы их использования постоянно расширяются, а интенсивность влияния на социум непрерывно растет. При этом наиболее подверженными негативному компьютерному воздействию социальными группами являются гуманитарии и лица без высшего образования в отличие от получивших техническое образование и специалистов в области информатики и цифровых технологий [3]. Однако наиболее выраженное деструктивное влияние компьютерные технологии оказывают на самых ранних этапах жизни человека, в детском и подростковом возрастах, вследствие исключительной уязвимости психики детей и подростков и их большей подверженности риску развития зависимого поведения [3, 18]. Противоречивый характер эффектов компьютеризации делает необходимым проведение научного анализа факторов формирования, стадий развития и особенностей проявления Интернет-зависимости у детей и подростков, а также выявления ее возможных связей с другими психологическими параметрами или симптомами психических заболеваний.

Целью данного исследования явилось получение обобщенного систематизированного знания об Интернет-зависимости на основе анализа научных публикаций, посвященных изучению факторов формирования и стадий развития Интернет-зависимости, определению диагностических критериев и выявлению особенностей проявления в детском и подростковом возрастах. Всего проанализированы 34 источника литературы.

Впервые термин « Интернет-аддикция» введен в 1989 г. английским психологом М.А. Shotton [32] в отношении специалистов по разработке компьютерной техники и программного обеспечения. Начало научному изучению Интернет-зависимости положено американскими учеными - клиническим психологом К.С. Young и психиатром А. Goldberg. Для определения зависимости от Интернета в 1994 г. К.С. Young разработан первый 8-вопросный опросник. В 1995 г. А. Goldberg предложен первый набор диагностических критериев зависимости от Интернета, а

в 1996 г. впервые введен в научный оборот термин « Интернет-зависимость» как непреодолимое желание пользоваться Интернетом, «оказывающее пагубное воздействие на бытовую, учебную, социальную и психологическую сферы деятельности» человека [28]. В 1998 г. K.S. Young [34] дано аналогичное определение компьютерной зависимости как пристрастия к занятиям, связанным с использованием компьютера, приводящего к резкому сокращению всех остальных видов деятельности, ограничению общения. N.A. Shapiro et al. [31] для описания Интернет-зависимости ввели понятие «проблематичное» или «патологическое» использование Интернета». А.Е. Войскунский [7] сравнивал зависимость от Интернета с гэмблингом, рассматривая как одну из его разновидностей. В.Л. Малыгин с соавт. [14] определяли Интернет-зависимость как форму аддиктивного поведения на стадии доболезненного расстройства. Весьма близким к такому пониманию являлось представление J.M. Grohol [24] о зависимости от Интернета как первой стадии освоения информационных технологий. А.О. Бухановский [6], наоборот, предлагал объединить все формы зависимого поведения единым понятием «болезнь зависимости» или «болезнь зависимого поведения».

Причиной появления Интернет-зависимости является компьютеризация и Интернетизация практически всех сфер жизнедеятельности человека. Это объясняется особой аддиктогенностью Интернета. Его отличает: возможность многочисленных анонимных социальных интеракций; виртуальная реализация фантазий и желаний с установлением обратной связи; нахождение желаемых контактов, удовлетворяющих любым требованиям; установление новых контактов и их прерывание; неограниченный доступ к информации, различным развлечениям и играм [22].

Основными видами проявления Интернет-зависимости являются:

1) информационная – возникает вследствие бесконечного поиска информации по различным сайтам, увлекающего людей доступностью, разнообразием и безграничностью информационных ресурсов [15];

2) игровая – заключается в навязчивом желании играть в компьютерные игры [11, 14], особенно в онлайн-игры – анонимные, ролевые, командные, разнообразные по сюжетам и используемому имиджу, осуществляемые в реальном времени, с широким применением анимации, специальных эффектов, графического и звукового оформления [17];

3) коммуникационная – проявляется в избыточности виртуальных знакомых и друзей вследствие отсутствия оценки по внешним данным, необходимости быстрого формулирования мыслей и наличия возможности общаться от другого лица [16];

4) онлайн-магазинная – выражается в непреодолимой потребности тратить деньги при совершении быстрых и разнообразных покупок сразу на нескольких сайтах, игре на бирже, участии в аукционах, результаты которых становятся известными почти мгновенно. Доступность, простота, отсутствие посредников, скорость реакции, переживание сильных эмоций от выигрышей и проигрышей, доходов и расходов, побед и поражений, успехов и неудач способствуют развитию этого вида зависимости от Интернета;

5) киберсексуальная – наблюдается в 20% случаев Интернет-зависимости [23] и характеризуется непреодолимым влечением к посещению порносайтов и занятию киберсексом вследствие сексуальной неудовлетворенности, недостаточного общения, разногласия в подходах к воспитанию детей, финансового неблагополучия в семье. Интенсивность, доступность, анонимность, расторможенность и возрастающая интимность общения являются факторами, способст-

вующими развитию зависимости.

Согласно Н.А. Безвербной [3] инклюзия молодых людей в Интернет-пространство происходит как по аддитивному, так и по адаптивному варианту. Аддитивный вариант, ведущий к формированию Интернет-зависимости, включает три стадии [33]. На первой, начальной стадии знакомства с Интернетом возникает заинтересованность новыми возможностями, которые он открывает. На второй стадии Интернет начинает замещать значимые стороны жизни. Третья, заключительная стадия заключается в бегстве из реальной действительности, и «это бегство не дает предпринять попытки что-либо изменить в своем реальном мире», потому что человек начинает жить где-то в другом месте. Согласно С.Э. Давтяну [8], патологическое влечение к виртуальному общению развивается по аналогичной траектории: сначала увлечение новыми возможностями, затем появление абстиненции и, наконец, возникновение социальной дизадаптации.

Адаптивный вариант включения в Интернет-пространство раскрывают представления J.M. Grohol [24]. Он рассматривал зависимость от Интернета как первую стадию освоения информационных технологий – стадию очарования и описывал ее в поведенческих реакциях психологической зависимости. В последующем она сменяется стадией разочарования, и завершается процесс освоения третьей стадией – стадией сбалансированного, разумного использования Интернета. Однако такой благоприятный вариант развития касается лишь одной части пользователей. Другая часть рискует быть втянутой в виртуальный мир в своих попытках избежать трудностей и проблем реальной действительности или в поиске развлечений.

Для определения зависимости от Интернета K.S. Young и A. Goldberg разработали первые наборы диагностических критериев. K.S. Young [34] предложила следующие признаки: навязчивое стремление постоянно проверять электронную почту, предвкушение следующего сеанса онлайн, увеличение времени и количества денег, расходуемых на онлайн. A. Goldberg [22] выделил психологические и физические симптомы Интернет-зависимости. К психологическим признакам он отнес: хорошее самочувствие за компьютером; невозможность остановиться; увеличение времени, проводимого за компьютером; пренебрежение семьей и друзьями; ощущение пустоты, депрессии, раздражения не за компьютером; ложь работодателям и членам семьи о своей деятельности; проблемы с работой или учебой; к физическим проявлениям - синдром карпального запястья; сухость в глазах; головные боли по типу мигрени, боли в спине; нарушение питания, расстройство сна, пренебрежение личной гигиеной.

N.A. Shapiro et al. [31] для определения понятия «проблематичное использование Интернета» использовали три характеристики: оно является (1) неконтролируемым, (2) заметно беспокоящим, отнимающим много времени и приводящим к социальным, профессиональным и финансовым трудностям, (3) проблемой (но не единственной), сопровождающей гипоманиакальные и маниакальные симптомы.

Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитриева [13] уточнили выделенные ранее психологические признаки Интернет-зависимости: повышенное настроение во время использования Интернета; неудержимое влечение к выходу в Интернет; трудности в прекращении сеанса связи; нарастающие отрицательные эмоции вне общения с компьютером; потеря интереса к семье, работе, прежним увлечениям; безответственность и невыполнение обязанностей на работе и дома; частые ошибки в производственной деятельности.

Личность подростков, «проблемных» пользователей Интернета, характери-

зуются ярко выраженными психологическими особенностями. А.Ю. Егоров и соавт. [9] у 96,5% подростков с Интернет-зависимостью выявили шизоидные (29,8%), истероидные (19,3%), лабильные (12,3%), эпилептоидные (12,3%), неустойчивые (7,0%), психастенические (7,0%), астеноневротические (5,3%) и гипертимные (3,5%) акцентуации характера. Интернет-зависимых отличают также интроверсия, одиночество [20], агрессивность, враждебность [21], сниженный самоконтроль, нарциссизм [25], низкая самооценка [26], нейротизм [27], низкий эмоциональный интеллект [29]. N.A. Shapiro et al. [31] установили, что у 95% «проблематичных» пользователей Интернета имелся близкий родственник, лечащийся у психиатра, а 85% сами обращались за психиатрической помощью, являясь импульсивными людьми, страдающими либо биполярным аффективным расстройством, либо социальными фобиями.

Установлена взаимосвязь Интернет-зависимости и психических расстройств. В одних случаях Интернет-зависимость, являясь «отражением иных, первичных психический заболеваний», обнаруживается наряду с фобиями и аффективными расстройствами [30], в других – психические расстройства являются следствием Интернет-зависимости [17]. Они выражаются в нарушении мотивационной и эмоционально-волевой сфер, повышении уровня реактивной и личностной тревожности, усилении акцентуации характера. Одновременно наблюдается склонность к замене одной зависимости на другую у одного и того же индивида [10].

Как было сказано выше, наибольшему риску развития Интернет-зависимости подвержены дети и подростки, с раннего возраста вовлекаемые в мир виртуальных возможностей. На формирование Интернет-зависимости у детей и подростков оказывают влияние социальные (семья и школа) и психологические (застревающие и шизоидные черты характера, высокий уровень тревожности, наличие клинически выраженной депрессии) факторы [2].

Стремление к идентификации, интимности, принадлежности, сепарации от родителей, избавлению от фрустрации являются основными причинами, по которым дети и подростки включают в Интернет-пространство [1]. Однако желаемые эффекты возникают только во время пребывания в Интернете. С возвращением в реальный мир возвращаются и связанные с ним конфликты, переживания, проблемы, и возникает желание снова вернуться в Интернет-пространство. Так сначала формируется привязанность к Интернету, а затем и зависимость от него. Вместе с тем побудительной причиной обращения детей и подростков к Интернету, по мнению Ф.А. Саглам [18], является нарушенное равновесие с социальной средой, затрудняющее адаптацию ребенка к требованиям этой среды. К факторам, формирующим дисгармоничные отношения с социальной средой, относятся [18]:

- 1) низкая социально-психологическая адаптация – ощущение чувства скованности в группе;
- 2) негативная «Я-концепция» - сильное расхождение между реальным и идеальным Я;
- 3) трудности в коммуникативной деятельности – сложности в общении и установлении контактов с людьми;
- 4) несформированные организаторские навыки – неспособность к рациональному определению времени пребывания в Интернете.

Н.А. Безвербная [3], анализируя динамику использования Интернета молодыми людьми, выявила количественные (рост доли включенных в Интернет-пространство) и качественные (постоянно увеличивающаяся информационная и

психологическая потребность в Интернете; недооценка проведенного в Интернете времени; несостоятельность критической самооценки пребывания в Интернете) тенденции. В настоящее время реализация потребности в общении со сверстниками и поиск идентичности, характерные для подросткового возраста, все в большей степени осуществляются в Интернет-пространстве, постепенно перемещаясь в него из реальной действительности [2, 5], в результате чего Интернет начинает выполнять функцию социализации [4, 19].

Таким образом, научное восприятие феномена Интернет-зависимости является не до конца сформированным. Для его описания ученые используют целый ряд понятий: от стадии освоения информационных технологий и формы зависимого поведения как донологического расстройства до «проблемного» или «патологического» использования Интернета и даже – болезни зависимости. Вместе с тем существование заболевания, именуемого Интернет-зависимостью, в настоящее время научным сообществом не признается, а сама зависимость от Интернета не входит в список психических заболеваний и расстройств действующих классификаций болезней МКБ-10 и DSM-IV. Большинство ученых не находит убедительных оснований для рассмотрения Интернет-зависимости как болезни: не описаны психопатологические симптомы, особенности течения болезни и ее исход; не решен вопрос о сходстве и истинной коморбидности всех форм патологического аддиктивного поведения. Однако существование феномена Интернет-зависимости и соответствующих форм аддиктивного поведения у ученых не вызывает сомнений.

Особой группой риска развития Интернет-зависимости являются дети и подростки, что объясняется физиологическими и психологическими особенностями детско-подросткового возраста. На формирование Интернет-зависимости у детей и подростков влияют объективные и субъективные факторы. К объективным факторам может быть отнесен сам Интернет как потенциально аддиктогенный агент и выполняемая им функция цифровой социализации, постепенно вытесняющая из этой сферы традиционные социальные институты – семью и школу. Субъективными факторами являются дисгармоничные отношения с микросоциальной средой (семьей и школой) как побудительная причина обращения к Интернету, а также наличие психологических и психических расстройств. Физические и психологические признаки Интернет-зависимости у детей и подростков аналогичны взрослым людям, однако по своим медицинским и социальным последствиям они являются несоизмеримыми.

В этой связи наряду с психологическим и психиатрическим исследованием феномена Интернет-зависимости у детей и подростков требуется тщательное медико-социологическое изучение причин и конечных эффектов использования Интернета. Это необходимо для разработки методов целенаправленной медико-социальной работы по достижению позитивных результатов: предупреждению развития Интернет-зависимости в детском и подростковом возрастах и коррекции возможных негативных последствий в юношеском и зрелом возрасте.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Асмолов А.Г., Цветкова Н.А., Цветков А.В. Психологическая модель Интернет-зависимости личности // Мир психологии. - 2004.- Т. 25.- № 1.- С. 90-100.
2. Бабарахимова С.В. Современные проблемы и риски развития Интернет-зависимого поведения у детей и подростков // Вопросы психического здоровья детей и подростков. - 2017 (17). - № 2. - С. 18-19.

3. Безвербная Н.А. Аддиктивные модели инклюзии молодежи в Интернет-пространство // Научные труды SWORLD. - 2015. - Т 10. - № 1(38). - С.22-26.

4. Белинская Е.П. Информационная социализация подростков: опыт пользования социальными сетями и психологическое благополучие // Психологические исследования. - 2013. - Т. 6. - № 30. - С. 5.

5. Белинская Е.П., Вознесенская В.С. Проблема регуляции социального поведения в теориях информационного общества и реальность сетевого взаимодействия // Психологические исследования. - 2016. - Т. 9. - № 48. - С. 5.

6. Бухановский А.О. Зависимое поведение: клиника, динамика, систематика, лечение, профилактика. - Ростов-на-Дону, 2002. – 60 с.

7. Войсунский А.Е. Актуальные проблемы психологии зависимости от Интернета // Психологический журнал. – 2004. - т. 25. - № 1. - С. 90-100.

8. Давтян С.Э. Клинико-катамнестический анализ одной разновидности Интернет-аддикции (патологического влечения к виртуальному общению). [Электронный ресурс]. URL: <http://www.bibliofond.ru/view.aspx?id=101844> (Дата обращения 06.07.2017).

9. Егоров А.Ю., Кузнецова Н.А., Петрова Е.А. Особенности личности подростков с Интернет-зависимостью // Вопросы психического здоровья детей и подростков. - 2005 (5). - № 2. - С. 20-27.

10. Зальмунин К.Ю., Менделевич В.Д. Химические и нехимические аддикции в аспекте сравнительной аддиктологии // Ж. неврол. и психиатр. им. С.С.Корсакова. - 2014. - 114(5). - С.3-8.

11. Зарецкая О.В. Зависимость от компьютерных онлайн-игр как разновидность аддиктивного поведения // Социальная психология и общество. – 2016. - № 7 (3). - С. 105-120.

12. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Социодинамическая психиатрия. - М., Екатеринбург, 2000. – 460 с.

13. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Психосоциальная аддиктология. - Новосибирск, Изд-во «Олсиб», 2001. – 251 с.

14. Малыгин В.Л., Искандирова А.С., Смирнова Е.А., Хомерики Н.С. Нехимические аддикции, патологический гемблинг, зависимость от азартных компьютерных игр, Интернет-зависимость. Клиника, предикторы развития, критерии диагностики // Вопросы психического здоровья детей и подростков. - 2009 (9). - № 2. - С. 23-35.

15. Марцинковская Т.Д. Информационное пространство как фактор социализации современных подростков // Мир психологии. – 2010. - № 3. - С. 90–102.

16. Пережогин Л.О. Интернет-аддикция в подростковой среде. [Электронный ресурс]. URL: <http://cyberpsy.ru/2011/05/perezhogin-l-o-internet-addikciya-v-podrostkovoj-srede/> (Дата обращения 06.07.2017).

17. Рыбалтович Д.Г. Психологические особенности пользователей онлайн-игр с различной степенью аддикции. Дис. к. психол. н. – СПб., 2012. - 182 с.

18. Саглам Ф.А. Педагогические условия коррекции Интернет-аддикции у подростков. Дис. к. пед. н. - Казань, 2009. – 214 с.

19. Собкин В.С., Федотова А.В. Подросток в социальных сетях: риски и реакции // Вопросы психического здоровья детей и подростков. - 2018 (18) - № 4. - С. 47-56.

REFERENCES

1. Asmolov A.G., Cvetkova N.A., Cvetkov A.V. Psihologicheskaja model' Internet-zavisimosti lichnosti // Mir psihologii. - 2004.- Т. 25.- № 1.- С. 90-100.

2. Babarahimova S.V. Sovremennye problemy i riski razvitiya Internet-zavisimogo povedeniya u detej i podrostkov // Voprosy psicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. - 2017 (17). - № 2. - S. 18-19.
3. Bezverbnaja N.A. Additivnye modeli inkluzii molodezhi v Internet-prostranstvo // Nauchnye trudy SWORLD. - 2015. - T 10. - № 1(38). - S.22-26.
4. Belinskaja E.P. Informacionnaja socializacija podrostkov: opyt pol'zovaniya social'nymi setjami i psihologicheskoe blagopoluchie // Psihologicheskie issledovaniya. - 2013. - T. 6. - № 30. - S. 5.
5. Belinskaja E.P., Voznesenskaja V.S. Problema reguljarii social'nogo povedeniya v teorijah informacionnogo obshhestva i real'nost' setevogo vzaimodejstviya // Psihologicheskie issledovaniya. - 2016. - T. 9. - № 48. - S. 5.
6. Buhanovskij A.O. Zavisimoe povedenie: klinika, dinamika, sistematika, lechenie, profilaktika. - Rostov-na-Donu, 2002. – 60 s.
7. Vojskuskij A.E. Aktual'nye problemy psihologii zavisimosti ot Interneta // Psihologicheskij zhurnal. – 2004. - t. 25. - № 1. - S. 90-100.
8. Davtjan S.Je. Kliniko-katamnesticeskij analiz odnoj raznovidnosti Internet-addikcii (patologicheskogo vlecheniya k virtual'nomu obshheniju). [Elektronnyj resurs]. URL: <http://www.bibliofond.ru/view.aspx?id=101844> (Data obrashheniya 06.07.2017).
9. Egorov A.Ju., Kuznecova N.A., Petrova E.A. Osobennosti lichnosti podrostkov s Internet-zavisimost'ju // Voprosy psicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. - 2005 (5). - № 2. - S. 20-27.
10. Zal'munin K.Ju., Mendelevich V.D. Himicheskie i nehimicheskie addikcii v aspekte sravnitel'noj addiktologii // Zh. nevrol. i psihiatr. im. S.S.Korsakova. - 2014. - 114(5). - S.3-8.
11. Zareckaja O.V. Zavisimost' ot komp'yuternyh onlajn-igr kak raznovidnost' addiktivnogo povedeniya // Social'naja psihologija i obshhestvo. – 2016. - № 7 (3). - S. 105-120.
12. Korolenko C.P., Dmitrieva N.V. Sociodinamicheskaja psihiatrija. - M., Ekaterinburg, 2000. – 460 s.
13. Korolenko C.P., Dmitrieva N.V. Psihosocial'naja addiktologija. - Novosibirsk, Izd-vo «Olsib», 2001. – 251 s.
14. Malygin V.L., Iskandirova A.S., Smirnova E.A., Homeriki N.S. Nehimicheskie addikcii, patologicheskij gembling, zavisimost' ot azartnyh komp'yuternyh igr, Internet-zavisimost'. Klinika, prediktory razvitiya, kriterii diagnostiki // Voprosy psicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. - 2009 (9). - № 2. - S. 23-35.
15. Marcinkovskaja T.D. Informacionnoe prostranstvo kak faktor socializacii sovremennyh podrostkov // Mir psihologii. – 2010. - № 3. - S. 90–102.
16. Perezhogin L.O. Internet-addikcija v podrostkovoj srede. [Elektronnyj resurs]. URL: <http://cyberpsy.ru/2011/05/perezhogin-l-o-internet-addikciya-v-podrostkovoj-srede/> (Data obrashheniya 06.07.2017).
17. Rybaltovich D.G. Psihologicheskie osobennosti pol'zovatelej onlajn-igr s razlichnoj stepen'ju addikcii. Dis. k. psihol. n. – SPb., 2012. - 182 s.
18. Saglam F.A. Pedagogicheskie usloviya korrekcii Internet-addikcii u podrostkov. Dis. k. ped. n. - Kazan', 2009. – 214 s.
19. Sobkin V.S., Fedotova A.V. Podrostok v social'nyh setjah: riski i reakcii // Voprosy psicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. - 2018 (18) - № 4. - S. 47-56.
20. Caplan S.E. Problematic Internet use and psychosocial well-being: development of a theory – based cognitive-behavioral measurement instrument / S.E. Caplan // Computers in Human Behavior. 2002. Vol. 18. № 5. P. 553-575;

21. Chiu S.I. Video game addiction in children and teenagers in Taiwan/ S.I. Chiu, J.Z. Lee, D.H. Huang // *Cyber Psychology and Behavior*. 2004. Vol. 7(5). P. 571–581;
22. Goldberg A. Internet addiction disorder. 1996 // *Psychom.net* [Electronic resource]. – <http://www.psychom.net> (accessed 17.07.2017);
23. Greenfield D.N. Virtual Addiction: Help for Netheads, Cyberfreaks, and Those Who Love Them. Oakland: New Harbinger Publ., 1999;
24. Grohol J.M. What is Internet Addiction Disorder [Electronic resource]. – <http://psychcentral.com/netad-diction/> 1999 (accessed 14.12.2017);
25. Kim K. Internet addiction in Korean adolescents and its relation to depression and suicidal ideation: a questionnaire survey / K. Kim, E. Ryu, M-Y. Chon et al. // *International Journal of Nursing Studies*. – 2006. – Vol. 43. – P. 185-192;
26. Ko C.H. Proposed diagnostic criteria of Internet addiction for adolescents / C.H. Ko, J.Y. Yen, C.C. Chen, S.H. Chen, C.F. Yen // *The Journal of Nervous and Mental Disease*. – 2005. – Vol. 193. – P. 728-733;
27. Mehroof M. Online gaming addiction: the role of sensation seeking, selfcontrol, neuroticism, aggression, state anxiety, and trait anxiety / M. Mehroof, M.D. Griffiths // *Cyber Psychology and Behavior*. – 2010. – Vol. 13 (3). – P. 313–316;
28. Net Addiction. [Electronic resource]. – URL <http://netaddiction.com/articlelist/> (accessed 05.07.2017);
29. Parker J.D., Taylor R.N., Eastabrook J.M., Schell S.L., Wood L.M. Problem gambling in adolescence: relationships with internet misuse, gaming abuse and emotional intelligence // *Personality and Individual Differences*. – 2008. – Vol. 45. – P. 174–180;
30. Shaffer H.J., Hall M.N., van der Bilt J. “Computer addiction”: A critical consideration // *American J. of Orthopsychiatry*. 2000. Vol. 70(2). P. 162-168;
31. Shapiro N.A., Goldsmith T.D., Keck P.E. et al. Psychiatric features of individuals with problematic Internet use // *J. of Affective Disorders*. 2000. V. 57(1-3). P. 267-272;
32. Shotton M.A. Computer addiction? A Study of Computer Dependency. London, 1989;
33. Wang G.J., Volkow N.D., Fowler J.S. The role of dopamine in motivation for food in humans: implications for obesity // *Expert Opinion on Therapeutic Targets*. 2002. Vol. 6. P. 601–609;
34. Young K.S. Caught in the Net: How to Recognize the Signs of Internet Addiction - and a Winning Strategy for Recovery. N.Y. e. a.: John Wiley & Sons, 1998.

T.G. Svetlichnaya¹, E.A. Smirnova²

FORMATION FACTORS AND PECULIARITIES OF INTERNET-DEPENDENCE MANIFESTATION IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

¹Northern State Medical University (Arkhangelsk), ²Cherepovets State University (Cherepovets), ²Vologda Regional Psychoneurological Dispensary № 1 (Cherepovets).

Summary. Generalized understanding of the phenomenon of dependency from the points of view of Western and Russian theoretical-conceptual biological, psychological and social approaches to its study and the used definitions to be applied in the medical-social investigations of health and health care, devoted to justification and development of effective methods for primary prevention of various types of chemical and non-chemical dependency

Keywords: internet addiction, addictive behavior, children and adolescents.

**УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ:
ОБЗОР ПУБЛИКАЦИЙ ПОСЛЕДНЕГО ДЕСЯТИЛЕТИЯ⁷
ФГБНУ НЦПЗ (Москва).**

Резюме. Проанализированы научные труды последнего десятилетия, посвященные проблеме распространенности, клинической динамики, терапии умственной отсталости у детей и подростков, социальной адаптации больных. Привлечены сведения из баз данных PubMed, eLibrary. Из публикаций следует, что данные о распространенности умственной отсталости противоречивы. Исследователи сообщают о возможности отрицательной динамики расстройств. Этиопатогенетические подходы к терапии умственной отсталости недостаточно разработаны, основное место в реабилитации занимает социальная адаптация пациентов.

Ключевые слова: умственная отсталость, распространенность, терапия, социальная адаптация.

Тему умственной отсталости (УО), часто встречающейся и инвалидизирующей патологии, в научных работах освещают регулярно, однако внимание к этой нозологии нельзя назвать соотносимым с ее клиническим и социальным значением. Так, по результатам запроса «УО» («mental retardation») в отечественной базе данных РИНЦ за период 2010-2019 г.г. нами обнаружено 3 924 публикации, в международной базе данных PUBMED – 30755; тогда как по запросу «депрессия» («depression») 12164 и 173067 соответственно; «шизофрения» («schizophrenia») 5131 и 49843; «эпилепсия» («epilepsy»): 4303 и 52489. В материалах XVI съезда психиатров России проблемам УО был посвящен лишь один доклад и 2 тезисных сообщения, что в целом свидетельствует о недостаточном интересе исследователей к теме, которая отнюдь не теряет с годами своей актуальности, достаточно упомянуть, что в среднем около трети детей и подростков, наблюдающихся в отечественной амбулаторной психиатрической сети, это лица, страдающие УО [8, 17, 22, 31, 32, 33]. Половина контингента детей-инвалидов по психическому заболеванию составляют больные с обсуждаемой нозологией [3, 9, 12, 18, 26, 29, 30].

Представленный обзор литературы осуществлен с **целью** систематизации современных научных данных, посвященных распространенности, клинической динамике, терапии умственной отсталости у детей и подростков, социальной адаптации пациентов с данной нозологией.

Материал и методы: проанализированы научные труды, появившиеся в литературе за последнее десятилетие: 2010 – 2019 г.г., были привлечены сведения из баз данных PubMed, eLibrary.

Результаты и обсуждение. Согласно современным представлениям, УО – состояние задержанного или неполного развития психики с нарушением способностей, обеспечивающих общий уровень интеллекта, что должно проявиться уже в периоде созревания (до 18 лет). В ICD-10 и DSM-5, МКБ-10 названы три основ-

⁷Начало. Окончание см. Вопросы психического здоровья детей и подростков, 2019 (19), № 4.

ных параметра, необходимых для диагностики УО: низкие когнитивные способности, сниженное социальное функционирование, появление данных нарушений до 18-летнего возраста. Уровень когнитивных способностей в ICD-10, МКБ-10, DSM-5 определяется по интеллектуальному коэффициенту (IQ), уровень социального функционирования (в ICD-10, DSM-5) – с использованием шкалы Вайнленд. Если известна этиология УО, рекомендовано ее указывать, также при диагностике должна быть сообщена степень поведенческих нарушений.

М.О. Bertelli с соавт. [39] обсуждают необходимость ревизии критериев УО с их количественным увеличением, что мотивируется недостаточностью в использовании показателя IQ – он не отражает, к примеру, сложностей в адаптации пациентов, динамику показателей интеллекта; назрела необходимость создания более полной дефиниции понятия «интеллект». Исследователи склоняются к его пониманию как более широкого комплекса функций. Рабочая группа по разработке МКБ-11 предлагает расширить количество критериев для постановки диагноза УО. Помимо оценки собственно коэффициента IQ, врач должен будет с помощью различных методик оценивать и другие когнитивные функции пациента: исполнительные (оперативные), перцептивный процесс, скорость выполнения заданий, вербальную апперцепцию, уровень внимания и памяти, а также уровень дизадаптации и трудности усвоения нового материала.

Распространенность умственной отсталости. Результаты основных отечественных и зарубежных исследований, опубликованных за десятилетие и посвященных распространенности УО, приведены в табл. 1, демонстрирующей противоречивость данных, полученных различными методами: изучались статистические отчеты официальных психиатрических служб, переписи населения, проводились когортные и скрининговые работы с последующим анализом выделенных групп, аккумулировались сведения электронных ресурсов.

Таблица 1.

Исследования распространенности умственной отсталости

Авторы	Объект и методология. Основные результаты
Данные Росстата, [13]	У детей в возрасте 0-14 лет с 2005 до 2016 гг. снизилась распространенность УО с 5,6 на 1000 в 2005 г. до 3,7/1000 в 2016 г. Та же тенденция наблюдается и у подростков 15-17 лет: в 2005 г. 11,2/1000; в 2016 г. 9,5/1000.
Семенова Н.В. с соавт. [27]	<i>Данные статистической отчетности по Северо-западному федеральному округу РФ.</i> Распространенность УО в РФ и СЗФО в 2001-2015 гг. уменьшилась на 10,2% и 13,5% соответственно. В 2001 г. распространенность УО в РФ составляла 6,75/1000; в 2015 - 6,06/1000. С СЗФО в 2001 г. – 5,31 /1000; в 2015 г. – 4,59/1000.
Макушкин Е.В. с соавт. [17]	<i>Данные статистической отчетности по РФ.</i> В 2012 г. распространенность УО среди детей, живущих в городах, составила 6,1/1000 (уменьшилась в сравнении с 1991г., когда составляла 8,0/1000); среди подростков – 13,9/1000 (в 1991 г.: 18,2/1000). В 2012 г. распространенность УО среди детей из сельской местности, составила 10,2/ 1000 (увеличилась в сравнении с 1991г., когда составляла 8,7/1000); среди подростков – 29,3/1000 (в 1991 г. – 26,9/1000).
Муравьев А.И. [24]	<i>Данные статистической отчетности по Брянской области за 1991-2008 г.г. Изучен контингент родившихся с 1987 по 2008 г.г. после аварии на Чернобыльской атомной станции.</i> Распространенность УО в Брянской области в 1991 г.: 6,5/1000. В изучаемых районах она была выше: 9,3/1000 в радиационно загрязненном Новозыбковском и

	9,2/1000 в «чистом» Жуковском. В 2008 г. распространенность УО возросла в обоих районах: в загрязненном до 19,8/1000, в «чистом» до 14,6/1000. Т. о. в детском населении радиационно загрязненного района значимо чаще выявлялась УО. В «чистом» районе рост заболеваемости УО был достоверно ниже.
Кузьмичев Б.Н. [15]	<i>Анализировалась динамика показателей распространенности УО у подростков 15-19 лет в Тверском регионе и г. Твери.</i> Средне областной показатель распространенности УО был выше, чем в городе: 49,3 и 21,9 на 1000 подростков соответственно. За 17-летний период показатель в области возрос в 0,09 раза; по городу Твери он снизился в 1,6 раза. Областные показатели распространенности и темпы роста УО значительно различались в зависимости от района проживания.
Бохан Н.А. с соавт., [5]	<i>Данные статистической отчетности по одному из сельских районов Томской области с 2001 по 2010 г.г.</i> Распространенность УО в 2002 г. составила 4,3 на 1000 детей 0-17 лет, к 2006 г. она уменьшилась до 1,6/1000, что авторы относят за счет избегания больными стигматизации. Первичная выявляемость УО за этот период возросла в 4 раза.
Михейкина О.В. [22]	<i>Данные статистической отчетности о детях 0-15 лет, проживающих в г. Брянске.</i> Выявлена тенденция к увеличению распространенности УО с 5 до 6 на 1000 детского населения.
Ступина О.П. [28]	<i>Анализ статистических показателей Забайкальского края за 1998-2010 г.г.</i> В 1998-2010 г.г. болезненность УО детского населения Забайкальского края оставалась стабильно высокой, превышая таковую по России и Сибирскому федеральному округу. За 13 лет она выросла почти в 1,6 раза с 8,9/1000 в 1998 г. до 13,9/1000 в 2010 г.
McConkey R. et al. [58]	<i>Данные переписи населения и сведения из «Национальной базы данных интеллектуальных нарушений» (Ирландия).</i> В 2011 г. по данным переписи распространенность УО среди лиц 5-19 лет: 17,7/1000 детского населения; в 2016 г. – 22,2. По сведениям «Национальной базы данных» о лицах, получающих или нуждающихся в специализированных услугах из-за УО распространенность УО в 2011 г.: 9,7/1000; в 2016 г. – 9,4.
Karam SM. et al. [51]	<i>Обследование когорты по рождению: дети, родившиеся в 2004г. в г. Пелотас (Бразилия).</i> Среди 4-х летних детей распространенность УО составляла 4,5% (45 человек на 1000).
Soltani S. et al. [66]	<i>Данные Статистического центра Ирана.</i> Согласно результатам переписи в 2011 г., распространенность УО среди детского населения составляла 5,5/1000. Таким образом, распространенность УО в Иране ниже глобальных оценок, что авторы связывают с различием методов сбора данных.
Bourke J. et al. [40]	<i>Когортное исследование детей 1983-2005 г.г. рождения в Западной Австралии.</i> Общая распространенность УО: 17,0 на 1000 детей, что выше по сравнению с 10-летием ранее: 14,3/1000. Распространенность УО среди детей-аборигенов: 39,0/1000; по сравнению с 15,7/1000 детей, не аборигенов.
Lai D.C. et al. [53]	<i>Данные о детях 3-17 л. с УО из национального реестра инвалидности Тайваня.</i> За период 2004 - 2010 г.г. распространенность УО постоянно увеличивалась с 4,40/1000 до 5,79/1000. Более высокая распространенность УО наблюдалась в сельских районах.
Obi O. et al. [59]	<i>Сплошное обследование 8-летних детей (Атланта, США).</i> Распространенность УО с 2002 по 2006 годы варьировала от 11,1 до 12,6 на 1000, составляя в среднем 11,7 на тысячу 8-летних детей.
Raina S.K. et al. [62]	<i>Путем сплошного скрининга и дальнейшего клинического осмотра установлена распространенность УО среди детей 3-10 лет в поселке Пура (Индия).</i> Распространенность УО: 7,2/1000. Авторы считают, что относительно низкая распространенность УО в Пура ассоциирована с продолжающимся экономический ростом в этом регионе.
Boyle CA. et al. [41]	<i>Изучены данные о детях 3 - 17 л. из национальных опросов о состоянии здоровья, проведенных в 1997–2008 г.г. (США).</i> Распространенность

	УО: 7,1 на 1000 детей.
Lin LP. et al. [54]	<i>Электронный поиск данных литературы для оценки распространенности УО в Тайване.</i> Распространенность УО увеличилась с 3,18 до 3,96 на 1000 человек за период 2000 - 2007 г.г. Увеличение населения с УО особенно значительно среди детей школьного возраста и молодых взрослых.
Maulik PK. et al. [57]	<i>Мета-анализ данных, опубликованных в 1980-2009 г.г.</i> Распространенность УО в среднем составила 10,37/1000 населения. Самые высокие показатели отмечены в странах с низким и средним уровнем дохода. Распространенность УО выше в исследованиях детских и подростковых контингентов.
Girimaji SC. et al. [47]	<i>Анализ сведений в базах PubMed, Google scholar, индийских базах данных, для оценки распространенности УО в Индии.</i> Выявлен значительный разброс данных о распространенности УО: от 1 - 4/1000, до 10 - 30/1000.
Søndena E. et al. [67]	<i>Статистическая отчетность Норвегии за 2008 г.</i> Распространенность УО: 4,4/1000. Выявлены значительные географические различия распространенности УО.

Отечественными авторами в основном анализировались данные статистической отчетности, полученные на основе обращаемости в связи с УО. Несмотря на снижение распространенности УО среди детей и подростков, регистрируемой Росстатом и отдельными исследователями [5, 13, 27], в отечественных источниках сообщается о росте распространенности и заболеваемости УО среди детей и подростков, проживающих в сельской местности [15, 17, 28], в экологически неблагоприятных районах [22, 24]. Одновременно с этим отмечено снижение показателей распространенности и заболеваемости УО у детей и подростков, проживающих в городах [15, 17]. Отмечается, что показатели распространенности УО имеют значительный разброс в зависимости от районов проживания даже в пределах одного территориального образования [15, 24]. Распространенность УО среди подростков превышает таковую у детей [15, 17], что, по-видимому, обусловливается накоплением случаев первичной диагностики УО на протяжении взросления пациентов, повышенной обращаемостью подростков мужского пола для обследования на предмет годности к военной службе.

Отечественными исследователями приводятся данные распространенности УО в детей и подростков, колеблющиеся в широком диапазоне: от 1,6 до 49,3 на 1000, что, очевидно, обусловлено неоднородностью контингентов включенных в исследования. Необходимо отметить, что снижение распространенности УО в России за последние годы происходит при сохраняющемся росте числа детей-инвалидов с этим заболеванием [17, 30]. Снижение распространенности УО в России, по мнению отечественных исследователей, стало следствием ряда причин: реформирования здравоохранения, сопровождающегося уменьшением количества психиатрических коек в стационарах, сокращением количества детских и подростковых психиатров; произошедшими изменениями в законодательной сфере, способствовавшими ужесточению критериев отбора на некоторые виды специальностей; изменениями в области учета больных (всеобщая компьютеризация, создание баз данных о пациентах, обратившихся к психиатрам), что увеличило избегание больными официального психиатрического наблюдения и учета, усилился отток пациентов в частные психиатрические службы. Перечисленные тенденции вкупе повлекли снижение выявляемости психических заболеваний, УО в том числе.

В зарубежных работах также отмечаются значительные колебания распро-

странности УО как в пределах государств, так и областей и районов в границах отдельно взятых стран. Приводятся данные распространенности УО в детско-подростковом контингенте в пределах от 4,4 до 45 на 1000 детского населения. Наиболее высокие показатели зафиксированы в развивающихся странах [47, 51]. В некоторых исследованиях из развивающихся стран показатели наоборот занижены, по-видимому, вследствие недостаточного выявления и учета случаев заболеваний [66]. Более высокая распространенность УО фиксируется в исследованиях детско-подростковых контингентов по сравнению с исследованиями взрослых. В районах экологического неблагополучия распространенность УО заметно выше. Психиатрами России, Белоруссии, Украины активно обсуждается радиационный фактор, поскольку население этих государств пострадало в результате аварии на Чернобыльской атомной станции [14, 24, 42]. Опубликованы данные из ряда европейских стран о росте рождаемости младенцев с синдромом Дауна после аварии в Чернобыле [68].

Во всех зарубежных источниках, оценивавших динамику численности больных с УО на протяжении ряда лет, обнаружено неуклонное повышение распространенности УО [40, 53, 54, 58, 59], что авторы относят за счет экологического неблагополучия, увеличения продолжительности жизни лиц с УО и накоплением их в популяции.

Клинико-динамические особенности УО. Представления о тотальности психического недоразвития, непрогредиентности интеллектуального дефицита и исключительно эволютивной динамике УО в последние десятилетия частично пересматриваются, дополняются сведениями о влиянии ряда факторов (биологических, возрастных, терапевтических, социальных) на выраженность когнитивных нарушений на протяжении жизни больных [2, 7, 35, 56, 64, 70]. О.О. Андреева [2] выявила отрицательную динамику УО и постепенное ухудшение социальной адаптации у части детей-инвалидов, страдающих осложненными формами УО. Отрицательной динамике способствовали различные дополнительные вредности, приводившие к декомпенсации состояния: сопутствующие заболевания и травмы, психогении, неблагоприятная микросоциальная среда, отсутствие лечебно-коррекционных мероприятий. И.В.Галанин и А.Л. Горелик [7] сообщают об отрицательной динамике умеренных форм УО на протяжении взросления больных и в молодом взрослом возрасте со снижением показателей IQ и ухудшением показателей социального функционирования.

Автором настоящего обзора изучена клиническая динамика диагностированной в детстве УО на материале 187 пациентов, прослеженных до 23-25-летнего возраста [35]. В детско-подростковом периоде отрицательная динамика, заключавшаяся в снижении показателей IQ, отсутствии прогресса в развитии речи, появлении поведенческих девиаций, неврозоподобных и иных расстройств наблюдалась у 45 (22%) взятых под наблюдение. Во всех подобных случаях УО оказывалась отягощена либо резидуально-органической симптоматикой (психоорганическим, психопатоподобным синдромом), либо симптоматикой эндогенного круга («шизофреноподобным» синдромом), т. е. речь шла о смешанных состояниях с проявлениями течения иной психической болезни (эндогенной или органической), что, по-видимому, способствовало снижению ин-

теллектуального потенциала. В остальных случаях (78%) динамику УО можно было охарактеризовать как эволютивную. В периоде молодого взрослого возраста (от 18 до 23-25 лет) состояние больных оставалось практически стационарным: только в 3 наблюдениях из 187 отмечалась та или иная динамика, но лишь в одном случае она была положительной со снятием диагноза УО.

Таким образом, в популяции в целом преобладает эволютивное течение УО, а встречающаяся отрицательная динамика количественно превалирует над отчетливо положительной, что необходимо учитывать при ведении пациентов. Об отрицательной динамике чаще сообщается в отношении выраженных (умеренных, тяжелых и глубоких) форм УО, а также осложненных форм болезни. Это требует более пристального изучения, необходимо анализировать отрицательную динамику УО в аспекте ее превенции, выявления этиологии, что представляется актуальным для различных форм УО. К примеру, в отношении УО при синдроме Дауна обнаружен повышенный риск развития болезни Альцгеймера вследствие трипликации гена белка-предшественника амилоида; практически у всех лиц с синдромом Дауна к 40 годам обнаруживаются неврологические изменения, характерные для этой деменции [56, 70]. В исследовании O. Sauna-Aho с соавт. [64] изучалась подверженность деменции лиц, страдавших УО вследствие синдромов Дауна, Вильямса и ломкой X-хромосомы (средний возраст больных: 50, 53 и 59 лет соответственно). Выявлено, что риск развития деменции варьировал в зависимости от этиологии УО. Наибольший риск имели пациенты с синдромом Дауна; низкий - с синдромом Вильямса; риск не был выявлен у лиц с синдромом ломкой X-хромосомы. Деменция, подтвержденная визуализацией головного мозга, при синдроме Дауна клинически проявлялась схоже с болезнью Альцгеймера, сосудистой деменцией и обусловленной болезнью Мойамойа деменцией; при синдроме Вильямса клиническая картина напоминала сосудистую деменцию. Тяжесть УО в подростковом возрасте не прогнозировала развитие деменции во взрослом возрасте.

Стоит отметить, что авторами используются различные критерии понятия «динамики состояния» при УО, что затрудняет сравнение материала работ: в ряде которых приведены клинические критерии (за «ухудшение» принимается появление сопутствующих синдромов: астенического, неврозоподобного, психопатоподобного и т. д.); в иных – социальные критерии; в третьих – изменения интеллектуального показателя (IQ) с последующей диагностической динамикой (изменением диагноза, к примеру, с легкой на умеренную УО).

Социальная адаптация лиц с УО. В работах, появившихся в последнее десятилетие и посвященных особенностям социальной адаптации пациентов с УО, особое внимание уделено вопросам не столько уровня самой адаптации, сколько факторам, способным на нее повлиять, выделению основных социальных проблем лиц с УО, способам воздействия на них с целью минимизации [4, 35, 48].

Роли социального окружения, социальному тренингу для формирования жизненных навыков лиц с УО посвящено исследование, проведенное А.К. Афониной и Б.Ю. Володиным [4], обнаруживших, что подростки с легкой УО, воспитывавшиеся в школе-интернате и поддерживавшие отношения с семьями, отличались более высоким уровнем психосоциального благополучия (оце-

нивались их клиническое состояние, самооценка, качество жизни), чем сверстники, воспитывавшиеся в семьях. У первых была менее выражена тревожно-депрессивная симптоматика, формировалась более адекватная самооценка.

Автором настоящего обзора проанализирована социальная адаптация повзрослевших пациентов с УО [35]. Около 90% прослеженных молодых взрослых с легкой УО к 23-25 годам смогли получить профессиональное образование, но только около 40% имели постоянную работу, 35% - лишь временный заработок. Только половина молодых взрослых с умеренной и тяжелой УО закончили коррекционные школы, еще меньшее количество после этого прошли программу профессиональной подготовки в специально созданных условиях. 80% из умеренно умственно отсталых в итоге не работали, временными заработками дополняли бюджет лишь менее 10% из них, продолжали получать коррекционное профессиональное образование еще 10%. Сферы, где молодые лица с выраженными нарушениями интеллекта могли бы постоянно заниматься посильным трудом, были очень ограничены. Статус инвалида, полученный в несовершеннолетии, сохранился у большинства прослеженных - инвалидность при УО была весьма константна. Уровень социальной адаптации пациентов коррелировал с глубиной интеллектуального дефицита, зависел от социальных факторов, особенно имевших отношение к организации занятости пациентов. В целом даже молодые люди с легкой УО после окончания коррекционных учебных заведений продолжали нуждаться в мерах социальной поддержки и содействия занятости. Времяпрепровождение молодых лиц с умеренными и тяжелыми нарушениями интеллекта, как правило, ограничивалось рамками семьи. Психиатрическая помощь большинству больных активно оказывалась лишь в детском возрасте.

Согласно данным К.М. Gray с соавт. [48], после прослеживания 536 больных с УО от 4-18,9 лет до 20-37,6 лет обнаружилось, что значительная часть молодых людей продолжала жить с родителями или в специализированных учреждениях; треть участвовала в специально организованных трудовых мероприятиях и лишь небольшой процент пациентов имели оплачиваемую работу. Основными проблемами повзрослевших пациентов с УО называется низкий уровень трудовой занятости. Авторы призывают к повышению уровня дневной трудовой активности, регулярности и долговременности мероприятий по трудовой адаптации лиц с УО, социальной интеграции больных.

Обсуждается проблема криминогенности и виктимности лиц с УО [6, 25, 35], зачастую совершающих правонарушения, будучи под воздействием психоактивных веществ. Виктимность лиц с УО обусловлена их повышенной уязвимостью по причине заболевания. Большое значение в виктимизации и криминализации подростков с УО исследователи придают дисфункциональному семейному воспитанию, трудностям адаптации в учебных заведениях, заострениям индивидуальных черт характера этих подростков [16, 25].

Терапевтические и социореабилитационные подходы помощи лицам с УО. Одним из важных факторов, влияющих на долгосрочный прогноз социальной адаптации пациентов, является своевременное выявление и лечение обнаруживаемых психопатологических расстройств. Исследователями анализируются возможности использования не только клинических, но и биологических

маркеров для прогнозирования ухудшения психического состояния у лиц с УО [34]. Проблема терапии УО в публикациях последнего десятилетия анализируется в нескольких аспектах: обсуждается ее продолжительность по мере взросления пациентов, дискутируется обоснованность и длительность лечения расстройств поведения антипсихотическими средствами, публикуются данные о новых лекарственных препаратах и кандидатах в таковые, оценивается качество комплексной помощи, вопрос минимизации психофармакотерапии за счет не-лекарственных лечебных воздействий [7, 19, 35, 38, 52].

Многие авторы придерживаются той точки зрения, что УО следует продолжать активно лечить средствами, улучшающими когнитивные способности, по миновании детства - в подростковом и молодом взрослом возрастах, так как это периоды наиболее быстрого развития, требующие особой поддержки [19, 35]. В качестве современных альтернативных форм помощи при УО различного генеза в литературе сообщается об успешном применении микрополяризации. И.В. Галанин и А.Л. Горелик [7] сочли эффективным применение транскраниальной микрополяризации в сочетании с общепринятым медикаментозным лечением, посещением занятий с логопедом, психологом и педагогом-дефектологом у 12 детей с тяжелой и умеренной УО. В результате подобной комбинированной терапии отмечалось отчетливое улучшение состояния пациентов, проявившееся в упорядочении поведения, появлении и нарастании интереса к занятиям, улучшении результатов выполнения заданий, некотором расширении словарного запаса.

Более специфичные методы помощи разработаны при отдельных видах УО. Они эффективны при ранней диагностике расстройств. К наиболее успешным примерам мероприятий по превенции и лечению УО можно отнести систему диетотерапии лиц с фенилкетонурией [36]. Путем неонатального скрининга и последующей терапевтической коррекции выявленных нарушений стала возможна профилактика УО при гипо- и гипертиреозе [65].

Некоторые экспериментальные данные, касающиеся патогенетической терапии УО, приведены в таблице № 2. Необходимо отметить, что многие из разработок испытываются для целого ряда заболеваний, сопровождающихся УО [10, 38].

Таблица 2.

Экспериментальные препараты для лечения умственной отсталости

Тип УО	Названия экспериментальных препаратов
- при синдроме Ретта	Трофинетид (NNZ-2566)
- при синдроме ломкой Х-хромосомы	Антагонисты метаботропного глутаматного рецептора, соли лития, омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты, трофинетид
- при синдроме Дауна	Соли лития, холин, флуоксетин
- при болезни Реклингаузена (нейрофиброматоз I типа)	Гипохолестеринемические препараты – статины (ловастатин)
- при туберозном склерозе	Рапамицин

Синдром Ретта. У 80% детей с синдромом Ретта обнаруживается мутация гена *MeCP2*, кодирующего белок, метилирующий ДНК.

Трофинетид (NNZ-2566) – трипептид (глицин-пролин-глутамат), проходит

II фазу клинических испытаний в качестве лекарства при синдроме Ретта. Патогенетической основой его применения является то, что это синтетический аналог встречающегося в природе нейротрофического пептида. Получен препарат ферментативным расщеплением инсулиноподобного фактора роста-1. Выявлено, что трофинетид обладает противовоспалительным и нейропротективным действием, увеличивает уровень матричной РНК и белка во многих типах клеток, обеспечивает клеточный механизм модуляции нейровоспаления [49].

Синдром ломкой X-хромосомы. При синдроме ломкой X-хромосомы обнаруживается мутация гена FMR1, кодирующего белок FMRP, являющийся ингибитором метаботропного рецептора глутамата, отвечающего за долговременную депрессию. Отсутствие FMRP ведет к ослаблению синаптических контактов, недоразвитию дендритных шипиков, нарушению структуры последних, элиминации синапсов. Белок FMRP, взаимодействуя с РНК, направляет сложные молекулярные каскады, необходимые для нормального формирования нейронов, их синаптической пластичности, он более всего представлен в дендритных шипиках, цитоплазме и эндоплазматическом ретикулууме нейронов.

Проводятся исследования антагонистов метаботропного глутаматного рецептора, продемонстрировавшие положительный эффект в моделях синдрома [43, 46, 63].

Обнаружены нейротрофические эффекты нормотимических препаратов - солей лития, активирующих процессы синаптической пластичности, обладающих антиапоптогическим действием. При синдроме Мартина-Белл патогенетическая основа применения препаратов лития связана с восстановлением структуры дендритных шипиков. В экспериментах на животных применение лития карбоната улучшало когнитивные функции, обучаемость и поведение подопытных [55].

В экспериментальной группе мышей, служивших биологической моделью синдрома ломкой X-хромосомы, оценено влияние Омега-3 полиненасыщенных жирных кислот, дававшихся как дополнение к диете на протяжении роста особей. У получавших добавку мышей отмечались более высокие показатели непространственной памяти, чем у не получавших добавки. Патогенетическим основанием использования Омега-3 полиненасыщенных жирных кислот являются, по-видимому, их противовоспалительные свойства, стимулирующее воздействие на синаптическую функцию и пластичность [60].

Трофинетид – трипептид, проходящий II фазу клинических испытаний в качестве лекарства при синдроме ломкой X-хромосомы [45,49].

Синдром Дауна. Появляются данные, свидетельствующие о том, что снижение нейрогенеза является основным фактором, определяющим умственную отсталость при синдроме Дауна. В экспериментах соли лития улучшали нейрогенез в субвентрикулярной зоне мозга мышей с моделью синдрома Дауна [44].

В исследовании на трисомных мышках – модели синдрома Дауна - добавление холина во время беременности и лактации («материнская диета») приводило к улучшению памяти, внимания, пространственной ориентации детенышей, у которых также выявлялась нормализация нейрогенеза гиппокампа, базальных холинергических нейронов переднего мозга [61].

В исследовании на трисомных мышках также выявлено, что при приеме в

перинатальном периоде флуоксетина усиливается серотонинергическая передача, что улучшает нейрогенез, уменьшает патологию дендритов, улучшает поведение и когнитивные особенности моделей. Обнаружено, что положительные морфологические изменения гиппокампа, дендритов, миндалин сохраняются, когда мыши, которых неонатально лечили флуоксетином, достигают зрелого возраста. Авторы высказывают надежду о возможности фармакологического восстановления нарушений, характерных для синдрома Дауна [43, 69].

Болезнь Реклингаузена (нейрофиброматоз I типа). Ведутся экспериментальные исследования применения гипохолистеринемических препаратов - статинов. Патогенетическим основанием их применения является воздействие на соединения холестерина, необходимые для функционирования Ras-белков (онкогенов), концентрация которых увеличивается в условиях дефицита опухолевого супрессора нейрофибромина, отсутствующего по причине мутации гена при нейрофиброматозе I типа. [43]. Так в рандомизированном плацебо-контролируемом исследовании ловастатина было показано положительное влияние препарата на некоторые функции обучаемости и памяти пациентов с этой болезнью [37].

Туберозный склероз. Ведутся экспериментальные исследования применения иммуносупрессивного препарата – рапамицина, патогенетическим обоснованием применения которого является способность к супрессии киназы m-TOR, активность которой повышена при туберозном склерозе вследствие аномального функционирования опухолевых супрессоров TSC1, TSC2, кодируемых мутантным геном, вызывающим заболевание. В экспериментальной группе животных, служивших биологической моделью болезни, прием рапамицина существенно улучшал память, внимание, социальное функционирование даже взрослых особей [63].

Shmakova O.P.

MENTAL RETARDATION:

A REVIEW OF THE PUBLICATIONS OF THE LAST DECADE⁸

Mental Health Research Center (Moscow)

Summary: the scientific works that appeared during the decade: 2010 - 2019 were analyzed, devoted to the analysis of prevalence, clinical dynamics, therapy of mental retardation in children and adolescents, social adaptation of patients, data from PubMed, eLaibrary were used. From the publications it follows that the data on the prevalence of mental retardation are contradictory. Researchers report the possibility of a negative dynamic disorder. Etio-pathogenetic approaches to the treatment of mental retardation are not sufficiently developed, the main place is occupied by social adaptation of patients.

Key words: mental retardation, prevalence, therapy, social adaptation.

⁸The initial part. The final part see: Voprosy psicheskogo zdorov'ya detey i podrostkov, 2019, (19), № 4.

**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** в Word'e.

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 09.09.2019 г.

Формат 69/90 1/16. Бумага офсетная № 2.

Печать цифровая. Тираж 300 экз.

Заказ №

Отпечатано в типографии «OneBook»

ООО «Сам Полиграфист»

129090, г. Москва, Протопоповский пер., д. 6.

www.onebook.ru
