

АССОЦИАЦИЯ ДЕТСКИХ ПСИХИАТРОВ И ПСИХОЛОГОВ

**ВОПРОСЫ
ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ
ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

**(Научно-практический журнал
психиатрии, психологии, психотерапии
и смежных дисциплин)**

2008 (8), № 2

Москва. 2008

УДК 616Ю89

ББК 88.37

Ж 15

**ВОПРОСЫ
ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ
ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
(НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
ПСИХИАТРИИ, ПСИХОЛОГИИ, ПСИХОТЕРАПИИ
И СМЕЖНЫХ ДИСЦИПЛИН)**

Главный редактор Н. М. Иовчук

Редакционная коллегия:

**Т. А. Баилова, И. В. Добряков, С. А. Игумнов, И. В. Макаров,
В. Д. Менделевич, Л. Е. Никитина, И. М. Никольская,
А. А. Северный (зам. Главного редактора), Е. О. Смирнова,
В. С. Собкин, Н. К. Сухотина, Ю. С. Шевченко, А. М. Щербакова,
Э. Г. Эйдемиллер (зам. Главного редактора)**

Ответственный секретарь Л. Ю. Данилова

Свидетельство о регистрации ПИ № 77-17348 от 12.02.04 г.

ISBN 5-94668-004-7

© Ассоциация детских психиатров и психологов. 2008

Выпуск журнала осуществляется при финансовой поддержке ООО «Актавис».

ПРЕДСТАВЛЕНИЕ РЕДКОЛЛЕГИИ¹

ТАТЬЯНА АЛЕКСАНДРОВНА БАСИЛОВА, кандидат психологических наук, зав. кафедрой специальной психологии факультета клинической и специальной психологии Московского городского психолого-педагогического университета. Автор более 70 научных работ в области психологии слепоглухих, клинко-психолого-педагогического изучения детей с разными вариантами сложных сенсорных нарушений, соавтор учебных пособий: «Специальная дошкольная педагогика», «Основы специальной психологии», «Специальная психология» и «Психолого-педагогическая диагностика». Основные области исследований: история и методология специальной психологии, диагностическая и консультативная помощь детям и взрослым с множественными нарушениями развития и их семьям.

ИГОРЬ ВАЛЕРИЕВИЧ ДОБРЯКОВ - кандидат медицинских наук, психиатр высшей категории, доцент кафедры детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Санкт-Петербургской Медицинской академии последиplomного образования, а также кафедры социальной адаптации и психологической коррекции личности психологического факультета Санкт-Петербургского Государственного Университета. Эксперт в области психиатрии и психотерапии International Federation of Independent Experts). Научный руководитель секции перинатальной психологии, психопатологии и психотерапии Санкт-Петербургского психологического общества. Редактор журнала «Перинатальная психология и психология родительства». Автор более 160 печатных работ, 3 монографий, в т. ч. «Семейный диагноз и семейная психотерапия» (соавт. Э. Г. Эйдемиллер, И. М. Никольская), автор глав в 2 коллективных монографиях, в 3 учебно-методических пособиях, в учебниках «Детская психиатрия», «Психология здоровья».

СЕРГЕЙ АЛЕКСАНДРОВИЧ ИГУМНОВ, профессор, доктор медицинских наук, заведующий лабораторией психологических проблем реабилитации НИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации Республики Беларусь. Член АДПП, Ассоциации европейских психиатров и Московской психотерапевтической академии. Автор более 110 статей, учебных пособий и монографий: Клиническая психотерапия детей и подростков; Общая психотерапия; Антенатальное облучение: нейropsychиатрические аспекты; и др. Основные направления исследований: психические и поведенческие расстройства у детей и подростков; психические расстройства, возникающие при стихийных и техногенных катастрофах, нейropsychиатрические аспекты антенатального облучения.

НИНА МИХАЙЛОВНА ИОВЧУК, доктор медицинских наук, психиатр высшей категории, профессор Московского психолого-педагогического университета, член Правления АДПП. Автор более 110 научных статей и монографий в области аффективной патологии детско-подросткового возраста, пограничных психических расстройств в детском возрасте, психиатрических аспектов социальной и школьной дизадаптации. Автор спецкурса «Детская социальная психиатрия» для усовершенствования психиатров и для обучения психологов, социальных работников, специалистов учреждений образования. Сфера деятельности: внебольничная психиатрия, школьная психиатрия, психиатрические аспекты школьной и социальной дизадаптации детей и подростков.

ИГОРЬ ВЛАДИМИРОВИЧ МАКАРОВ, доктор медицинских наук, психиатр высшей категории, руководитель отделения детской психиатрии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева, профессор кафедры психиатрии Санкт-Петербургской медицинской академии последиplomного образования. Автор более 80 научных и учебно-методических работ, в том числе монографий «Психозы у детей», «Лекции по детской психиатрии». Сфера научных интересов: общая психопатология, психозы, органические шизоформные расстройства и аутизм у детей и подростков, реабилитация психически больных детей.

¹ Состав Редколлегии утвержден на отчетно-перевыборной конференции 07.04.06 г. и на ежегодной конференции Ассоциации детских психиатров и психологов 04.06.07 г.

ВЛАДИМИР ДАВЫДОВИЧ МЕНДЕЛЕВИЧ, доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой медицинской и общей психологии Казанского государственного медицинского университета, директор Института исследований проблем психического здоровья, научный руководитель Реабилитационного центра для наркозависимых «Надежда». Автор более 300 научных публикаций, 17 монографий, 5 научно-популярных книг: «Психиатрическая пропедевтика»; «Клиническая и медицинская психология»; «Психология девиантного поведения»; «Неврология и психосоматическая медицина»; «Наркозависимость и коморбидные расстройств поведения»; «Психология зависимой личности»; «Гинекологическая психиатрия» и др. Автор антиципационной концепции неврозогенеза, теории зависимой личности, психотерапевтической методики «антиципационный тренинг», тестов антиципационной состоятельности (прогностической компетентности) и склонности подростков к зависимому поведению. Основные области исследований: неврология, психология девиантного поведения, клиническая (медицинская) психология, психотерапия.

ЛЮБОВЬ ЕВГЕНЬВНА НИКИТИНА, доктор педагогических наук, зав. Центром проблем дополнительного образования и детского движения ГНИИ семьи и воспитания РАО, член Исполкома Общероссийской общественной организации «Детские и молодежные социальные инициативы» - ДИМСИ, член Международной федерации селтментов и социокультурных центров (IFS), член Правления АДПП. Автор более 55 научных публикаций, из них 16 монографических (в т. ч. в соавторстве): Социальная педагогика: вопросы теории и практики; Социальная педагогика в образовательных учреждениях; Развитие социальной педагогики: историко-педагогический анализ; Волонтер и общество. Волонтер и власть; и др. Основные направления исследований: история, теория и методология социальной педагогики, социальные службы для детей, молодежи и семьи, социально-педагогические объединения детей и молодежи, волонтерство, социально-педагогические аспекты школьного образования, воспитательная работа с детьми по месту жительства.

ИРИНА МИХАЙЛОВНА НИКОЛЬСКАЯ, доктор психологических наук, профессор кафедры детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования. Автор более 100 печатных работ, из которых 4 - монографии в соавторстве, в том числе первая отечественная монография по психологическим защитах у детей. Автор оригинальной технологии выявления психологической защиты у детей и подростков и метода диагностики и коррекции личности ребенка и системы его отношений с помощью серийных рисунков и рассказов. Сфера научных интересов: общая психология, медицинская психология, психология развития, психологическое индивидуальное и семейное консультирование.

АНАТОЛИЙ АЛЕКСЕЕВИЧ СЕВЕРНЫЙ, кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник Научного центра психического здоровья РАМН, психиатр высшей категории, член экспертного совета Министерства образования РФ, президент АДПП. Автор более 180 научных публикаций, в т. ч. (в соавторстве) 4 монографий и Справочника по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста. Основные направления исследований: психосоматические расстройства у детей и подростков, пограничная психическая патология в детско-подростковом возрасте, организация помощи детям и подросткам с психическими нарушениями.

ЕЛЕНА ОЛЕГОВНА СМЕРНОВА, доктор психологических наук, зав. лабораторией психологии дошкольников Психологического института РАО, член Правления АДПП. Автор более 150 научных публикаций, в том числе монографических: Учебник психологии ребенка; Развитие воли и произвольности в раннем и дошкольном возрасте; Развитие игры для детей дошкольного возраста; Особенности общения дошкольников; Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста (в соавторстве); и др. Совместно с сотрудниками разрабатывает новые направления в отечественной психологической науке: педагогика раннего возраста, общение и развитие детей раннего возраста. Основные направления исследований - детская психология, психология общения и межличностных отношений, правила воспитания, дошкольная педагогика.

ВЛАДИМИР САМУИЛОВИЧ СОБКИН, доктор психологических наук, действительный член РАО, директор Центра социологии образования РАО. Автор более 250 научных публикаций, в том числе 11 монографий: Старшеклассник в мире политики; Подросток с дефектом слуха: ценностные ориентации, жизненные планы, социальные связи. Эмпирическое исследование; Подросток 90-х: Движение в зону риска; Социология семейного воспитания: дошкольный возраст; Подросток: виртуальная и социальная реальность; и др. За вклад в отечественную науку награжден медалью К. Д. Ушинского, лауреат премий Президента РФ. Основные направления исследований: детская и возрастная педагогическая психология, социология образования, психология искусства.

НИНА КОНСТАНТИНОВНА СУХОТИНА, доктор медицинских наук, руководитель отделения клинико-психологических проблем нарушений психического развития Московского НИИ психиатрии Росздрава. Автор более 120 научных публикаций, в том числе 2 коллективных монографий. Основные области исследований: экологическая психиатрия, пограничная психиатрия детско-подросткового возраста.

ЮРИЙ СТЕПАНОВИЧ ШЕВЧЕНКО, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой детской и подростковой психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Российской медицинской академии последиplomного образования, психиатр высшей категории, сертифицированный психотерапевт. Председатель Московского отделения АДПП, заместитель председателя Профсоюзного медицинского объединения психотерапевтов, психологов и медицинских работников, член Проблемной комиссии «Медицинская психология» РАМН, президент Фонда социально-психической помощи семье и ребенку, член редколлегий журналов «Социальная и клиническая психиатрия», Таврического журнала психиатрии, заместитель главного редактора журнала «Права ребенка». Автор и соавтор книг: Психокоррекция: теория и практика; Коррекция поведения детей с гиперактивностью и психопатоподобным синдромом; Онтогенетически-ориентированная психотерапия (методика ИНТЭКС); Принципы арттерапии и артпедагогики в работе с детьми и подростками; Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста; Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей. Основные направления исследований: психотерапия детей и подростков, пограничная психиатрия детско-подросткового возраста, организация психиатрической помощи детям и подросткам.

АННА МИХАЙЛОВНА ЩЕРБАКОВА, кандидат педагогических наук, профессор Московского городского психолого-педагогического университета. Член АДПП. Автор более 30 публикаций, в том числе программно-методических сборников, рекомендованных ФЭС МО РФ. Основные направления исследований и деятельности: становление личности ребенка, оставшегося без попечения родителей; подготовка к самостоятельной жизни воспитанников детских домов и школ-интернатов; проблемы семейного жизнеустройства детей-сирот; пути и способы социализации детей с интеллектуальной недостаточностью; вопросы семейного воспитания детей с нарушениями в развитии.

ЭДМОНД ГЕОРГИЕВИЧ ЭЙДЕМИЛЛЕР, доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Санкт-Петербургской медицинской академии последиplomного образования, Председатель Санкт-Петербургского филиала АДПП, президент общественной организации «Психическое здоровье детей и подростков». Автор 120 публикаций и 5 монографий, один из основоположников семейной психотерапии и онтогенетически-ориентированной индивидуальной и групповой психотерапии в России. Автор психологических методов исследования – «аутоидентификация и идентификация по словесно-характерологическим портретам», опросник «Анализ семейных взаимоотношений» и проективный тест «Возраст. Пол. Роль.». Соавтор методов групповой психотерапии «Теплые ключи» и аналитико-системной семейной психотерапии. Основные области исследований: психосоматические соотношения, когнитивные стили и сценарии, уровень и структура проявлений агрессивности у детей и подростков.

СОДЕРЖАНИЕ

ПЛЕНАРНЫЕ ДОКЛАДЫ I МЕЖРЕГИОНАЛЬНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ И ПОГРАНИЧНЫЕ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ» (4-6 МАРТА 2008 Г., НОВОСИБИРСК)

Е.Р. Слободская	
ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОТКЛОНЕНИЙ И ФАКТОРЫ РИСКА И ЗАЩИТЫ.....	8
А.А. Северный	
ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ.....	21
Ю.С. Шевченко	
ОНТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОРИЕНТИРОВАННАЯ (РЕКОНСТРУКТИВНО- КОНДУКТИВНАЯ) ПСИХОТЕРАПИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.....	29

ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ, СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА И СМЕЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ

С.Ю. Бенилова	
АНАЛИЗ КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ ПРИ ДИСФАЗИИ И АФАЗИИ РАЗВИТИЯ У ДОШКОЛЬНИКОВ.....	42
О.И. Шмырева	
РАЗВИТИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ ПОДРОСТКА КАК ПРЕДМЕТ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО АНАЛИЗА.....	54
А. В. Шувалов	
АНТРОПОЛОГИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ.....	64
Виктор Каган	
КОММЕНТАРИЙ К СТАТЬЕ А.В. ШУВАЛОВА «АНТРОПОЛОГИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ».....	76

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

Р.Е. Соколов	
ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ОСТРЫХ МАНИФЕСТНЫХ ПСИХОЗОВ У ПОДРОСТКОВ.....	81
О.П. Шамова	
РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ С АУТИСТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ.....	88
Л.С. Алексеева	
ПРОБЛЕМЫ СЕКСУАЛЬНОГО ПРИНУЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ В СЕМЬЕ.....	100
Д.Г. Климась	
ДИАГНОСТИКА ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ 6–10 ЛЕТ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА	110

АРХИВ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ, ПСИХОЛОГИИ, СОЦИАЛЬНОЙ И КОРРЕКЦИОННОЙ ПЕДАГОГИКИ

ВЛАДИМИР ВИКТОРОВИЧ КОВАЛЕВ (1928-2008)

К 80-летию со дня рождения

В.В. Ковалев

К КЛИНИЧЕСКОЙ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ПСИХОГЕННО
ОБУСЛОВЛЕННОЙ ПАТОЛОГИИ ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ
И ПОДРОСТКОВ В СВЯЗИ СО ШКОЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИЕЙ² 123

Ю.С. Шевченко

ВОСПОМИНАНИЯ ОБ УЧИТЕЛЕ..... 126

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

Л.Н. Винокуров, Л.П. Кузма, И.Г. Черная

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ
РЕГИОНАЛЬНОЙ ЛАБОРАТОРИИ ПРОБЛЕМ ШКОЛЬНОЙ
ДИЗАДАПТАЦИИ..... 128

Т.И. Егорова, И.А. Бурлакова

РАЗВИТИЕ ПРОДУКТИВНОГО ВОООБРАЖЕНИЯ И
ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СТАРШИХ ДОШКОЛЬНИКОВ..... 133

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ

О.Г. Казакова

НЕВРАСТЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ: СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА ПО
ДАННЫМ ЛИТЕРАТУРЫ..... 139

ОФИЦИАЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, ПРОЕКТЫ, ИНФОРМАЦИЯ

РЕЗОЛЮЦИЯ ПО ИТОГАМ I МЕЖРЕГИОНАЛЬНОЙ НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ И
ПОГРАНИЧНЫЕ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В
ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ»..... 149

КОНФЕРЕНЦИЯ ПАМЯТИ Ю.Ф. ПОЛЯКОВА..... 150

КОНГРЕСС ПО ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ И СМЕЖНЫМ НАУКАМ.. 150

ТРЕТИЙ ВСЕРОССИЙСКИЙ ФЕСТИВАЛЬ ОСОБЫХ ТЕАТРОВ
«ПРОТЕАТР»..... 152

ИНФОРМАЦИЯ..... 160

Материалы для публикации в журнале «ВОПРОСЫ
ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ» направляются
с **адресными реквизитами автора** (для последующей высылки ему экзempla
журнала с публикацией) -

1) электронной почтой **вложенным файлом в формате Word.rtf** на адрес:
<acpp@online.ru> либо

2) почтой на дискете и с бумажной распечаткой по адресу: **123056, Москва, Грузинский вал, д. 18/15, к. 23, Главному редактору Н. М. Иовчук.**

² Редакция оставляет авторское написание, но при этом считает нужным, как и ранее, указать, что понятие нарушенной, искаженной адаптации следует обозначать как «**дизадаптация**» вместо более распространенного в последнее время «дезадаптация». 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 (таких, как Springer Lexikon Medizin (Springer-Wörterbuch) и в различных монографиях понятие нарушенной адаптации также обозначается как дизадаптация (dysadaptation).

ПЛЕНАРНЫЕ ДОКЛАДЫ
I МЕЖРЕГИОНАЛЬНОЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
«ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ И ПОГРАНИЧНЫЕ
НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА
В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ»
(4-6 МАРТА 2008 Г., НОВОСИБИРСК)

Е.Р. Слободская

**ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ:
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОТКЛОНЕНИЙ
И ФАКТОРЫ РИСКА И ЗАЩИТЫ¹**

ГУНИИ физиологии СО РАМН (Новосибирск).

Эпидемиологические исследования в детской психиатрии. Психические расстройства детей важны не только потому, что приносят страдания детям и окружающим их людям. Они нарушают ход развития и образования и могут привести к социальным и психическим проблемам на протяжении всей жизни [30]. Дети – это человеческий капитал, от которого зависит будущее нации. Современные представления о психическом здоровье детей основаны на эпидемиологических исследованиях, проведенных в последние годы по всему миру. Эпидемиологическое исследование – это исследование распространенности проблем психического здоровья и связанных с ним факторов в репрезентативных выборках из сообществ [3]; первое такое исследование проведено около 40 лет назад М. Rutter at al. [29]. Эпидемиологические исследования необходимы для оценки частоты и распространенности психических расстройств в сообществе и важны для планирования служб. Они относительно свободны от ошибок выборки и поэтому дают более точную информацию о демографических характеристиках, сопутствующих проблемах и возможных причинах. В продолжительном исследовании и при «естественном эксперименте» (исследование приемных детей, близнецов и мигрантов) можно различить причинные и не причинные связи [3].

В эпидемиологических исследованиях применяют стандартизованные диагностические инструменты. Среди наиболее известных - система эмпирически обоснованного оценивания, по Т. Achenbach [16], и набор, разработанный R. Goodman в Лондонском Институте психиатрии [22]. Они основываются на современных классификациях проблем психического здоровья - Международной классификации болезней (МКБ-10) Всемирной организации здравоохранения [6] и Диагностическом и статистическом руководстве (DSM-IV) American Psychiatric Association [17]. Раньше между этими двумя схемами было много различий, но последние версии - МКБ-10 и DSM-IV очень похожи. МКБ-10 существует в двух версиях: клиническая дает описания и рекомендации по диагностике, а исследовательская - четко определенные диагностические *критерии*, часто идентичные DSM-IV.

¹ Автор благодарна О.А. Ахметовой и всем участникам исследования. Работа выполнена при поддержке грантов РГНФ № 07-06-00016а и РФФИ № 08-06-00011-а и № 08-06-00016-а.

Распространенность детских психических расстройств. В эпидемиологических исследованиях показано, что в развитых странах психические расстройства встречаются у 10-20% детей, последние данные ближе к 10%. В ранних исследованиях сообщалось, что страдает до 50% детей, и, вероятно, это отражает неадекватность диагностических критериев. Если диагностировать расстройства только на основании определенного набора симптомов, независимо от того, оказывают ли эти симптомы значительное влияние на жизнь ребенка, частота расстройств оказывается неоправданно высокой, т. к. диагнозы получают дети, не нуждающиеся ни в помощи, ни в лечении [21]. Поэтому в последних классификациях МКБ и DSM обычно учитывают не только симптомы, но также их влияние на жизнь (Impact). Его оценивают социальными нарушениями, страданием ребенка и вредом для других. Основное значение имеет то, нарушают ли симптомы способность ребенка выполнять то, что от него в норме ожидается в основных сферах повседневной жизни: в семье, школе, дружеских отношениях и других занятиях. Может иметь значение и соматическое здоровье. Страдание тоже важно учитывать, т. к. некоторые дети с тревогой или депрессией иногда способны выполнять то, что от них ожидается, но ценой значительного внутреннего страдания. А поведенческие проблемы могут иногда причинять значительный вред другим, не вызывая больших страданий и социальных нарушений у самих детей. Но, конечно, это не означает, что все делинквенты должны считаться психически больными [3].

Эпидемиологические исследования проводят во многих странах развитого и развивающегося мира. Например, в Британии распространенность детских психических расстройств отслеживают каждые 5 лет. Применяется стандартизованный скрининг и детальное интервью, учитываются всевозможные факторы риска. Данные получают у нескольких информантов, а выборку формируют из государственного реестра всех детей [27]. Большинство исследований указывает, что самая распространенная группа – поведенческие расстройства, они встречаются у 5-10% детей в популяции, за ними идут тревожные расстройства – около 4-6%, в подростковом возрасте распространена депрессия, которая поражает около 2%. Раньше было много разногласий по поводу гиперактивности. В Европе гиперкинез считали редким расстройством, поражающим менее 0.1% детей, а в Северной Америке синдром гиперактивности с нарушениями внимания находили почти у 10% детей. Данные говорят о том, что истина где-то посередине, и исследования, использующие последние классификации МКБ и DSM дают сходные цифры в 1-5% [3].

Коморбидность и течение. Среди детей, имевших по крайней мере одно психическое расстройство, примерно у четверти - два и более диагноза. Гиперактивность обычно сочетается с расстройством поведения. Депрессия, например, как правило, сопровождается тревожным или поведенческим расстройством [27]. Коморбидности несколько возможных объяснений. Во-первых, чрезмерное расщепление в классификациях: если относить большое горло и насморк к разным расстройствам, многие будут одновременно страдать и тем, и другим. Во-вторых, одно расстройство может быть фактором риска другого. Например, проблемы с поведением могут приводить к изоляции и критике ребенка и создавать риск депрессии. И, наконец, некоторые факторы могут одновременно предрасполагать к нескольким расстройствам [3]. При продолжительном наблюдении получены данные об устойчивости расстройств. Показано, что в целом проблемы с поведением более устойчивы, чем эмоциональные проблемы, а ключевой фактор устойчивости - стресс у

родителей. В целом устойчивость от детского до взрослого возраста может быть довольно значительной [27]. Например, в Новой Зеландии у трех четвертей молодых людей с психиатрическими диагнозами в возрасте 11-18 лет уже было расстройство [19]. Репрезентативные продолжительные исследования показывают, что в развитых странах около половины детей с психическими расстройствами не получает совсем никакой профессиональной помощи [27]. Сопоставимые эпидемиологические исследования позволили сравнить распространенность психических расстройств у детей в разных странах; при этом выявлены достоверные, но достаточно умеренные различия [3].

Новосибирское исследование психического здоровья детей, проведенное при поддержке Wellcome Trust, позволило получить предварительные данные о распространенности психических расстройств у российских детей [25]. Происходящие в последние годы в России процессы реконструкции сопровождаются целым рядом неблагоприятных социальных явлений: распад семьи, преждевременная смерть родителей, бедность, социальное сиротство, рост употребления психоактивных веществ, самоубийств и преступности среди подростков [1]. В литературе отмечается неблагоприятное состояние психического здоровья российских детей [5], встречаются сведения о том, что 40-80% школьников имеют отклонения психического здоровья [13], однако систематических исследований психического здоровья детей было крайне мало. Специалисты в области охраны психического здоровья детей считают, что существующая система психиатрической помощи детям и подросткам нуждается в совершенствовании [4, 10, 14]. Для того чтобы планировать коррекционную и профилактическую работу при ограниченных средствах, необходимо возможно точно оценить психическое здоровье детей и потребность в соответствующих службах. Целью работы было оценить распространенность психопатологии у российских детей, используя международные стандартизованные методы диагностики.

Задачи. Одной из задач этого пилотажного исследования была валидизация русской версии опросника детской психопатологии "Сильные стороны и трудности ребенка" (ССТ) для родителей, учителей и подростков [20]. ССТ широко используется в разных странах развитого и развивающегося мира [18, 26, 28], где показано, что диагностические алгоритмы, основанные на данных нескольких респондентов, хорошо предсказывают клинический диагноз, основанный на операциональных критериях [24]. Другой задачей было оценить методы формирования репрезентативной выборки и установить, будет ли процент участия случайным образом выбранных школ и родителей достаточно высок для эпидемиологического исследования. В годы обязательного образования (7-14 лет) почти 99% детей посещают школу, поэтому отбор через школы представляется удобным способом получения репрезентативной выборки. Необходимо было показать, что возможно собрать данные из большого числа школ. Важно было также найти способ достичь высокого уровня родительского участия. В предыдущей работе мы получали высокий процент заполнения опросников учителями и учениками. Однако родители обычно не отвечали на опросники, которые посылали им домой, и не приходили на собрания в школе, так что удавалось собрать данные примерно лишь у 30% родителей. Необходимо было установить, могут ли домашние посещения интервьюерами достичь приемлемого уровня 70-80%. И последняя задача – примерно оценить уровень психических расстройств у детей. Это было двухстадийное, двухэтапное, срезовое исследование. Оно соответствовало российским и международным этическим требованиям. Участие в нем являлось

добровольным. Все участники были проинформированы о целях исследования и о возможных преимуществах, им гарантировалась конфиденциальность и отсутствие вредных последствий.

Двухстадийный отбор через школы. На первой стадии была создана случайная стратифицированная выборка 10 городских школ. С помощью экспертов из Отдела образования городской администрации и Центра развития образования все школы города были разделены на три категории с учетом качества образования и состава преподавателей и учеников: выше среднего уровня, средние и неблагополучные; четвертую группу составили негосударственные школы. Из каждого списка государственных школ были случайным образом выбраны три школы, а из списка частных – одна. На второй стадии в каждой школе, согласившейся принять участие в исследовании, из каждого класса от 1-го до 8-го были случайным образом выбраны 5-7 детей. К родителям выбранных детей обращались с письмом из школы ребенка, в котором им рассказывали об исследовании и приглашали принять в нем участие. Родителей просили заполнить и вернуть форму отказа или согласия. Если родители не соглашались, обращались к родителям другого случайно выбранного ребенка из того же класса. Число родительских отказов и их причины учитывались.

Двухэтапное оценивание психопатологии. На первом этапе всех выбранных детей обследовали с помощью краткого скринингового опросника ССТ для родителей и учителей; а если ребенок был старше 11 лет, ему предлагали опросник для самооценки. На втором этапе проводили более детальное психиатрическое обследование «скрин-положительных» детей, у которых компьютерный алгоритм ССТ предсказал «вероятный» диагноз и «скрин-отрицательных» детей, у которых согласно алгоритму ССТ диагноз был маловероятен. Использовали метод «Оценивание развития и благополучия» (ОРИБ) [22].

Показатели психопатологии. Опросник поведения детей 4-16 лет ССТ, существует в нескольких версиях: для учителей, родителей и подростков. Первая часть опросника содержит 25 утверждений о симптомах и положительных свойствах ребенка за последние 6 месяцев. Респондент отмечает каждое утверждение как неверное, отчасти верное или верное; ответы в баллах распределяют по пяти шкалам: эмоциональные симптомы, проблемы с поведением, гиперактивность / невнимательность, проблемы со сверстниками и просоциальное поведение. Сумма первых четырех шкал составляет общую оценку проблем. Вторая часть опросника ССТ оценивает влияние проблем на каждодневную жизнь ребенка. Вначале осведомляются, считает ли респондент, что у ребенка в целом имеются проблемы, и если так, то спрашивают о длительности, субъективном страдании, социальном ущербе и бремени для других. На основании симптомов и влияния по данным нескольких информантов компьютерный алгоритм предсказывает вероятность поведенческих и тревожно-депрессивных расстройств, гиперактивности и какого-либо психического расстройства в целом. Каждое оценивают как маловероятное, возможное или вероятное. В этом исследовании «скрин-отрицательная» группа включала детей с оценками «маловероятно» и «возможно», а «скрин-положительная» – с оценкой «вероятно».

Психиатрическое обследование проводили с помощью ОРИБ – набора интервью, опросников и алгоритмов, который генерирует диагнозы по МКБ-10 и DSM-IV [22]. Основная направленность ОРИБ – распространенные поведенческие, эмоциональные и гиперкинетические расстройства, однако оно кратко охватывает и менее распространенные расстройства. ОРИБ широко используется в национальных исследованиях психического здоровья ряда

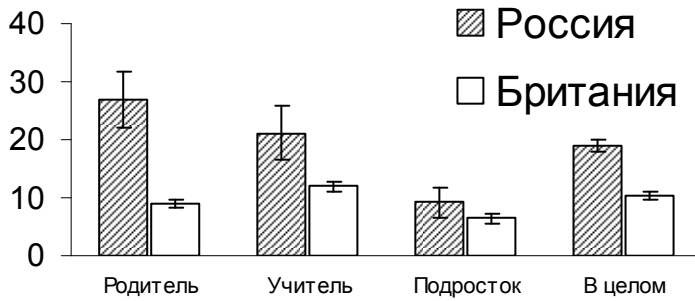
стран и сочетает черты структурированных и полуструктурированных интервью [27]. Интервьюируют родителей и подростков старше 11 лет, учителям предлагают заполнить опросник. Большинство вопросов полностью структурировано, но помимо этого информантов просят описать любую значительную проблему своими собственными словами. Интервью проводят непрофессиональные интервьюеры, беседа с родителем длится около 50 мин., с подростком – около 30 мин., опросник для учителей занимает 4 страницы. Предварительный диагноз генерирует компьютерный алгоритм, но окончательный диагноз основывается на клинической оценке всей информации, и это увеличивает клиническую достоверность результатов.

На основе структурированных ответов и клинической оценки ответов на открытые вопросы можно обоснованно и надежно поставить диагнозы по МКБ-10 и DSM-IV [22]. Структурированные вопросы охватывают операциональные критерии следующих диагнозов. По данным родителей и самоотчета: тревожное расстройство в связи с разлукой, специфическая фобия, социальная фобия, посттравматическое стрессовое расстройство, обсессивно-компульсивное расстройство, генерализованное тревожное расстройство, депрессия. По данным самоотчета: паническое расстройство / агорафобия. По данным родителей и учителей: гиперкинетическое расстройство, оппозиционно-вызывающее поведение. По данным родителей, учителей и самоотчета: расстройство поведения. Клиницист-эксперт, основываясь на всех источниках информации, включая структурированные ответы и свободные описания, дополнительно диагностирует: тревожное расстройство, неуточненное; депрессивное расстройство, неуточненное; расстройство поведения, неуточненное; расстройство приема пищи, включая нервную анорексию; общие расстройства развития, включая детский аутизм; тикозное расстройство, включая синдром Туретта; элективный мутизм и расстройства привязанности; психотические расстройства.

Участие в исследовании. Процент участия школ и родителей оказался высоким. Мы не получили отказа ни в одной из школ, обратились к 541 родителю, и 448 из них (83%) согласились участвовать в исследовании. Все родители, 98% учителей и 96% подростков 11-14 лет предоставили данные о психопатологии и факторах риска. Итоговая выборка составила 448 детей, из них 222 подростка старше 11 лет. Группа риска по наличию психического расстройства, выявленная с помощью компьютерного алгоритма ССТ по данным нескольких респондентов, составила 93 ребенка. Мы обратились ко всем семьям этой группы и 87 из них (94 %) дали согласие на детальное психиатрическое обследование с помощью ОРИБ. Из оставшихся 335 детей контрольной группы случайным образом выбрали 100 человек, 85 из них (85%) дали согласие на детальное психиатрическое обследование.

Обоснованность скринингового метода. При сравнении частоты психических расстройств, выявленных с помощью ОРИБ, в группах детей с высокой и низкой вероятностью диагноза согласно ССТ, была подтверждена обоснованность и диагностическая ценность этого краткого опросника как скринингового метода оценки психического здоровья. Психиатрический диагноз по МКБ-10 в группе риска был поставлен в 47% случаев, а в контрольной группе - в 14%; при постановке диагноза не были известны результаты, полученные с помощью ССТ. Различия были статистически значимы ($\chi^2=20,5$, 1df, $p=.000$), и это дает хорошие основания использовать русскую версию ССТ для оценки психической заболеваемости детей и подростков.

А



Б

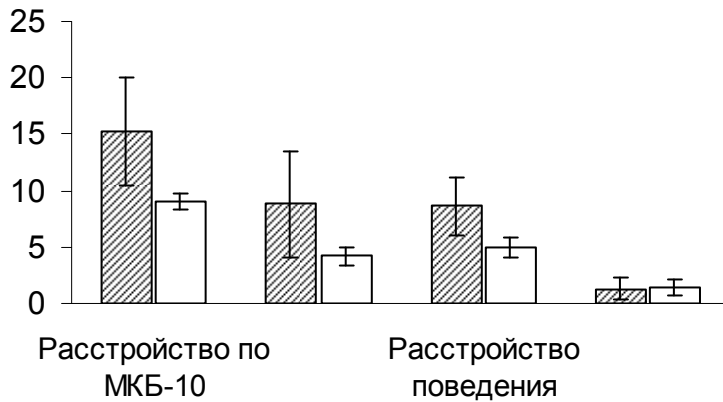


Рис. 1. Распространенность психических расстройств у детей 7-14 лет. А – данные опросников: наличие определенных или серьезных проблем с эмоциями, поведением, вниманием или отношениями с другими людьми; Б – данные психиатрического оценивания. По: Goodman et al., 2005.

Оценка распространенности. На основе объединенных данных опросников и интервью была оценена общая частота психических расстройств в обследованной выборке. Далее с учетом взвешивания, стратификации и кластеризации была вычислена распространенность расстройств в популяции. Полученные в результате исследования данные являются первыми достоверными сведениями о психическом здоровье российских детей и подростков. Оценки распространенности психических расстройств у детей и подростков оказались существенно выше, чем цифры, полученные соответствующими методами, где-либо в мире.

При использовании сопоставимых методов и диагностических критериев распространенность психических расстройств в России оказалась примерно в 2 раза выше, чем в развитых странах, таких как Британия. При сравнении полученных данных с репрезентативной выборкой 7640 британских детей 7-14

лет, обследованных аналогичными методами [27], оказалось, что 6 из 8 показателей распространенности были достоверно выше в России, остальные 2 существенно не различались. Согласно данным опросников (рис. 1, А), в среднем 26,9% родителей и 21,1% учителей считали, что у ребенка есть проблемы, выраженные проблемы отмечали 9,2% подростков. Соответствующие показатели в Британии составляют 9,0%, 12,0% и 6,4%. В целом, по данным опросников для родителей, учителей и подростков, к группе риска можно отнести 19,0% российских детей и подростков (в Британии - 10,3%).

По данным психиатрического оценивания (рис. 1, Б) 15,3% российских детей и подростков имели отклонения, соответствующие диагнозу психического расстройства по МКБ-10. (В Британии соответствующая цифра составляет 9,1%). Эмоциональные расстройства могут быть выявлены у 8,8 % детей, поведенческие расстройства - у 8,6 %, гиперкинетические - у 1,3 % детей. Соответствующие показатели в Британии составляют 4,2 %, 4,9 % и 1,4 %.

Несмотря на различия в распространенности психических расстройств у детей и подростков, относительная частота отдельных расстройств была той же, как и в других странах: наиболее распространены эмоциональные и поведенческие расстройства (8,8% и 8,6% соответственно), третье место занимает гиперактивность (1,3%). Как и в других странах, часто встречалась коморбидность: среди детей, у которых было диагностировано по крайней мере одно психическое расстройство, примерно у 25% были два и более диагноза. Обычные сочетания – это расстройства поведения и эмоциональные расстройства, а также расстройства поведения и гиперкинез.

Таким образом, Новосибирское исследование психического здоровья детей показало, что, в отличие от часто встречаемых в отечественных публикациях 40-80%, реальная распространенность психических расстройств у детей и подростков составляет 15-20%. Это исследование имело очевидные ограничения, поэтому совершенно необходимы масштабные эпидемиологические исследования психических расстройств у детей и подростков и факторов риска и защиты.

Современные представления о причинах детских психических расстройств. Многие люди и, к сожалению, некоторые специалисты, работающие с детьми, думают, что они знают, почему у ребенка возникло психическое расстройство: это может быть неадекватное воспитание, плохие гены, неправильное обучение («дидактогенные» расстройства), минимальная мозговая дисфункция и т. п. Однако с научной точки зрения, установление единственной причины детского психического расстройства редко бывает оправдано [3]. Большую часть «причин» в детской психиатрии лучше всего рассматривать как факторы риска: они увеличивают вероятность конкретного расстройства, но не гарантируют, что оно возникнет. Так, серьезные конфликты родителей - фактор риска для проблем с поведением, но у многих детей, чьи родители сильно конфликтуют, нет проблем с поведением.

В настоящее время детские психические расстройства объясняют определенными сочетаниями факторов риска. Р. Гудман и С. Скотт [3] выделяют 3 типа факторов риска: предрасполагающие, кристаллизующие и поддерживающие. Для наличия расстройства важно также отсутствие факторов защиты. Пример из современного учебника по детской психиатрии поможет понять, как действуют эти факторы. Окно разбито - потому, что стекло было тонким и хрупким, в него бросили камень, и после этого никто не заменил разбитое стекло. Точно так же: ребенок всегда был добросовестным и тревожным, а семья – спаянной и озабоченной здоровьем, у него возникают боли

в животе перед контрольной, родители так сильно беспокоятся о его здоровье, что начинают обследования, он пропускает учебу, и каждая новая контрольная и другие проблемы приводят к рецидивам. Данные эпидемиологических исследований указывают на генетические, неврологические и психосоциальные факторы риска. В исследованиях близнецов и приемных детей установлен существенный генетический вклад во многие детские психические расстройства: очень высокую наследуемость «широкого фенотипа» при аутизме, значительную - при аффективных биполярных расстройствах, шизофрении, тикозных расстройствах и устойчивой гиперактивности и несколько меньшую роль генетических факторов при распространенных поведенческих и эмоциональных расстройствах детского возраста.

Мозговые нарушения являются серьезным фактором риска, однако необходимо отметить, что у многих детей с мозговыми нарушениями нет психических расстройств, а среди детей с психическими расстройствами мозговые нарушения выявлены лишь в 7% случаев [7]. У детей с такими мозговыми нарушениями, как эпилепсия и церебральный паралич, психические расстройства установлены в 39% случаев. В целом при церебральных нарушениях спектр психиатрических проблем – тот же, что и в популяции: преобладают поведенческие и эмоциональные расстройства, а ведущие факторы риска – психосоциальные.

Хотя в детские службы психического здоровья чаще приходят мальчики, в эпидемиологических исследованиях не выявлено выраженных межполовых различий в общей частоте психических расстройств [3]. Среди психосоциальных факторов важны: структура семьи, семейная атмосфера и методы воспитания [3, 18]. Существенное значение имеет доход: в Британии распространенность детских психических расстройств в разных классах различается в 4 раза [27]). И очень важно, испытывают ли родители стресс: при сильном стрессе частота расстройств у детей была в 6 раз выше [3].

Среди обычных стрессоров можно выделить дискретные крупные изменения – события жизни, такие как разлука, госпитализация, утрата и развод. В проспективных продолжительных исследованиях установлено, как действуют эти факторы на детей. Так, после развода в течение 1-2 лет усиливаются поведенческие, тревожные и депрессивные симптомы - в среднем примерно на треть стандартного отклонения. В последующем большинство функционирует хорошо, хотя развод оказывает большое воздействие на жизнь детей. В среднем от развода больше страдают мальчики, девочки больше страдают, когда их матери вступают в новый брак [3].

Большое значение имеет хроническое неблагополучие. Разлад в семье, ругань, враждебность и критика связаны с эмоциональными расстройствами и расстройством поведения у мальчиков. Когда у родителей проблемы с психическим здоровьем, у детей повышен риск эмоциональных и особенно поведенческих проблем, часто вследствие плохого воспитания: враждебности родителя и супружеского разлада. Важными факторами риска являются неблагополучный район с высокой преступностью, насилием и доступностью наркотиков; плохое школьное обучение и низкая социальная сплоченность. Другое неблагополучие – это плохое обращение, издевательства, бедность, войны и вынужденная миграция. Являются ли некоторые виды неблагополучия особенно травмирующими? Продолжительные исследования указывают на то, что значение имеет не тип стресса, а его доза. Воздействие одного или даже двух умеренных факторов риска лишь немного повышает частоту пси-

хических расстройств у детей и даже может давать долгосрочное преимущество. Но как только дети сталкиваются с тремя или четырьмя факторами риска, частота плохого исхода повышается в 3-5 раз, и в этих обстоятельствах большинство детей страдает от психических расстройств [3].

Несмотря на то, что совокупный риск и тяжелые стрессы обычно оказывают неблагоприятное воздействие, некоторых дети справляются значительно лучше, чем другие. Это привело к построению концепции *устойчивости* к стрессу. С лучшими исходами при воздействии стресса связаны такие личностные свойства, как уравновешенный темперамент, высокий интеллект и вера в собственные способности, и такие свойства семьи, как тепло, близость и сплоченность. Важное значение имеет поддержка у семьи и ребенка, например, хорошие отношения по крайней мере с одним взрослым за пределами ближайшей семьи. Большая часть этих факторов связана с лучшими исходами, независимо от того, находятся ли дети в неблагоприятных обстоятельствах или нет. Поэтому они не только «защищают» от стресса, но и способствуют хорошему функционированию в любых условиях. Это широкое понимание «факторов защиты». В узком смысле факторы защиты помогают нейтрализовать действие факторов риска, но не дают преимущество тем, кто не подвергается стрессу. Р. Гудман и С. Скотт [3] проводят аналогию с физическим здоровьем. Сбалансированное питание способствует физическому здоровью любого; а вакцина от бешенства - фактор защиты в узком смысле, т. к. снижает риск заболеть тех, кого укусила бешеная собака, но не делает более здоровыми всех остальных. Поэтому наиболее эффективные программы профилактики должны способствовать развитию устойчивости, в особенности у детей, подвергающихся воздействию нескольких факторов риска.

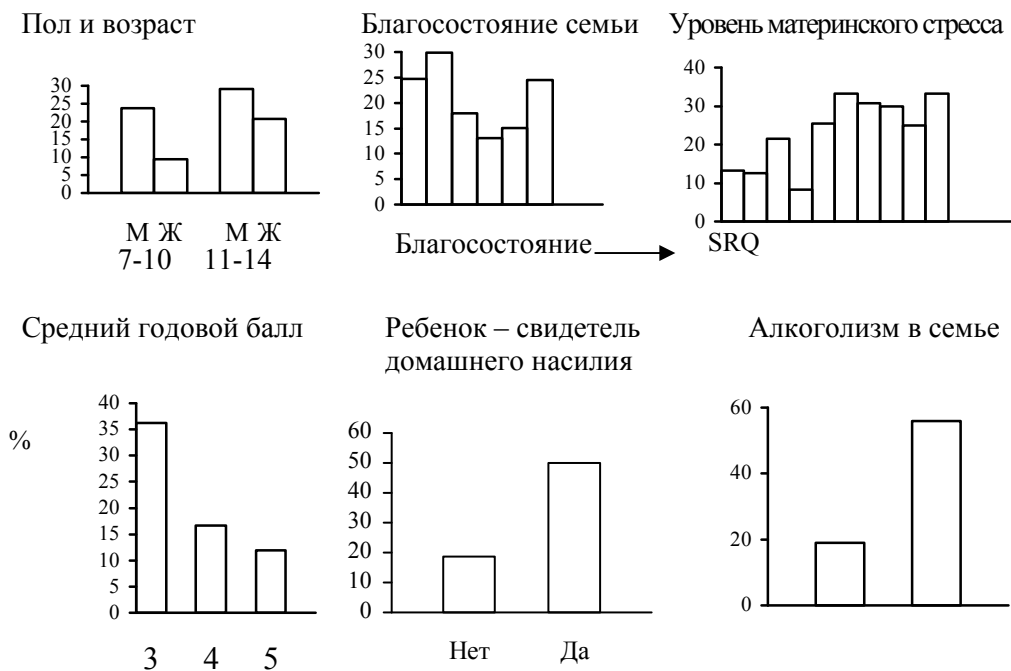


Рис. 2. Факторы отклонений психического здоровья у детей 7-14 лет [25].

% - частота «случаев» по данным опросников для нескольких информантов.

В Новосибирском исследовании психического здоровья детей для изучения возможных факторов риска в школе собирали сведения об успеваемости детей, родителям предъявляли социодемографическую анкету, включающую вопросы о практике воспитания, и опросник здоровья ВОЗ (SRQ) [31] для оценки их собственного психического здоровья; а 11-14-летним подросткам предлагали анкету о практике воспитания в семье и употреблении табака, алкоголя и других наиболее распространенных психоактивных веществ. оценивали социально-демографические показатели, такие семейные факторы, как благосостояние, насилие, алкоголизм, психическое здоровье родителей с помощью опросника ВОЗ, школьную успеваемость детей и употребление подростками психоактивных веществ

Анализ проводили на выборке из 406 детей (91% всех участников) с полными демографическими, семейными, социальными и школьными данными. Итоговым показателем была вероятность психического расстройства, по данным опросников для родителей, учителей и подростков. Выраженными факторами риска являлись индивидуальные характеристики ребенка, такие как мужской пол и низкая успеваемость в школе. Кроме того, существенное значение имело неблагополучие в ближайшем окружении: насилие и алкоголизм в семье, а также выраженная тревога и депрессия у матери (рис. 2). Материальное благополучие, состав семьи, образование и профессиональный статус родителей, и качество школы имели значительно меньшее значение.

Таким образом, в России, как и в других странах, наиболее существенные факторы риска лежат в ближайшем семейном окружении ребенка. Социально-экономические факторы у нас значительно менее важны. Возможно, в переходном обществе традиционные показатели социального статуса семьи слабо связаны с факторами, непосредственно влияющими на благополучие ребенка. Исследователи отмечают, что семья в России как воспитательная среда для детей переживает кризис, связанный с переходными процессами в обществе, резкой сменой ценностей и неопределенностью [2]. В современной России дети и подростки являются наименее обеспеченной частью населения [8], растет число разводов и семей с одним родителем [9]. Поэтому в следующем исследовании мы более детально изучили влияние социально-демографических и семейных факторов на психическое здоровье российских детей и подростков.

Это было срезное исследование нерепрезентативной выборки городских и сельских детей с широким охватом различных социально-экономических слоев населения. Данные получали из разных источников; большая часть данных получена в Новосибирске – третьем по величине городе России. Респондентам предлагали заполнить опросники ССТ и "Стиль жизни". Первую выборку составили данные родителей о 1864 детях от 3 до 17 лет, вторую – самоотчеты 1382 подростков 11-17 лет.

Немногим более 70% детей жили вместе с обоими биологическими родителями, 8-9% - с отчимами, чуть менее 20% жили только с одним родителем, в основном с матерью. Около 40% респондентов были единственными детьми, примерно 30% жили с бабушкой и/или дедушкой. Средний размер семьи - 4 человека.

Для оценки психического здоровья использовали валидизированный ранее опросник ССТ и 2 фактора: Интернализация включала эмоциональные симптомы и проблемы со сверстниками, а Экстернализация - проблемы с поведением и гиперактивность. Это соответствует двум основным группам дет-

ских психиатрических проблем. Интернализация отражает представление о том, что «стрессы» могут быть обращены вовнутрь, приводя к беспокойствам, страхам, страданию, болям в животе и т. п. Экстернализация подразумевает, что «стрессы» могут быть обращены наружу, приводя к вызывающему, агрессивному и антисоциальному поведению [3, 15]. С помощью шкал и отдельных вопросов оценивали социально-демографические характеристики и показатели стиля жизни: достаток семьи, ее сплоченность, насилие в семье и жесткость воспитания (применение телесных наказаний). Кроме того, определяли вестернизацию – ориентацию на российские или западные культурные ценности, урбанизацию (проживание в городе или сельской местности), безопасность местожительства в отношении криминала, родительский надзор и занятия спортом. Оценивали также потребление психоактивных веществ (табака, алкоголя, наркотиков) членами семьи и подростками [11, 12].

В целом влияние психосоциальных факторов было таким же, как и в других странах. У девочек было больше эмоциональных симптомов, а у мальчиков – сильнее выражены проблемы с поведением, гиперактивность, проблемы со сверстниками и общее число проблем. Все эффекты пола были небольшими и объясняли менее 5% разнообразия. Что касается возрастных различий, то выраженность эмоциональных симптомов была наименьшей у старших подростков и относительно низкой в группе дошкольников. Проблемы со сверстниками были наиболее выражены в возрасте 7-10 лет. Уровень гиперактивности с возрастом прогрессивно снижался, у старших подростков было меньше всего поведенческих проблем. В целом меньше всего проблем было у старших подростков. Что касается их влияния на повседневную жизнь ребенка, то оно было наибольшим в младшем подростковом возрасте и наименьшим – в дошкольном. Психиатрические службы значительно чаще занимаются старшими возрастными группами, однако проблемы психического здоровья у младших детей встречаются чаще, а неэффективное лечение ведет к росту преступности, злоупотребления психоактивными веществами, психических расстройств у взрослых, неуспеваемости в школе, безработице и другим неблагоприятным последствиям [3].

У детей из полных семей, образованных родителей с высоким профессиональным положением проблем было меньше. Наличие отца сопровождалось повышенным уровнем проблем с поведением. Однако, несмотря на ряд достоверных эффектов, влияние социально-демографических показателей на психическое здоровье детей было незначительным. Особенности семейной обстановки имели более существенное значение. Сплоченность семьи, материальное благополучие и безопасность местожительства сопровождалась меньшей выраженностью всех видов отклонений. Семейному насилию, жесткому воспитанию с физическими наказаниями и алкоголизму в семье сопутствовал повышенный уровень всех видов отклонений. Помимо этого, вестернизация, употребление психоактивных веществ подростком и курение в семье предрасполагали к поведенческим проблемам.

Для выявления наиболее значимых психосоциальных факторов психического здоровья использовали моделирование структурными уравнениями. Оно позволяет конструировать модели, соответствующие эмпирическим данным, и устанавливать их прогностическую значимость. Анализ с учетом всевозможных влияний между социально-демографическими и семейными факторами позволил выделить психосоциальные факторы риска и защиты. Суровое воспитание с физическими наказаниями было фактором риска по отно-

шению к психическому здоровью детей в целом, а сохранный и сплоченный семья, образование родителей и безопасный район были неспецифическими факторами защиты. Помимо этого, специфическими факторами риска эмоциональных проблем были женский пол, старший возраст родителей и алкоголизм в семье, а специфическими факторами защиты - материальный достаток и занятия спортом. Специфическими факторами риска поведенческих проблем были мужской пол, младший возраст, вестернизация, курение в семье и употребление алкоголя и наркотиков самим подростком. Все эти факторы объясняли уровень Интернализации примерно на 15%, а уровень Экстернализации – примерно на 30%. При этом особенности семейной обстановки имели большее значение для психического здоровья, чем формальные показатели социально-экономического положения.

Значение для практики. Полученные данные о распространенности психических расстройств свидетельствуют о насущной необходимости организовать доступные службы помощи детям и подросткам с отклонениями психического здоровья. Эти службы должны учитывать наилучший мировой опыт и местную практику и предоставлять эффективное лечение имеющихся нарушений. Профилактика должна быть направлена на наиболее значимые установленные факторы риска, а лечение - эффективным, т. е. основанным на доказательствах.

В настоящее время в рандомизированных контролируемых испытаниях установлена эффективность некоторых подходов при целом ряде расстройств детского возраста (медикаментозного лечения при гиперкинезе, тренинга родителей при расстройстве поведения, поведенческих методов при загрязнении и энурезе и семейной терапии при анорексии). Имеются достаточно обоснованные доказательства в пользу когнитивно-поведенческой терапии подростковой депрессии, лечения посттравматического стрессорного расстройства дебрифингом, поведенческих подходов к отказу от школы и схем посещений на дому при жестоком обращении. И доказано, что некоторые подходы недостаточно эффективны, совсем неэффективны и даже приносят вред (нецеленаправленная семейная работа при расстройстве поведения, терапия социальных навыков при проблемах со сверстниками, проводимая в клинической обстановке, социальная работа и общая поддержка при делинквентности и медикаментозное лечение депрессии трициклическими препаратами [3]. Учитывая сходство типов психических расстройств у детей и подростков и ключевых факторов риска в России и в западных странах, вполне возможно, что разработанные в других странах симптоматические методы лечения и профилактики, могут быть успешно модифицированы для широкого применения в российской системе здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арефьев А.Л. Поколение, которое теряет Россия // СоцИс. - 2002, № 8. - С. 97-105.
2. Варламова С.Н., Носкова А.В., Седова Н.Н. Семья и дети в жизненных установках россиян // СоцИс. - 2006, № 11. - С. 61-73.
3. Гудман Р., Скотт С. Детская психиатрия. 2-е изд. Пер с англ. – М.: Триада-Х, 2008.- 405 с.
4. Дмитриева Т.Б. Основные направления социально-психиатрической помощи несовершеннолетним с проблемами развития и поведения // Российский психиатрический журнал. - 2001, № 4. - С. 4-8.
5. Козловская Г. В Состояние психического здоровья детского населения

// Социальная и клиническая психиатрия. - 2002, № 2. - С. 22–25.

6. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств: Исследовательские диагностические критерии / ВОЗ. - СПб., Б.г. - 208 с.

7. Никол Р. Практическое руководство по детско-юношеской психиатрии. Британский подход. - Екатеринбург: УралИНКО, УралЦДИ, 2001. - 224 с.

8. Овчарова Л. Профиль российской бедности. Население и общество. Информационный бюллетень Центра демографии и экологии человека Института народнохозяйственного прогнозирования РАН. - 2005, № 89.

9. Основные итоги Всероссийской переписи населения 2002 года. - М.: ИИЦ «Статистика России», 2005. - 493 с.

10. Поташева А. П., Малахова О. А., Борисова Л. Б. "Детское психическое здоровье" — новый проект реорганизации психиатрической помощи детям и подросткам // Российский психиатрический журнал. - 2000, № 2. - С. 64-68.

11. Слободская Е.Р., Ахметова О.А., Кузнецова В.Б., Рябиченко Т.И. Социальные и семейные факторы психического здоровья детей и подростков // Психиатрия. - 2008 (в печати).

12. Слободская Е.Р., Гудман Р., Рябиченко Т.И. Психосоциальные факторы эмоциональных проблем и отклонений в поведении подростков // Психиатрия. - 2006 № 2. - С. 28-36.

13. Чубаровский В.В., Карпова Г.Л. Распространенность и структура пограничных психических расстройств в подростковых группах // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. - 2000, Т. 101, № 7. - С. 54-57.

14. Шевченко Ю.С., Северный А.А., Иовчук Н.М. Проблемы охраны психического здоровья детей и подростков // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. - 1998, Т. 98, № 9. - С. 37-40.

15. Achenbach T. M., Howell C. T., Quay H. C., Conners C. K. National survey of problems and competencies among four- to sixteen-year-olds: parents' reports for normative and clinical samples // Monographs of the Society for Research in Child Development. 1991. V. 56, N. 3. 119 pp.

16. Achenbach, T. M., Rescorla, L. A. (2001). Manual for ASEBA School-Age Forms & Profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families. - 2001.

17. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC: Author, 1994.

18. Bourdon K.H., Goodman R., Rae D.S., Simpson G., Koretz D.S. The Strengths and Difficulties Questionnaire: U.S. normative data and psychometric properties // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2005. V. 44, № 6. P. 557-564.

19. Caspi A., Moffitt T.E., Newman D.I., Silva P.A. Behavioral observations at age 3 predict adult psychiatric disorders: longitudinal evidence from a birth cohort // Archives of General Psychiatry. 1996. V.53. P. 1033–1039

20. Goodman R. Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2001. V. 40. P. 1337-1345.

21. Goodman R. The extended version of the Strength and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden // Journal of Child Psychology and Psychiatry. 1999. V. 40. P. 791-799.

22. Goodman R., Ford T., Richards H., Gatward R., Meltzer, H. The Development and Well-Being Assessment: description and initial validation of an integrated

assessment of child and adolescent psychopathology // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2000. V. 41. P. 645-655.

23. Goodman R., Ford T., Simmons H., Gatward R., Meltzer H. Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample // *British Journal of Psychiatry*. 2000. V. 177. P. 534-539.

24. Goodman R., Renfrew D., Mullick M. Predicting type of psychiatric disorder from Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) scores in child mental health clinics in London and Dhaka // *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2000. V. 9. P. 129-134.

25. Goodman R., Slobodskaya H.R., Knyazev G.G. Russian child mental health: a cross-sectional study of prevalence and risk factors // *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2005. V. 14. P.28-33.

26. Koskelainen, M., Sourander A., Kaljonen A. The Strengths and Difficulties Questionnaire among Finnish school-aged children and adolescents // *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2001. V. 9. P. 277-284.

27. Meltzer H., Gatward R., Goodman R., Ford T. Mental health of children and adolescents in Great Britain. - London: The Stationery Office, 2000.

28. Mullick M., Goodman R. Questionnaire screening for mental health problems in Bangladeshi children: a preliminary study // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2001. V. 36. P. 94-99.

29. Rutter M. Isle of Wight revisited: 25 years of epidemiological research in child psychiatry // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1989. V. 28. P. 633-653.

30. Rutter M. Connections between child and adult psychopathology // *European Child and Adolescent Psychiatry*. 1996. Vol. 5 (Suppl. 1). P. 4-7.

31. World Health Organization. A user's guide to the self reporting questionnaire (SRQ). Geneva: World Health Organization, 1994.

А.А. Северный

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

**НЦ психического здоровья РАМН, Ассоциация детских психиатров
и психологов (Москва).**

Прежде чем формулировать задачи организации помощи детям с психосоматическими расстройствами, необходимо определиться с тем, что мы понимаем под этими расстройствами. Несмотря на огромное количество работ по психосоматике, несмотря на почти двухвековую историю самого термина и активную разработку проблемы в последние 80 лет начиная с психоаналитических исследований F. Dunbar [5] и F. Alexander [3, 4], до сих пор мы не имеем какого-либо нормативного определения, более или менее четко описывающего данную область. Более того, во многих монографиях, посвященных психосоматической патологии как в общей медицине, так и в педиатрии, вообще отсутствуют попытки такого определения, и авторы ограничиваются последовательным описанием широкого спектра расстройств, относимых ими к психосоматическим, правда, по не совсем ясным критериям.

Если обратиться к современным классификациям, и прежде всего к МКБ-10, то мы увидим, что термин «психосоматический» не используется в обозначениях категорий в МКБ-10, очевидно, в связи с различием его значений в различ-

ных языках и психиатрических школах, а также потому, что использование этого термина может косвенно подразумевать, что психогенетический фактор не играет никакой роли в возникновении, течении и исходе других заболеваний, в которых этот термин не применен. Расстройства, относимые в общем понимании к психосоматическим, могут быть найдены в МКБ-10, в первую очередь, в рубриках F45 (соматоформные расстройства), а также F50 (расстройства аппетита), F52 (сексуальные дисфункции), F54 (психологические и поведенческие факторы, связанные с расстройствами и болезнями любой рубрики классификации) и др. Здесь мы хотели бы обратить ваше внимание на то, что все соматоформные (соматизированные и т. п.) расстройства априорно отнесены к невротическим, т. е. подразумевается их исключительно психогенный в узком понимании этого слова характер, хотя и указывается, что психогенный фактор может и не обнаруживаться. Такая узкая трактовка психосоматического имеет, как уже говорилось, психоаналитические исторические корни и требует, на наш взгляд, дискуссии. Отсюда становится понятной и достаточно узкая трактовка психопатологического компонента психосоматических расстройств. Если собственно соматический компонент может рассматриваться предельно широко, подразумевая участие любой физиологической и органной системы, то психопатология, по мнению большинства известным нам авторов, трактуется исключительно как различные варианты депрессивного симптомокомплекса с тревожным, как правило, компонентом, что, впрочем, и естественно для расстройств невротического круга. Отсюда и строятся предпосылки для коррекционной работы, направленной, в первую очередь, на редукцию депрессивных расстройств с помощью психофармакологических, психотерапевтических и психосоциальных методов. Несколько особняком стоят психобиологические методы коррекции с использованием тех или иных функциональных воздействий на различные физиологические системы (БОС и др.), но они в значительной мере находятся еще в стадии разработок и апробаций, и их эффективность требует подтверждения.

Наряду с таким, достаточно ограниченным феноменологическим подходом к характеристике психосоматических расстройств существуют и, наоборот, крайне широкие трактовки, позволяющие включить в этот круг чуть ли не половину всех пациентов общесоматической сети. В этом отношении можно указать на хорошо известную классификацию одного из ведущих отечественных исследователей в данной области А.Б. Смулевича [1], который противопоставляет клиническую трактовку психосоматической медицины очерченной выше традиционной психогенетической, имеющей психоаналитические корни. Отсюда в круг психосоматических расстройств включается и широчайший круг психических нарушений, вызванных собственно органными соматическими заболеваниями. Таким образом, по А.Б. Смулевичу, клинические образования, отражающие структуру психосоматических соотношений, могут быть сгруппированы в пределах следующих четырех основных категорий:

I. Психическая патология, реализующаяся в соматической сфере при отсутствии аргументированной медицинским обследованием соматической патологии.

II. Сочетанные (имплицированные) психопатологически-соматические расстройства.

III. Психопатологические расстройства, обусловленные / провоцированные соматическим заболеванием.

IV. Соматические расстройства, психогенно провоцированные (психосоматические заболевания).

К спектру психосоматических принадлежат также расстройства, осложняющиеся соматической патологией (нервная анорексия/булимия, алкоголизм), психопатологические образования, сопровождающиеся телесно ориентированной аутоагрессией (искусственные – преднамеренно вызванные – артифициальные – *factitious disorders* расстройства соматических функций – F68.1, по МКБ-10). Эти расстройства, относимые в МКБ-10 к аномалиям личности, включают явления аггравации симптомов реального соматического заболевания, приобретающих преувеличенное выражение и патологическую стойкость вне признаков обострения, а также не имеющее (в отличие от симуляции) внешней мотивации преднамеренное поведение с имитацией болезненных симптомов и/или нанесением самоповреждений, их провоцирующих. К этой гетерогенной группе относятся выделяемые в дерматологической клинике аутодеструктивные дерматозы (патомимия – L98.1) и, в частности, невротические эксориации (расчесы, наносимые на неповрежденную кожу с целью избавления от мучительных, нестерпимых телесных ощущений в виде жжения, чувства распирания или укусов, приписываемых тяжелой дерматологической патологии) и ряд других синдромов: соматизированные расстройства, связанные с репродуктивным циклом женщин, психические расстройства, коморбидные соматическому заболеванию и пр. Предлагаемая классификация включает и тесно связанные со сферой телесного “Я” нарушения – ипохондрию или расстройства ипохондрического спектра. В свете такого подхода, позволяющего рассматривать в клиническом единстве проявления психосоматической дихотомии, ипохондрия, по автору, представляется наиболее адекватной психопатологической моделью с психопатологической квалификацией последовательно утяжеляющихся синдромов психосоматического ряда (невротические, психопатические, аффективные, бредовые).

Как вы понимаете, в данном сообщении мы не ставим своей целью обозреть все многообразие современных трактовок психосоматических расстройств. Нам лишь представлялось целесообразным показать их 2 полюса – с максимально узкими и максимально широкими интерпретациями. Но если мы ставим своей целью определиться с конкретной организацией помощи детям, страдающим психосоматическими нарушениями, то нам следует попытаться избежать как неоправданной узости, так и избыточной широты этих интерпретаций. С этой целью мы предлагаем ввести рабочее определение психосоматической патологии, в котором нет указаний, даже косвенных, на этиопатогенетические механизмы страдания, а предпринимается попытка дать собственно клиническую и, возможно, сугубо прагматическую характеристику данной патологии.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ – симптомокомплексы, включающие функциональные психические и функциональные (во всяком случае на первых этапах заболевания) вегетосоматические расстройства с преобладанием в клинической картине последних, которые и служат первоначальной диагностической и терапевтической «мишенью».

Данное определение требует некоторых уточнений – понятий функциональных вегетосоматических расстройств и психовегетативного синдрома.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ВЕГЕТОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА – клинически верифицируемые нарушения в вегетосоматической сфере при отсутствии верифицированного органического патологического субстрата, выступающие в единстве с психопатологической симптоматикой в рамках целостного психовегетативного синдрома.

W. Thiele [8, 9]: **ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫЙ СИНДРОМ – «... закономерное взаимовлияние психических (аффективных) и вегетативных проявлений».**

Исходя из этого, мы попытаемся скомпилировать классификацию расстройств у детей, относимых нами к психосоматическим, используя как данные литературы (прежде всего классификацию Н. Zimprich [10]), так и собственный клинический опыт.

КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

1. Состояния, связанные с ранней эмоциональной депривацией, - младенческий маразм, анаклитическая депрессия.

2. Соматовегетативные расстройства как проявление конституциональной предрасположенности невропатического типа к патологическому реагированию на психогенные воздействия.

3. Соматовегетативные расстройства как проявление тревоги и невербализуемых (подавляемых) страхов – экзистенциальных и ситуативных.

4. Многообразные синдромально очерченные детско-подростковые специфические и типические расстройства и вегетосоматической манифестацией: анорексии, ожирения, ювенильная желтушность, диарея и запоры, энурез и энкопрез и др., а также менее привязанные к возрасту – неспецифические дерматиты, мигрени, язвенный колит, астматические состояния и др.

5. Наиболее многочисленная группа разнообразных проявлений т. н. ВСД – дискинезии и другие расстройства ЖКТ, проявления колебаний сосудистого тонуса (гипер- и гипотензия), нарушения сердечного ритма, астмоподобные расстройства дыхания (диспноэ), псевдоневрологические нарушения (астеноподобные расстройства, тики, кривошея и др.).

Как вы видите, мы не включаем сюда собственно соматогенные психические нарушения, возникающие при верифицируемом патологическом органическом субстрате (будем называть эту патологию соматопсихической), как и не включаем т. н. психосоматозы, т. е. классические психосоматические заболевания типа язвенной болезни желудка, инфаркта миокарда и пр. – не потому, что они не встречаются у детей (к сожалению, встречаются все чаще), но потому, что, как справедливо замечает А.Б. Смулевич [1], если даже эти заболевания и манифестируют психогенетически, их дальнейшее течение все же подчиняется преимущественно закономерностям собственно органического соматического заболевания и они входят в компетенцию прежде всего соматологов.

Наш собственный клинический опыт опирается на многолетнее исследование двух независимых когорт больных детей и подростков, насчитывающих в целом 457 человек в возрасте от 3 до 17 лет: 115 больных с наджелудочковой пароксизмальной тахикардией, 159 – с функциональной гипертермией и разнообразными функциональными сердечно-сосудистыми нарушениями, т. н. ВСД, 140 - с расстройствами желудочно-кишечного тракта, 43 – с atopическими дерматитами и функциональными расстройствами дыхания. Мы не даем более детальное диагностическое распределение, во-первых, поскольку в рамках данного сообщения это не представляется столь существенным, а во-вторых, поскольку вегетососудистая патология в большинстве случаев носит сочетанный характер; и если на определенном этапе заболевания выявляется ведущий соматовегетативный синдром, то он, как правило,

сопровождается и другими, менее выраженными расстройствами того же уровня, а других этапах заболевания он может отойти на задний план и картина будет определяться преимущественно другими типами расстройств. Здесь мы попытаемся изложить лишь общие закономерности психопатологии и течения. На следующей таблице дано синдромальное распределение психопатологии в двух независимых когортах больных (обследования в 1999-2003 гг. - 1 когорта и в 2004-2008 гг. - 2 когорта).

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ВЕГЕТОСОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

СИНДРОМЫ (1 когорта)	Кол-во больных	%%
Аффективная симптоматика, в т. ч. биполярная	140	58,1
Аффективно-бредовые, в т. ч. с галлюцинациями	25	10,4
Личностные расстройства	17	7,0
Невротические и неврозоподобные	39	16,2
Психоорганические и эпилептиформные	18	7,5
ВСЕГО	241	100,0

СИНДРОМЫ (2 когорта)	Кол-во больных	%%
Аффективная симптоматика, в т. ч. биполярная	104	48,1
Аффективно-бредовые, в т. ч. с галлюцинациями	12	5,6
Личностные расстройства	47	21,8
Невротические и неврозоподобные	26	12,0
Психоорганические, в т. ч. эпилептиформные	27	12,5
ВСЕГО	216	100,0

Как вы видите, данные вполне сопоставимы. Но не это главное. Мы хотим продемонстрировать, что функциональные вегетосоматические расстройства у детей могут быть фасадом, или, если хотите, маской, самой разнообразной психопатологии, а отнюдь не только депрессивной, что, несомненно необходимо учитывать в организации психокоррекционной работы.

Столь же разнообразны и основные личностные черты больных, выявляемые и как доманифестные и в актуальном патопсихологическом обследовании. Не вдаваясь в детали, укажем лишь, что преобладающей является такая черта, как тревожность, которая выступает либо как ведущий признак (приблизительно у трети больных), либо как скрытый компонент в структуре других личностных характеристик – шизотимных, истероформных, гипертимных и эмоционально лабильных. Психологическая диагностика выступает важным компонентом как в собственно диагностической процедуре, так и в выстраивании психокоррекционной тактики.

Не менее важной является и диагностика семьи. На нашем материале мы практически не встретили семей с родителями без тех или иных проявлений психопатологии, естественно, преимущественно пограничного уровня, аффективной и невротической, с преобладанием тревожного аффекта. Не встретились нам и гармоничные семьи: как правило, их можно было квалифицировать по систематике S. Minuchin [10], описавшего семьи, предрасполагающие к появлению психосоматических расстройств у детей, - это, по его терминологии,

семьи с безысходностью, сверхпротективностью, ригидностью и неспособные к разрешению конфликта. Особенности внутрисемейных отношений и психопатологические расстройства у членов семьи создают, естественно, особую ситуацию в построении стратегии и тактики психокоррекционной работы.

Наконец, для формулирования общепатологической оценки описываемых психосоматических расстройств у детей и подростков коротко скажем об их течении. Его наиболее типичный стереотип заключается в смене доманифестных стертых личностных отклонений, девиаций развития и мягких субклинических аффективных расстройств манифестными психовегетативными расстройствами с ведущей соматовегетативной симптоматикой, вслед за которыми, на более поздних возрастных этапах, на первый план выходят собственно психопатологические нарушения оттесняя на задний план функциональную соматовегетативную симптоматику. Однако в менее характерных случаях возможны и другие варианты динамики, когда доманифестные психопатологические проявления не выявляются либо выражены крайне незначительно (не верифицируются анамнестически и не квалифицируются психопатологически), а первые проявления психовегетативного диатеза выражаются отчетливой соматовегетативной симптоматикой. В этих случаях «психовегетативный» этап наступает позже, тем не менее в последующем, как правило, сменяясь этапом более или менее отчетливых психопатологических расстройств.

В целом, очевидно, можно вынести предварительное суждение, что степень выраженности преморбидных (до соматовегетативной манифестации) личностных отклонений (в целом психопатологического диатеза) положительно коррелирует со степенью выраженности возникающих в последующем функциональных соматовегетативных расстройств, т. е. речь может идти об оценке заболеваний у детей в целом как о едином патологическом состоянии – психосоматическом (психовегетативном) диатезе, имеющем различные этапы своего развития. Т. о., с нашей точки зрения, в случае функциональных психосоматических нарушений у детей и подростков мы имеем дело с психовегетативным диатезом, который определяется нами следующим образом:

Психовегетативный диатез - клинические проявления многофакторной наследственно-конституциональной предрасположенности как к собственно психическим (преимущественно аффективным), так и к функциональным соматовегетативным расстройствам, протекающим в виде фаз и реакций на фоне дизонтогенетических нарушений и онтогенетических кризовых влияний в условиях предрасполагающих семейных и других микросоциальных воздействий, причем регуляторные расстройства, связанные с эмоциональной сферой, могут сочетаться с конституциональными (врожденными) органами аномалиями.

В частности, на примере кардиальной патологии (пароксизмальной тахикардии) была показана конвергенция врожденных аномалий проводящих путей сердца и экстракардиальных регуляторных расстройств, обусловленных психическими нарушениями. Являясь более широким понятием, чем невропатия, **психовегетативный диатез**, в отличие от последней, не связан с каким-либо определенным конституциональным типом личности. Таким образом, понятие психовегетативного диатеза ассоциируется с понятием психовегетативного синдрома, аффективных и невротических нарушений. Однако в данном случае речь идет именно о диатезе, т. е. о непроецессуальных проявлениях предрасположения, а не о патологическом процессе.

Что касается динамики проявлений диатетических расстройств, то во всех

группах больных с приблизительно равной частотой (68%-76%) преобладал фазный вариант над личностным и реактивным (в понимании С.Ю. Циркина [2]). Кроме того, на основании предварительного анализа можно предположить, что отчетливая неравномерность в динамике психофизического развития, склонность к эмоциональной неустойчивости, к сезонным и другим аутохтонным колебаниям психофизического статуса в доманифестном периоде предполагает более отчетливую фазность, с более частой сменой патологических состояний, в то время как «устойчивый» преморбид с равномерно-поступательным развитием и более стабильным эмоциональным фоном может служить предиктором склонности психовегетативных и собственно психопатологических расстройств к затяжному и даже хроническому течению.

Конечно, в ряде случаев диатетическое, непроецессуальное течение может перейти в процессуальное как по органическому типу (с развитием заболевания, текущего по закономерностям органического процесса), так и по психопатологическому, что мы наблюдали у некоторых наших больных, обнаруживших со временем в том числе шизофренический процесс.

Т. о., психовегетативные расстройства в рамках психовегетативного диатеза представляют собой в каждом отдельном случае сложную констелляцию дизонтогенетических, реактивных, фазных, онтогенетических кризовых факторов, проявляющихся в условиях патологической семьи и под влиянием других психосоциальных факторов, создающих предпосылки для клинического проявления диатетической предрасположенности. Коротко перечислим факторы, способствующие микросоциальной дизадаптации детей, страдающих психосоматическими расстройствами:

1. Глубина и тяжесть собственно психопатологической и соматовегетативной симптоматики.
2. Особенности критической оценки болезненного состояния самими пациентами (анозогнозия, неполная и двойственная критика) и их ближайшим окружением (фиксация на соматовегетативных нарушениях, недостаточные оценка и понимание психической измененности больного ребенка).
3. Толерантность населения к пограничной психической патологии.
4. Оппозиционное отношение к психиатрической помощи не только больных и их родственников, но и многих врачей-интернистов.
5. Отсутствие специализированной психиатрической и психотерапевтической помощи в первичном педиатрическом звене.
6. Ориентированность существующей системы психиатрической помощи детям преимущественно на манифестную, тяжелую психическую патологию.
7. Недостаточность знаний о психосоматической и пограничной психической патологии в среде педиатров.
8. Вытекающий отсюда существенный дизадаптирующий фактор, который мы обозначаем как ятрогенную дизадаптацию, а именно создание искусственной и неоправданной социальной депривации больных вследствие необоснованных ограничений, накладываемых врачами на их деятельность.

Каким же образом следует организовать службу, позволяющую проводить адекватную профилактику, своевременную коррекцию и полноценную реабилитацию больного ребенка с функциональной психовегетативной патологией?

Для нас очевидно, что это не может быть какая-то специальная психосоматическая служба, о собственно службе психического здоровья детей должна быть организована таким образом, чтобы оказывать необходимую помощь и детям с психосоматической патологией. Очевидно, что для этого необхо-

дим психотерапевтическое звено в амбулаторном педиатрическом учреждении – в детской поликлинике. Основные принципы организации такого кабинета, включающего психиатра, семейного терапевта/психотерапевта, клинического психолога и социального педагога, представлены в тех материалах, которые мы распространяем для обсуждения на завтрашнем круглом столе. Следующее звено в данной системе – психотерапевтическая служба в многопрофильном педиатрическом стационаре. Она может быть представлена в 2 формах: либо консультативно-коррекционный отдел с необходимым набором специалистов, обслуживающий все отделения стационара, либо специальное стационарное отделение по типу того, какое организовано в здешнем институте. Пока трудно сказать, какая из двух форм предпочтительней, возможно, нужны обе в зависимости от местных организационных и кадровых условий. Наконец, для реализации реабилитационного этапа необходима организация межведомственного и междисциплинарного взаимодействия в системах семья-здравоохранение, семья-образовательное учреждение, учреждение здравоохранения-образовательное учреждение. В этих условиях основным действующим лицом становится социальный педагог поликлинического психотерапевтического кабинета, задача которого состоит в координации действий всех участников реабилитационного процесса.

Следующим, а точнее первоочередным организационным условием, с выполнения которого должно начинаться создание системы помощи детям с психосоматическими расстройствами, является кадровое обеспечение, т. е. создание «эшелонированной» системы обучения специальным образом ориентированным общепсихиатрическим, социально-психиатрическим и психосоматическим знаниям всех участников указанной системы, а также педиатров поликлинической и стационарной сети. Обучение не с тем, чтобы психиатрические специалисты подменяли психиатров, что, к сожалению, в последнее время принимает неуправляемый характер и к чему, как нам ни странно, призывают и некоторые авторитетные психиатры, правда, не детские, а с тем, чтобы все специалисты, работающие с детьми, могли своевременно заподозрить наличие у ребенка психосоматических нарушений, своевременно направить его и его семью к соответствующим специалистам и адекватно своей профессиональной компетенции включиться в сложный мультидисциплинарный коррекционно-реабилитационный процесс.

И, наконец, необходимым условием развития системы психосоматической помощи детям является создание научно-методического центра, желательно федерального уровня, с понятной целью анализа, обобщения и продвижения в практику мирового и национального научно-клинического опыта в данной сфере. Возможно, данное направление стало бы одним из тех, что стал бы разрабатывать предлагаемый нами Центр психосоциальных проблем детства, о котором также говорится в предложенных вам для обсуждения материалах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Смулевич А.Б. Психосоматическая медицина. - http://consilium-medicum.com/media/prom/07_01/4.shtml
2. Циркин С.Ю. Аналитическая психопатология. – М.: Фолиум, 2005. – 200 с.
3. Alexander F. Psychological aspects of medicine. Psychosomatic Medicine, 1939, V. I, N. 1, January. – P. 7-18.
4. Alexander F. (Александр Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. – М.: Эксмо, 2002. – 453 с.)

5. Dunbar F. Character and Symptom Formation—Some Preliminary Notes with Special Reference to Patients with Hypertensive, Rheumatic and Coronary Disease 1939). *Psychoanalytic Quarterly*, 8:18-47
6. Minuchin S. Families and Family Therapy. - Cambridge: Harvard University Press., 1974. – 268 p.
7. Minuchin S., Baker L., Rosman B., et al. A conceptual model of psychosomatic illness in children // *Arch. Gen. Psych.* – 1975. – Vol. 32. – P. 1031-1038.
8. Thiele W. Das psycho-vegetative Syndrom. // *Muench. Me. Wochenschr.* – 1958. – Jg. 100, H. 49. – S. 1918-23.
9. Thiele W. Das psycho-vegetative Syndrom, sein Natur und Behandlung // *Med Welt*. 1966 Jan 1;1:9-14. German.
10. Zimprich H. Kinderpsychosomatik // Thieme, 1984, Stuttgart-New York. - 185 S.

Ю.С. Шевченко

ОНТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОРИЕНТИРОВАННАЯ (РЕКОНСТРУКТИВНО - КОНДУКТИВНАЯ) ПСИХОТЕРАПИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

**Российская медицинская академия последиplomного образования
(Москва).**

Характерная для настоящего этапа развития российской психотерапии переориентация с директивных методов на недирективные, а также возможность широкого знакомства с различными теоретическими концепциями и практическими техниками, существующими в мире, являются несомненным стимулом для развития данной дисциплины. Одной из особенностей современной психотерапии является тенденция отказа от ортодоксального следования канонам той или иной классической школы в направлении интеграции самых различных подходов и методов.

Что касается концептуального аспекта проблемы внутридисциплинарной, междисциплинарной и транскультуральной интеграции, то отмечающийся приоритет чисто прагматического применения психотерапевтических и психокоррекционных техник, особенно в условиях потока информации о различных, часто взаимно чуждых психотерапевтических школах Запада и Востока, требует теоретико-методологической корректировки. В противном случае существует опасность сугубо эклектического и малообоснованного применения случайного набора отдельных психотерапевтических приемов, лишенного интегрирующего стержня, способного объединить широкое многообразие существующих методик и техник, направленных на разные уровни психической организации человека.

В отличие от «эклектической психотерапии» истинно интегративная психотерапия предполагает, прежде всего, концептуальный синтез разных базисных систем и уже на этой основе объединение конкретных лечебных методов, возникших из различных теоретических источников [13]. При этом, чем более общим, выходящим за координаты собственно психотерапевтической парадигмы (в рамках которой любая синтетическая методика так или иначе тяготеет к ее суггестивному, когнитивному, бихевиоральному или психоаналитическому полюсу), является концептуальный стержень интеграции, тем большее количество разнородных практических подходов он в состоянии идейно примирить. Крайние точки этого стержня определяются диалектической сущно-

стью человека, как “общественного животного”, и его психики, как природно-социального образования со сложной многоуровневой структурой.

Биологически ориентированная модель интегративной психотерапии была разработана в России В.Е. Рожновым [30, 31] под влиянием учения Ганса Селье и развивалась московской школой под названием “эмоционально-стрессовая психотерапия”. Сам автор концепции практически реализовал в ее рамках интеграцию методов суггестии (в форме эмоционально-стрессового гипноза), рациональной психотерапии (в форме сократического диалога – диалога а ля Сократ) и системы психической саморегуляции, проводимой как медитационная аутогенная тренировка [31]. В то же время, поскольку ключевым словом в названии данной концепции является слово “стресс”, то она способна интегрировать самые различные методики (включая психодраму, арттерапию, радикальные бихевиоральные и иные приемы), целенаправленно использующие мобилизующий психофизиологический эффект эмоционального потрясения.

Психологическая модель интеграции разрабатывается в России Санкт-Петербургской психотерапевтической школой во главе с Б.Д. Карвасарским [12, 13], Г.Л. Исуриной [10] и другими и получила название “личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии” [13]. Основанная на психологии отношений и учении о неврозах В. Н. Мясищева [26], эта психодинамически направленная концепция в качестве основной цели ставит позитивные личностные изменения в виде реконструкции и гармонизации нарушенной системы отношений за счет коррекции неадекватных когнитивных, эмоциональных и поведенческих стереотипов. В качестве методических приемов реализации данного подхода используются групповая дискуссия, психодрама, психогимнастика, психопантомима, проективный рисунок, музыкотерапия и проч. В систему личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии интегрируются принципы и методы бихевиоральной, когнитивной и гештальт-терапии [1, 18].

Обе национальные концепции интегративной психотерапии представляются вполне обоснованными и взаимодополняющими. В то же время их механический перенос на детско-подростковый возраст вряд ли возможен хотя бы в силу того, что интенсивно растущий и созревающий организм ребенка и так находится в состоянии почти перманентного психофизиологического стресса, что оставляет не так уж много сил для дополнительной мобилизации его внутренних резервов. Однако, если речь идет о стрессовом воздействии на инертный “порочный круг” (*circulus vitiosus*) хронических патогенетических механизмов болезни, т. е. на «устойчивое патологическое состояние» [2] ребенка и его среды, способном разорвать сложившуюся патологическую систему и “вытолкнуть” пациента и его ближайшее окружение на более здоровый уровень функционирования, то данный принцип оправдан в любом возрасте.

С другой стороны, и собственно личностная ориентация психотерапевтических воздействий возможна не ранее 3-летнего возраста, когда ребенок начинает пользоваться местоимением “Я”. В то же время как собственно психотерапия, так и практически неотделимая от нее в детской практике психологическая коррекция, осуществляемые в самом раннем (и даже в пренатальном) возрасте, признаны не только возможными, но и наиболее перспективными направлениями в обеспечении психического здоровья подрастающих членов общества [16, 45]. В самом деле, если психическая травма рождения

или деструктивный симбиоз (*дословно - сожительство*) с матерью будут предотвращены или изжиты в раннем возрасте, то взрослому человеку не потребуются многолетней психоаналитической работы над разрешением этих вытесненных в подсознание проблем.

Но и позже чисто реконструктивная направленность лечебного процесса в отношении активно формирующейся и развивающейся психики ребенка выглядит явно недостаточной.

Кстати, термин “реконструкция”, используемый авторами и приверженцами указанной концепции [1, 12] имеет два значения: 1 - восстановление облика чего-либо по сохранившимся остаткам или описаниям; 2 - коренное переустройство; перестройка по новым принципам; переоборудование, усовершенствование или упорядочение чего-либо. Говоря о реконструктивной психотерапии, в каждом конкретном случае следует уточнять о какой перестройке идет речь – о восстановлении того, что разрушено болезнью, либо о качественном изменении изначально несовершенного «здания души». Оба подхода закономерны и являются основой интеграции усилий врача и психолога при лечении конкретной болезни у конкретного больного или психологической коррекции конкретного клиента с конкретными расстройствами, связанными с проблемой адаптации и реализации индивида в социуме.

Когда же речь идет об интенсивно протекающем процессе созревания и формирования психики (а в этом общем контексте и личности ребенка), то идеальной моделью окончательного результата психотерапии является не восстановление (даже в улучшенном варианте) того, что было до болезни или декомпенсации. В этом смысле термин “реконструкция” уже не охватывает всего спектра лечебно-коррекционных и воспитательно-социализирующих задач детско-подростковой психотерапии. Наряду с реконструкцией ущерба, понесенного на предыдущем этапе развития, следует обеспечить необходимые средовые условия для следующего этапа, а также стимулировать внутренние факторы, запускающие механизмы функций, развитие которых стоит “на повестке дня”. На психологическом языке речь идет об опережающем обучении и оптимизации условий овладения «зоной ближайшего развития» [5]. Напомним, что под зоной ближайшего развития понимается расхождение в уровне трудности *задач*, решаемых ребенком самостоятельно (с позиций «актуального уровня развития») и задач, решаемых под руководством взрослого. Обучение тому, что ребенок уже потенциально в состоянии усвоить, но не самостоятельно, а с помощью значимого взрослого, ведет вперед его интеллектуальное развитие и стимулирует личностный рост. Освоенные ребенком новые возможности функционирования начинают характеризовать его более зрелый уровень актуального развития, тогда как зона ближайшего развития элевирует к следующему возрастному этапу, что требует нового направляющего обучения и воспитания, ведущего за собой процесс взросления. Т. о., значимый взрослый (родитель, учитель, психолог, психотерапевт) могут и должны играть роль своего рода кондуктора, сопровождающего, стимулирующего и направляющего развитие ребенка.

Народная мудрость гласит: “Время - лучшее лекарство, а жизнь - лучший учитель”. Любой психотерапевтический процесс представляет для пациента определенный отрезок жизни, во время которого он становится участником и одновременно основным объектом эксперимента, время которого относительно увеличивается за счет его насыщения когнитивной, эмоциональной и событийной информацией. Цель этого эксперимента - изменить психику в саноген-

ном направлении (воссоздать разрушенное, существенно перестроить, развить то, что незрело, отторгнуть и субординировать устаревшее и архаичное, восполнить своевременно недополученную или неусвоенную информацию, создать условия оптимального перехода на следующий этап развития).

При этом, чем более аномальными являются социальные условия жизни, тем в большей степени в задачи психотерапии входят *экстрапсихические* [6] изменения (овладение ситуацией, переделка или смена ее), либо нахождение в тех же условиях наиболее приемлемой социальной ниши, обеспечивающей удовлетворение индивидуальных потребностей и наиболее полную самореализацию. Здесь психотерапия (включающая семейную терапию, “терапию среды” и “терапию средой”), наиболее тесно переплетается с социальной помощью. И естественно, что возможностей для качественного улучшения условий жизни ребенка гораздо больше по сравнению с мало изменяемым социальным бытием взрослых пациентов.

Чем более в основе дизадаптации лежат индивидуальные отклонения психики от условных границ возрастной психофизиологической нормы (что может быть обусловлено конституциональной аномалией, влиянием болезненного процесса, либо результатом деформирующего личность опыта предыдущей жизни), тем более в задачи психотерапии входит *интрапсихическая* перестройка, целенаправленное воспитание и перевоспитание личности. Здесь психотерапия (включающая клиент-центрированные и психокоррекционные формы воздействия), интимнейшим образом переплетается с педагогикой.

Основополагающую роль в детско-подростковой психотерапии (существующей на пересечении социальных, психологических, клинко-психиатрических и педагогических координат) играет эволюционно-биологическая концепция психических заболеваний и, в частности, учение о психическом дизонтогенезе [14, 15, 39, 40]. Это делает онтогенетически ориентированный подход открытым для самых различных методов и приемов лечебно-коррекционного воздействия. Таким образом, в отношении детей и подростков личностно-ориентированной интеграции психодинамических, гуманистических и бихевиоральных направлений психотерапии [1] соответствует онтогенетически адаптированный ее вариант, названный нами “онтогенетически ориентированной (реконструктивно-кондуктивной) психотерапией” [43].

Психофизический облик ребенка, в отличие от взрослого, качественно меняется в течение короткого времени, и тем быстрее, чем младше возраст. Стало быть, оптимальной моделью психического статуса к моменту окончания психотерапевтического цикла является не та эмоциональная, интеллектуальная и поведенческая структура, которая характеризовала психический облик пациента до начала болезни (пусть даже до того она соответствовала критериям возрастной нормы), а та, которая сформировалась бы к этому времени при сохранении благоприятных внешних и внутренних условий созревания. Кстати, психологические механизмы аккомодации и ассимиляции, сформировавшиеся в том или ином возрасте и закрепившиеся реакцией ближайшего социального окружения в качестве адаптационных, став инертными, в более старшие возрастные периоды могут приобретать характер гиперкомпенсаторных, условно- и явно патологических, затрудняющих психическое развитие индивида, снижающих его жизнестойкость. Это требует их замены более зрелыми и разнообразными механизмами психологической защиты и приспособления. *Так, наличие всеобъемлющей взаимной зависимости матери и ребенка на этапе его раннего онтогенеза является нормальным феноме-*

ном, обеспечивающим выживание младенца и закладывающим предпосылки его будущей социабельности. Однако, сохранение в неизменном виде такой же тесной связи на более поздних этапах развития ребенка (дизонтогенез привязанности) не только осложняет его сексуально-семейную самореализацию (вплоть до безбрачия и бездетности), но и делает его уязвимым в плане формирования зависимости от психоактивных веществ, компьютерных игр и развлечений, лидера, ритуала, различных субъектов и объектов, религиозных сект и проч. [33]. С другой стороны, и гиперопекающая мать, своевременно не разорвавшая симбиотическую привязанность к ребенку, рискует остановиться в собственном личностном развитии, что чревато возникновением у нее экзистенциальных проблем.

В связи с этим детско-подростковая психотерапия (если она не ограничивается чисто симптоматическими целями) нуждается в расширении пространственных координат психотерапии взрослых за счет присоединения к триаде медицинского, психологического и социального обеспечения лечебно-коррекционно-реабилитационного процесса четвертого полюса влияния на пациента-клиента, а именно - воспитательного. Последнее предполагает введение и в методологические, и в организационные основы психотерапии детей и подростков существенных общепедагогических и коррекционно-педагогических (дефектологических) компонентов, включая перспективные отечественные методики нейропсихологической коррекции детей с отклонениями в развитии [17, 34, 35].

Интенсивный “не по дням, а по часам” процесс биологического, психологического и социального созревания ребенка детерминирует и качественно иной взгляд на временные координаты психотерапевтического процесса. Если “взрослая” психотерапия во многих случаях может вполне ограничиться обращением к настоящему (измеряемому десятками лет) социально-психическому и психофизиологическому статусу пациента, соответствующему возрасту зрелости, и к его прошлому (в котором остались наиболее интенсивные этапы его онтогенеза), то вся работа с ребенком и подростком буквально пронизана будущим. И в работе с настоящим, и обращаясь к прошлому пациента, детско-подростковый психотерапевт все свои лечебные, психокоррекционные, социальные и воспитательно-образовательные мероприятия и рекомендации соотносит с предстоящими этапами созревания и развития природно-, индивидуально- и социально-психических компонентов личности.

Основной идеей онтогенетически-ориентированной психотерапии является гармонизация личностной структуры пациента, семейных взаимоотношений и решение актуальных психотравмирующих проблем за счет сочетания двух разнонаправленных процессов. Первый (в виде позитивного регресса) направлен на оживление онтогенетически ранних форм общения (в том числе безречевых), саморегуляции, мышления, деятельности с активным включением их в процесс адаптивной перестройки и гармонизации психики в качестве ранее не используемых резервов. Второй (в виде психозелевации) направлен на одновременную стимуляцию освоения личностью пациента и его ближайшим окружением более зрелых индивидуально- и социально-психических уровней функционирования, которые находятся в их “зоне ближайшего развития” [5].

При этом разнообразие теоретических первооснов применяемых воздействий компенсируется методологическим единством их конкретного приложения к целям и задачам саногенного воздействия на психику ребенка - воздейст-

вия, ориентированного на онтогенетические закономерности формирования психических свойств, функциональных систем и личности [4, 5, 19, 21, 22, 28, 32 и др.]. Т. о. „лечебно-восстановительные задачи, общие с “реконструктивной” личностно ориентированной психотерапией [12, 17], дополняются “кондуктивными” (по И.А. Скворцову [36]) задачами оптимизации созревания психических функций, уровней нервно-психического реагирования и компонентов личности в соответствии с нормами сравнительно- возрастной психологии.

Соответственно “сегодняшние” проблемы пациента решаются как за счет их рассмотрения на уровне его актуального функционирования, так и за счет “психоэлевации” [24] т. е. возвышения пациента до зоны его ближайшего развития. Это позволяет подойти к тем же проблемам “с высоты” нового уровня онтогенеза мышления (например, не только конкретно-образно, но и абстрактно-логически их осмыслить), более зрелого (внеситуативно-личностного) уровня онтогенеза общения [22] и аффективной (уровень эмоционального сопереживания) организации поведения [20]), включенного и усовершенствованного механизма вероятностного прогнозирования и антиципации [25], самосознания (развивающегося в процессе самопознания и эмоционально-ценностного отношения личности к себе), дополненного способностью к саморегулированию собственного поведения [3, 42], “утверждающе-действенной” стадии личностной зрелости [41], сформированных высших потребностей [7, 23].

С другой стороны, позитивный регресс к более ранним уровням психической организации (например, активизация и доразвитие тактильного контакта и невербальной экспрессивности, ситуативно-личностного и ситуативно-делового общения, наглядно-действенного мышления, инстинктивных и онтогенетически ранних механизмов управления поведением и психотехнических приемов саморегуляции психического тонуса) включает психодинамические процессы не только в плане катарсического отреагирования тех или иных инфантильных конфликтов. Он также восполняет, гармонизирует ущербный опыт индивидуального и социального функционирования. Подобный процесс “позитивного регресса” (возвращения к онтогенетически ранним формам психического отражения, общения и деятельности, не сопровождающегося как при патологическом и гипнотическом регрессе утратой способностей, которые присущи уровню актуального развития), является необходимым условием исправления дефектов воспитания и обучения, возникших на предыдущих этапах онтогенеза.

Известно: то, что пропущено, не сформировано (а также не отторжено и не субординировано) в соответствующем “сенситивном” периоде развития, само по себе не компенсируется автоматически в более старшем возрасте, а требует специальных и сложных усилий [19]. Аномально сложившаяся «закрытая» функциональная система нуждается в настойчивых дестабилизирующих воздействиях, способных инициировать для нее искусственный «нештатный» критический период, заставить ее «открыться», перестроиться, как бы заново переформироваться из устойчивого патологического состояния в новую, нормальную для данного возраста функцию [37].

Более того, в самом контексте того или иного онтогенетически ориентированного психотерапевтического приема заложена предпосылка интеграции индивидуализированных природно-психических и социально-психических (по В. В. Ковалеву [15]) компонентов личности и на этой основе - более зрелого и гармоничного отношения к актуальным болезненным переживаниям и

дизадаптирующим проблемам.

Можно привести ряд примеров позитивного регресса к предыдущим этапам развития, создающего искусственные «сенситивных периоды» для несовершенно сформировавшихся функций. Это такие приемы, как: активное общение в рамках «режима молчания»; разнообразие последовательностей реализации алгоритма «назвал - увидел - показал» в методике «говорящая пантомима»; вербализация собственных эмоций с помощью их сенсоризированного метафорического обозначения по конкретному вкусу, цвету, температуре, консистенции и т. д. в процессе разыгрывания конфликтных ситуаций; самостоятельное формирование интраектов как непосредственный результат чувственного опыта, полученного в проблемно-деловой игре; внушение, в том числе устами родителей, установки на сознательное повышение ребенком самостоятельности, ответственности и реалистичности в принятии решений; бихевиоральное моделирование социально приемлемых способов канализации собственной агрессивности и других инстинктивно-архаических детерминант поведения.

При этом лечебно-коррекционное взаимопроникновение «позитивного регресса» и «психоэлевации» осуществимо на всех уровнях психики - от нейропсихологического до личностного.

В соответствии с концепцией онтогенетически ориентированной (реконструктивно-кондуктивной) психотерапии и психокоррекции [43, 44] нами разработана практическая методика семейно-групповой лечебно-коррекционной работы, интегрирующей различные приемы гештальт-терапии, бихевиорально-когнитивного подхода, суггестии и аутосуггестии, игровой, творческой и коллективной психотерапии, психогимнастики, психодрамы, транзактного анализа, нейролингвистического программирования, этологической психиатрии и других клинико-психологических направлений, а также оригинальные экстра- и интрапсихические приемы терапевтического, исправляющего и развивающего воздействия на ПОТРЕБНОСТНО-МОТИВАЦИОННУЮ, СОЦИАЛЬНО-КОММУНИКАТИВНУЮ, КОГНИТИВНО-МНЕСТИЧЕСКУЮ и ДЕЯТЕЛЬНОСТНО-ВОЛЕВУЮ сферы пациентов в трех пространственно-временных измерениях: «здесь и теперь», «тогда и там», «вскоре и вблизи».

Эти сферы (в сочетании с подсознательно-архетипической и личностно-мировоззренческой сферами) являются общими мишенями онтогенетически ориентированной психотерапии. Так, чтобы ребенок не отбился от рук, надо своевременно приучить его к рукам. Мать, удовлетворяя врожденные потребности ребенка, запускает формирование у него потребности в партнерстве. Последняя с возрастом проявляется в любви, дружбе, творчестве, гуманизме (т. е. человеколюбии как генерализованном родительском поведении) и мотивирует соответствующую активность.

Чтобы в процессе социальных коммуникаций обрести друзей и соратников, надо научиться играть по правилам. Как сказал поэт – «Что наша жизнь – игра». Умея достойно проигрывать, не нарушая правил, можно рассчитывать на победу как в спортивных, так и в политических играх.

Мы гордо называем себя homo sapiens sapiens. Однако, не научившись логически думать, не станешь мыслителем. Онтогенез интеллектуально-мнестической сферы предполагает последовательное овладение наглядно-действенным, конкретно-образным и абстрактно-логическим мышлением. Кто четко мыслит – тот четко излагает и становится понятным окружающим. В этом залог счастья, ибо «Счастье – это когда тебя понимают».

*Педагоги утверждают, что взрослеть надо рядом с Великим. «Плох тот солдат, который не мечтает стать генералом». Но и генерал без солдатского опыта, воспитывающего **волю**, вряд ли станет великим полководцем. Не научившись дисциплине, не подашь пример и не возглавишь победоносную армию.*

*Магическое мышление, характерное для ребенка, с возрастом дезактуализуется, но никуда не исчезает. И «сон разума порождает чудовищ». Но осознанные образы подсознательного способны стать источником творчества и наслаждения, гармонизировать взаимодействие **архетипа** и реальной действительности, примирить тело, душу и дух.*

*Человек – частица мироздания. Последовательно познавая мир на чувственном, абстрактном и практическом уровнях, человек формирует собственное **мировоззрение**, способное обеспечить гармоничное взаимодействие с живым и неживым Миром, не нарушающее законов экологии. В том числе и экологии души.*

Следует сказать, что разработанные на детском материале принципы онтогенетически ориентированной психотерапии с успехом используются и в отношении взрослых пациентов. И это не удивительно, поскольку онтогенез охватывает весь жизненный путь человека от зарождения до последнего вздоха [46]. Так, диссертационное исследование нашей сотрудницы А.В. Урадовской, посвященное онтогенетически ориентированной психотерапии взрослых пациентов, обнаружило, что возникновение у них пограничных психических расстройств, а также их клинические проявления и динамика в большинстве случаев определяются сложным взаимодействием психотравмирующих социально-психологических и личностных факторов, в частности конституциональной predisposition, обусловленной механизмами психического дизонтогенеза. Дизонтогенетические проявления различного уровня и выраженности обнаруживаются у них в 97% случаев. Например, имевшая место в раннем возрасте у 84% обследованных пациентов невропатия (как первично-дизонтогенетическое расстройство соматовегетативно-инстинктивного уровня) в последующем обнаруживала свои «отголоски» в таких вторично-дизонтогенетических образованиях, как повышенная сенситивность, слабость эмоционально-волевой регуляции, личностная незрелость, готовность к формированию соматоформных, невротических и поведенческих расстройств. Неблагоприятные микросоциальные факторы воспитательного и средового характера имели место в 78% случаев и играли существенную роль в нарушении психического онтогенеза личностного уровня, в частности, они определяли незрелость механизмов психологических защит. Именно наличием дизонтогенетической predisposition можно объяснить тот факт, что пограничные психические нарушения у изученного контингента взрослых больных не возникали под влиянием шоковых или субшоковых психотравмирующих воздействий, а вызывались сравнительно слабыми по интенсивности, неспецифическими, но субъективно значимыми факторами, носившими характер психодинамических испытаний, которые часто встречаются в жизни и не являются безусловно психогенными для зрелых личностей.

Дизонтогенез системы психологических защит личности проявлялся в доминировании ранних, типологизированных, примитивных механизмов: *регрессии, реактивных образований, подавления, изоляции, обращения против себя, отрицания, проекции, интроекции* – характеризующихся пассивностью, вынужденностью, малой осознаваемостью и не способствующих реа-

листической адаптации к действительности. В связи с этим повышение их онтогенетического уровня за счет *интеграции, осознанности, индивидуализированного творческого подхода* способствует личностному взрослению и социальной адаптации. Соответственно, активация, доразвитие, формирование зрелых психологических защит являются обязательной мишенью психотерапевтических мероприятий.

Дизонтогенетические механизмы срабатывают на всех этапах пограничного психического расстройства, во многом способствуя переходу психогенных реакций (невротических, психосоматических, патохарактерологических) в устойчивое, затяжное и полиморфное психогенное состояние, а последнего в психогенное патологическое развитие личности. В связи с этим уже на первом этапе психогенного пограничного расстройства актуальными дизонтогенетическими мишенями психотерапии являются: *парциальный инфантилизм; алекситимия; незрелость когнитивных схем мышления; недостаточность антиципационных механизмов предвосхищения и вероятностного прогнозирования; состояние межперсональной зависимости и др.* На этапе развернутого психогенного расстройства, включающего патогенетические механизмы устойчивого патологического состояния [2] с частичной утратой зависимости заболевания от первично-психогенных факторов и формированием саморазвивающейся патологической системы, мишенями психотерапии становятся вторично-дизонтогенетические образования в виде: *депрессивных; тревожно-фобических; ипохондрических расстройств; поведенческих нарушений*, определяющих «внутреннюю картину болезни», обостряющих уже имеющиеся дизонтогенетические комплексы и создающих предпосылки для возникновения третично-дизонтогенетических расстройств – нажитой психопатизации личности.

В контексте триединства пространственно-временных координат онтогенетически ориентированной психотерапии «позитивный регресс» в работе со взрослыми пациентами практически реализуется благодаря использованию приемов телесно-ориентированной психотерапии, регрессивного гипноза, актуализации невербального общения, применения психоаналитических техник и проч. «Психоэлевация» к зонам ближайшего развития, готовящая пациента к решению проблем ближайшего будущего (смене рода деятельности, окончанию учебного заведения, замужеству, рождению ребенка, разводу, выходу на пенсию, уходу из дома повзрослевших детей и т. д.), реализуется такими приемами, как обучение психической саморегуляции, фантазийно-театрализованное и игровое проигрывание предстоящих жизненных сценариев, экзистенциальный анализ, дискуссии, направленные на коррекцию самооценки и уровня притязаний. Работа в координатах «здесь и теперь» обеспечивается путем проработки актуального внутриличностного конфликта и дизадаптивных когнитивных схем пациента [9] с помощью бихевиоральной, бихевиорально-когнитивной психотерапии, арттерапии, психодрамы, гештальт-терапии с проигрыванием актуальных психотравмирующих ситуаций со сменой ролей. Ряд методик по своей пространственно-временной ориентации относится одновременно к двум или ко всем трем векторам онтогенетически ориентированной психотерапии – трансовые техники, методика «дорога жизни», сеансы эмоционально-стрессовой инициации и проч.

Апробация практической психотерапевтической технологии на основе концепции онтогенетически ориентированной психотерапии показала эффективность данного интегративного подхода в отношении пациентов различных

возрастных групп, что объясняется фактом способности к «реонтогенетическому» исправлению и развитию психических функций, интеграции личности в любом возрасте за счет психодинамических факторов, формирующих искусственные «сенситивные периоды».

В качестве минимально-достаточной схемы можно представить пространственно-временную модель основных координат онтогенетически ориентированной психотерапии в виде растущего структурно-функционального октаэдра, вершины которого образованы шестью психическими сферами, являющимися ориентирами интегративной психотерапии. Это сферы **потребностей, социальных связей и отношений, самосознания, опыта**, а также **архетип и мировоззрение**, каждая из которых развивается в онтогенезе на основе биологических задатков и под влиянием социальных воздействий. Онтогенетически ориентированная (реконструктивно-кондуктивная) психотерапия в отношении каждой из указанных сфер подразумевает ее гармонизацию в соответствии с возрастными критериями нормального развития за счет исправления предыдущих этапов формирования (позитивный регресс) и оптимизации освоения зоны ближайшего развития (психозелевация).

Так задачи удовлетворения, сублимации и формирования потребностей (физиологических, индивидуально-психологических, высших) достигаются интеграцией методов телесно-ориентированной, семейной, арттерапии, трансактного анализа, терапии творческим самовыражением.

Реконструкция, развитие и гармонизация социально-коммуникативной сферы предполагает сочетание игровой, групповой, гуманистической психотерапии, а также тренинг социального общения в семье, референтной группе, макросоциуме.

Развитие самосознания на основе более полного самопознания, адекватной самооценки и усовершенствованной саморегуляции достигается в процессе рациональной, когнитивной, позитивной психотерапии [27], гештальт-терапии, экзистенциального анализа, библиотерапии. Развитие и расширение опыта адаптивного поведения, формирующегося как спонтанно (за счет импринтинга и имитации), так и осознанно (в результате научения и самообучения), осуществляется в процессе бихевиоральной и эмоционально-стрессовой психотерапии, этологически ориентированных приемов, коллективной и трудовой психотерапии и проч. Подсознательно-архетипические мишени онтогенетически ориентированной психотерапии достигаются в процессе интеграции суггестивных техник, классического психоанализа, психодрамы и символдрамы, музыкотерапии, нейролингвистического программирования, трансовых (в том числе шаманских и религиозно-обрядовых) ритуалов. Наконец, мировоззренческие аспекты интегративной психотерапии сближают подходы личностно-ориентированной психотерапии, гуманистической и экзистенциальной психотерапии, психотерапии мирозерцанием, философски и макросоциально направленные подходы.

Последние две сферы наглядно иллюстрируют взаимодополнение психотерапевтических усилий в отношении всех выделенных ядер растущего «октаэдра» онтогенетической психотерапии. Так архетип с его видовыми, национальными и межнациональными (транскультуральными) составляющими, как психобиологическая почва психотерапии, диалектически связан с мировоззрением, представленным общественно детерминированным осознанием «Мира вокруг», «Мира в Человеке» и «Человека в Мире» и являющимся социально-идеологическим ориентиром психотерапии. Пространственно-

временная связь между ними проявляется, например, в том, что, индуцируя в себя архетип Бессмертия, мы начинаем мыслить и чувствовать на ином, более высоком мировоззренческом уровне, находим в себе новые силы и возможности для оценки и решения своих проблем. Приобщившись же к находящимся в нашей зоне ближайшего развития транскультуральным архетипам можно осознать себя истинным Гражданином Мира.

Пространственно-временная трехмерность онтогенетически-ориентированной (реконструктивно-кондуктивной) психотерапии, представляющей собой взаимопроникающее соединение собственно лечебных, коррекционно-психологических, социализирующих и воспитательных влияний, позволяет пациенту за относительно короткий период естественного эксперимента прожить жизнь, насыщенную пропущенными ранее или пока еще не случившимися событиями. Событиями и испытаниями, способными укрепить, закалить личность, обеспечить ее необходимым опытом удовлетворения, формирования и субординации потребностей, расширения и гармонизации социальных связей и взаимоотношений, углубления самопознания и совершенствования способов психической саморегуляции. Онтогенетическая ориентация психотерапевтического процесса позволяет подготовить человека к успешному (самостоятельному, ответственному, реалистичному) приспособлению к ожидающим его в ближайшем будущем социально-психологическим и психофизиологическим изменениям условий жизни и полному овладению этими условиями; сформировать запас прочности, создать “психологический корсет” в отношении слабых мест его психики, т. е. повысить жизнестойкость.

Мы полностью разделяем мнение ведущих детских психотерапевтов о том, что детский и подростковый психотерапевт - всегда психотерапевт системный, семейный, групповой [8, 11, 29, 39, 47 и др.]. Учитывая это, разработанная нами [44] в рамках изложенной выше концепции практическая методика интенсивно-экспрессивной психотерапии и психокоррекции (ИНТЭКС) представляет собой девятидневный цикл эмоционально-стрессового воздействия на группу детей и их родителей с целью ликвидации нервно-психических отклонений, а также обеспечения их первичной и вторичной профилактики. Основным принципом, отражающим онтогенетическую сущность данной методики, является принцип «радостного взросления».

ЛИТЕРАТУРА

1. Александров А.А., Бараш Б.А., Карвасарский Б.Д., Ташлыков В.А., Федоров А.П. Личностно ориентированная интегративная психотерапия. – СПб., 1992. - 17 с.
2. Бехтерева Н.П., Кабарова Д.К., Поздеев В.К. Устойчивое патологическое состояние при болезнях мозга. – Л.: Медицина, 1978.
3. Бреслав Г.М. Эмоциональные особенности формирования личности в детстве. Норма и отклонения. - М.: Педагогика, 1990. - 144 с.
4. Валлон А. Психическое развитие ребенка. Пер. с франц. - М.: Просвещение, 1967. - 196 с.
5. Выготский Л.С. Собрание сочинений. Т. 2. Проблемы общей психологии. - М.: Педагогика, 1982. - 417 с.
6. Годфруа Ж. Что такое психология. Т. 1. Пер. с франц. - М.: Мир, 1992. - 491 с.
7. Джидарьян И.А. Эстетическая потребность. - М.: Наука, 1976. - 192 с.
8. Захаров А.И. Неврозы у детей и психотерапия. - СПб.: СОЮЗ, 1998. -

336 с.

9. Захаров Н.П. Психотерапия пограничных расстройств и состояний зависимости. - М.: ДеЛи принт, 2004. - 288 с.

10. Исурина Г.П. Личностно ориентированная (реконструктивная) психотерапия и основные тенденции ее развития / Психотерапия: от теории к практике. - СПб., 1995. - с. 81-87.

11. Каган В.Е. Детская и подростковая психотерапия: на перекрестках проблем / Социальное здоровье детей и подростков: региональный опыт и перспективы. - Томск, 2000. - С. 55-61.

12. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. - М.: Медицина, 1985. - 303 с.

13. Карвасарский Б.Д. (общая редакция). Психотерапевтическая энциклопедия. - СПб.: Питер Ком, 1998. - 752 с.

14. Ковалев В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. - М.: Медицина, 1985. - 288 с.

15. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. - М.: Медицина, 1995. - 560 с.

16. Козловская Г.В., Скобло Г.В. Состояние психического здоровья детей раннего возраста (клинико-эпидемиологическое исследование) // Ж. невропатол. и психiatr. им. С.С. Корсакова. - 1989. - Т. 89, № 8. - С. 1455-1461.

17. Корнеева В.А. Сенсомоторная коррекция нейропсихологических дисфункций у детей с элективным мутизмом / Шевченко Ю.С., Кириллина Н.К., Захаров Н.П. Элективный мутизм. Красноречивое молчание: клиника, диагностика, терапия, психологическая коррекция. - СПб.: Речь, 2007. - С. 196-227.

17. Кулаков С.А. Личностно-ориентированная психопрофилактика пограничных нервно-психических расстройств у детей и подростков. - Автореф. дисс. докт. мед. наук. - СПб., 1997. - 44 с.

19. Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей. Учебное пособие. - М.: МГУ, 1985. - 162 с.

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

21. Леонтьев А.Н. Проблемы развития психики. 3-е изд. - М.: МГУ, 1972. - 576 с.

22. Лисина М.И. Проблемы онтогенеза общения. - М.: Педагогика, 1986. - 145 с.

23. Маслоу А. Мотивация и личность. Пер. с англ. - СПб.: Евразия, 1999. - 478 с.

24. Медведева И.Я., Шишова Т.Л. Метод драматической психозелевации и его отличие от классической психодрамы / Современные направления психотерапии и их клиническое применение. Мат-лы Первой Всероссийской конференции по психотерапии. - М.: Ин-т психотерапии, 1996. - С. 81.

25. Менделевич В.Д., Мухаметзянова Д.А. Антиципационные особенности психической деятельности детей, страдающих неврозами // Социальная и клиническая психиатрия, 1997, Т. 7, вып. 2. - С. 31-36.

26. Мясичев В.Н. Личность и неврозы. - Л.: ЛГУ, 1960. - 426 с.

27. Пезешкиан Н., Пезешкиан Х. Позитивная психотерапия - транскультуральный подход // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева, 1993, № 4. - С. 63-67.

28. Пиаже Ж. Речь и мышление ребенка. Пер. с франц. - М.: Педагогика-пресс, 1994. - 527 с.

29. Ремшмидт Х. (редактор). Психотерапия детей и подростков. Пер. с нем. – М.: Мир, 2000. – 636 с.
30. Рожнов В.Е. (ответственный редактор). Руководство по психотерапии. 2-е изд., 1979. – 620 с.
31. Рожнов В.Е. Эмоционально-стрессовая психотерапия // Психотерапевт России, 1993, № 2. – С. 3-13.
32. Рубинштейн С.Л. Проблемы общей психологии. – М.: Педагогика, 1973. – 423 с.
33. Самохвалов В. П. Этологические и нейробиологические аспекты аддиктологии / Руководство по аддиктологии. Под ред. В.Д. Менделевича. – СПб.: Речь, 2007. – С. 125-139.
34. Семенович А.В. (ред.) Комплексная методика психомоторной коррекции. – М.: МГПУ, 1998. – 76 с.
35. Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте: Учебное пособие для высших учебных заведений. – М.: Академия, 2003. – 232 с.
36. Скворцов И.А. Детство нервной системы. – М.: Тривола, 1995. – 96 с.
37. Скворцов И.А. Развитие нервной системы у детей (нейроонтогенез и его нарушения). Учебное пособие. – М.: Тривола, 2000. – 208 с.
38. Смид Р. Групповая работа с детьми и подростками. Пер. С англ. – М.: Генезис, 1999. – 272 с.
39. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. – М.: Медгиз, 1955. – 458 с.
40. Ушаков Г. К. Детская психиатрия. – М.: Медицина, 1973. – 392 с.
41. Фельдштейн Д.И. Психология становления личности. – М.: Междунар. педагогич. академия, 1994. – 192 с.
42. Чеснокова И.И. Проблема сознания в психологии. – М.: Наука, 1977. – 144 с.
43. Шевченко Ю.С. Онтогенетически-ориентированная психотерапия детей и подростков (на модели лечения заикания) / Психокоррекция: теория и практика. – М.: НПЦ «Коррекция», 1995. – С. 66-92.
44. Шевченко Ю.С., Добридень В.П. Онтогенетически-ориентированная психотерапия (методика ИНТЭКС). Практ. пособие. – М., Росс. психол. об-во, 1998. – 157 с.
45. Шевченко Ю.С. Современные направления психотерапии детей раннего возраста / Психотерапия сегодня: Мат-лы 3-й Всероссийской конференции по психотерапии. – М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 1999. – с. 319-321.
46. Шевченко Ю.С., Урадовская А.В. Онтогенетически ориентированная психотерапия пограничных состояний / Мат-лы Российской конференции «Взаимодействие науки и практики в современной психиатрии». – М., 2007. – С. 207.
47. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. – СПб.: Питер, 1999. – 656 с.

ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ, СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА И СМЕЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ

С.Ю. Бенилова

АНАЛИЗ КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ ПРИ ДИСФАЗИИ И АФАЗИИ РАЗВИТИЯ У ДОШКОЛЬНИКОВ Центр патологии речи и нейрореабилитации (Москва).

Введение. В течение последних десятилетий нарастают негативные явления в состоянии здоровья детей. При аномалиях развития, при заболеваниях, плохо поддающихся лечению, могут возникнуть выраженные нарушения, которые приводят к ограничению их жизненных и социальных функций, в наиболее тяжелых случаях приводят к социальной недостаточности [1, 10]. Известно, что к социальной дизадаптации приводят и тяжелые речевые нарушения, возникшие вследствие раннего органического поражения ЦНС. Представляется значимым положение о "синдроме айсберга", когда первым проявлением является нарушение развития речи, а поражения других систем организма и высших психических функций манифестируются в последующем. В литературе отмечена высокая распространенность нарушений речевого развития у детей – от 15% до 43%, а у пациентов с минимальной мозговой дисфункцией – у 83% [3, 7, 8, 9, 11, 14]. Так как тяжелые речевые расстройства у детей влияют на их психическое и интеллектуальное формирование, проблема приобретает не только медицинскую и педагогическую, но и социальную значимость. Известно, что заболевание развивается в период интенсивного формирования высших психических функций (ВПФ) ребенка и отставание в развитии влияет на его социальную адаптацию и качество жизни [3, 4, 5, 6, 12]. Недооценка данных анамнеза и преморбидного состояния ребенка может привести к недостаточно полноценной комплексной медико-психолого-педагогической коррекционной работе. В дальнейшем это нередко способствует затруднению социальной реабилитации детей, остановке общего и психического развития, риску возникновения психического расстройства, резкому снижению качества жизни пациентов [13].

Для понимания сущности нарушений специфических расстройств развития речи по типу дисфазии развития (задержки темпов речевого развития) и афазии развития (моторные, сенсомоторные алалии) у детей как в целом, так и в отношении отдельных ВПФ [2, 6], необходимо, по нашему мнению, определить роль клинико-анамнестических данных в формировании у дошкольников этих тяжелых речевых расстройств. В доступной нам литературе мы не встретили анализа сравнительных, систематизированных клинико-анамнестических данных у детей дошкольного возраста со специфическими расстройствами развития речи (дисфазиями и афазиями развития).

Цель исследования: определить роль клинико-анамнестических данных в диагностике формировании у дошкольников тяжелых речевых расстройств.

Материалы и методы.

В течение 1991–2007 гг. в детском амбулаторном отделении Центра патологии речи и нейрореабилитации Департамента здравоохранения г. Москвы, в Центре психолого-медико-социального сопровождения детей и подростков Департамента образования г. Москвы, в культурном детском центре

«Орленок» МГУ им. М.В. Ломоносова под наблюдением находились 549 детей (380 мальчиков и 169 девочек) в возрасте от 2 лет 6 месяцев до 7 лет.

Нами у всех детей были выявлены следующие расстройства развития:

- специфическое расстройство развития экспрессивной речи по типу дисфазии развития (*задержки темпов речевого развития*);
- экспрессивной или экспрессивно-рецептивной речи по типу афазии развития (*моторная и сенсомоторная алалии*).

Критериями включения детей в исследование являлись:

1. Наличие специфического расстройства развития речи, диагностированного в рубриках F80.1 и F80.2 по МКБ–10 на момент обращения.
2. Возраст детей от 2 лет 6 месяцев до 7 лет.
3. Информированное согласие родителей.
4. Отсутствие умственной отсталости и эндогенного заболевания.

Исследование являлось открытым и сравнительным.

При проведении данного исследования нами использовались методы клинического наблюдения, психологический, нейропсихологический. Обработка полученных данных проводилась с использованием статистических методов. Клиническое наблюдение включало психопатологическое, неврологическое, общее клиническое и логопедическое обследования, которые позволили получить углубленные клинико-анамнестические данные. Статистический анализ проводился с использованием следующих методов:

- вычисление средней ошибки для относительных показателей – m и средних ошибок разности показателей;
- обработка данных методом параметрической статистики с помощью компьютерной программы Microsoft Excel;
- оценка достоверности отличий с использованием уровня соответствия и коэффициента согласия по К. Пирсону χ^2 и критерия Стьюдента t .

В приводимых в тексте таблицах часто суммарный коэффициент частоты встречаемости признаков превышал 100%, поскольку у одного и того же пациента могло сочетаться нескольких признаков.

Наблюдавшиеся дети были разделены на две группы: *группа 1* – 465 детей с дисфазией развития; *группа 2* – 84 ребенка с афазией развития. Распределение детей по клиническому диагнозу, полу и возрасту представлено в табл. 1.

Таблица 1.

Распределение детей в основной и сравниваемой группах.

ХАРАКТЕРИСТИКА ГРУПП		Количество детей	возраст в годах			ПОЛ	
			2,5 - 3	3 - 4	5 - 7	М	Д
ГРУППА 1	<i>дисфазия развития</i>	n=465 (84,7%)	26	156	285	327	138
ГРУППА 2	<i>афазия развития</i>	n=84 (15,3%)	–	22	62	53	31
ВСЕГО		549	24	178	347	380	169

Доминирование мальчиков над девочками обусловлено большей частотой рассматриваемых речевых расстройств у мальчиков. Преобладание среди наблюдавшихся пациентов детей в возрасте 5–7 лет объяснялось более частым обращением к нам за помощью родителей данной возрастной группы, поскольку у детей более раннего возраста задержка становления речи и дру-

гих ВПФ и родителями, и врачами объяснялась, как правило, физиологической незрелостью ребенка.

У детей с афазией развития были отмечены две формы этого расстройства: экспрессивная и экспрессивно-рецептивная. Большинство детей с афазией развития (рис. 1) имело экспрессивную форму (89,3%), остальные – экспрессивно-рецептивную (10,7%).

Количественная оценка клинических проявлений афазий развития в обеих группах показала достоверность данных, $p < 0,001$.



Рисунок 1. Клинические формы афазии развития.

Состояние детей с афазией развития, особенно экспрессивно-рецептивной, по всем показателям психологических, нейропсихологических тестов и результатов клинического обследования было более тяжелым, чем состояние детей с дисфазией развития, что подтверждает специфические особенности клинической картины этих нарушений.

У всех детей был проведен углубленный анализ данных анамнеза, особенностей течения беременности и родов у матери, заболеваний ребенка, наличие нервно-психических расстройств.

Результаты.

При анализе анамнестических данных всех наблюдавшихся детей отмечены следующие нарушения: осложненное течение антенатального, интранатального и неонатального периодов развития, расстройства и заболевания первого года жизни, частые (более 4 в году) острые респираторно-вирусные инфекции (ОРВИ), грипп, острая пневмония, соматические заболевания, черепно-мозговые травмы, судорожный синдром, оперативные вмешательства, в том числе и нейрохирургические:

- осложненное течение антенатального периода – **87,4 %** (у 480 детей);
- осложненное течение интранатального периода – **80,3%** (у 441 ребенка);
- осложнение неонатального периода – **52,3%** (у 287 детей) ;
- заболевания на 1-м году жизни – **100,0%** (у 549 детей);
- частые ОРВИ – **32,4%** (у 178 детей);
- соматические заболевания – **21,9%** (у 120 детей);
- острые пневмонии – **14,2%** (у 78 детей);
- судорожный синдром – **8,4%** (у 46 детей);
- количество детей, перенесших грипп – **8,0%** (44 ребенка);

- оперативные вмешательства – **7,3%** (у 40 детей), из них:
 - *нейрохирургические вмешательства* – **2,0%** (у 11 детей);
- черепно-мозговая травма в возрасте 1–7 лет – **6,7%** (у 37 детей).

Проведен сравнительный анализ частоты этих патологических состояний при дисфазии и афазии развития. В табл. 2 представлены сравнительные данные этого исследования, которое выявило определенные, статистические подтвержденные, закономерности.

Таблица 2.

Частота патологических состояний в анамнезе наблюдавшихся детей при дисфазии и афазии развития, %, $M \pm m$.

ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ	ГРУППЫ		Уровень значимости различий результатов, <i>p</i>
	Дисфазия развития <i>n</i> =465	Афазия развития <i>n</i> =84	
Осложненное течение антенатального периода	85,6 $\pm$ 1,6	97,6 $\pm$ 1,7	<0,001
Осложненное течение интранатального периода	77,8 $\pm$ 1,9	94,0 $\pm$ 2,6	<0,001
Осложнение неонатального периода	45,6 $\pm$ 2,3	89,3 $\pm$ 3,4	<0,001
Заболевания на 1-м году жизни	100	100	–
Частые ОРВИ	34,8 $\pm$ 2,2	19,0 $\pm$ 4,3	<0,01
Соматические заболевания	20,6 $\pm$ 1,9	28,6 $\pm$ 4,9	>0,05
Острые пневмонии	14,0 $\pm$ 1,6	15,5 $\pm$ 3,9	>0,05
Судорожный синдром	4,3 $\pm$ 0,9	31,0 $\pm$ 5,0	<0,001
Количество детей, перенесших грипп	6,0 $\pm$ 1,1	19,0 $\pm$ 4,3	<0,05
Оперативные вмешательства, из них:	5,4 $\pm$ 1,0	17,9 $\pm$ 4,2	<0,05
<i>нейрохирургические вмешательства</i>	0,4 $\pm$ 0,3	10,7 $\pm$ 3,4	<0,01
Черепно-мозговая травма в возрасте 1–7 лет	4,7 $\pm$ 1,0	17,9 $\pm$ 4,2	<0,01

Все дети на первом году жизни перенесли различные заболевания. В возрасте 1–7 лет у детей обеих групп в анамнезе одинаково часто встречались соматические заболевания и острые пневмонии. В то же время осложненное течение ante-, интранатального и неонатального периодов, судорожный синдром, различные хирургические вмешательства, в том числе и нейрохирургические, грипп и черепно-мозговая травма встречались достоверно чаще в анамнезе при афазии развития. Частые ОРВИ отмечены преимущественно у детей с дисфазией развития.

Осложненное течение антенатального периода. Осложненное течение антенатального периода имело определенные различия при дисфазии и афазии развития (табл. 3).

Результаты исследования, приведенные в табл. 3, указывают, что у детей с афазией развития матери во время данной беременности болели краснухой, цитомегаловирусной инфекцией, перенесли медикаментозную интоксикацию или оперативное вмешательство. Только при афазии развития имелись единичные случаи течения беременности матери на фоне миомы матки. Они в 36 раз чаще страдали сахарным диабетом, в 28 раз – бронхиальной астмой и в 12 раз –

урогенитальной инфекцией. Ранний токсикоз достоверно чаще отмечен при афазии развития. При дисфазии развития беременность у матери чаще осложнялась гестозом и перенесенными ОРВИ. Как при дисфазии развития, так и при афазии, во время беременности встречались с одинаковой частотой такие осложнения как: артериальная гипотония или гипертония, анемия у беременной, Rh-конфликт, частичная отслойка плаценты, аномалия пуповины, угроза прерывания, многоплодная беременность, гипотиреоз у матери, герпес.

Таблица 3.

Осложнения в течении антенатального периода у детей с дисфазией и афазией развития, %, $M \pm m$.

ОСЛОЖНЕНИЯ АНТЕНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА	ГРУППЫ		Уровень значимости различий результатов, <i>p</i>
	Дисфазия развития <i>n</i> =465	Афазия развития <i>n</i> =84	
Артериальная гипотония	80,6 $\pm$ 1,8	78,6 $\pm$ 4,5	>0,05
Анемия у матери	76,0 $\pm$ 2,0	72,6 $\pm$ 4,9	>0,05
Угроза прерывания беременности	72,0 $\pm$ 2,1	70,2 $\pm$ 5,0	>0,05
Ранний токсикоз	61,3 $\pm$ 2,3	79,8 $\pm$ 4,4	<0,01
Гестозы	64,7 $\pm$ 2,2	31,0 $\pm$ 5,0	<0,001
ОРВИ	44,3 $\pm$ 2,3	27,4 $\pm$ 4,9	<0,05
Несовместимость крови матери и плода по Rh- фактору	24,3 $\pm$ 2,0	23,8 $\pm$ 4,7	>0,05
Артериальная гипертония	17,4 $\pm$ 1,8	16,7 $\pm$ 4,5	>0,05
Многоплодная беременность	7,5 $\pm$ 1,2	8,3 $\pm$ 3,0	>0,05
Частичная отслойка плаценты	4,3 $\pm$ 0,9	6,0 $\pm$ 2,6	>0,05
Аномалии пуповины	3,7 $\pm$ 0,9	3,6 $\pm$ 2,0	>0,05
Герпетическая инфекция	3,2 $\pm$ 0,8	7,1 $\pm$ 2,8	>0,05
Гипотиреоз у матери	1,1 $\pm$ 0,5	2,4 $\pm$ 1,7	>0,05
Урогенитальная инфекция	0,9 $\pm$ 0,4	10,7 $\pm$ 3,4	<0,05
Сахарный диабет у матери	0,4 $\pm$ 0,3	14,3 $\pm$ 3,8	<0,01
Бронхиальная астма у матери	0,4 $\pm$ 0,3	10,7 $\pm$ 3,4	<0,05
Миома матки	0	8,3 $\pm$ 3,0	—
Краснуха	0	6,0 $\pm$ 2,6	—
Оперативные вмешательства у матери	0	6,0 $\pm$ 2,6	—
Цитомегаловирусная инфекция	0	4,8 $\pm$ 2,3	—
Медикаментозная интоксикация	0	3,6 $\pm$ 2,0	—

Надо отметить, что при многоплодной беременности расстройство развития речи было выражено у обоих близнецов. Только в первой половине беременности у матерей были следующие патологические состояния: ранний токсикоз, краснуха, цитомегаловирусная инфекция, медикаментозная интоксикация. Исключительно во второй половине беременности были отмечены такие патологические состояния, как гестоз, частичная отслойка плаценты, аномалии пуповины, герпетическая инфекция. Как в первой, так и во второй половине беременности наблюдались артериальная гипотония, анемия, угроза прерывания беременности, ОРВИ, артериальная гипертония.

Таким образом, дети с афазией развития в ранние сроки антенатального периода под влиянием токсикоза, тяжелых обменных нарушений, обусловленных сахарным диабетом, интоксикацией медикаментами, сопровождающихся гипоксемией, а возможно и гипоксией, а так же у матерей с бронхиальной астмой часто испытывали тяжелую хроническую гипоксию или интоксикацию, что не могло не отразиться на формировании структур головного мозга и прежде всего – коры головного мозга. Пагубное влияние на развитие структур мозга могли оказать вирусы краснухи, цитомегалии и уrogenитальная инфекция, а также миома матки и оперативные вмешательства в антенатальном периоде.

Осложненное течение интранатального периода. Проявления осложненного течения родов также имели различия при дисфазии и афазии развития (табл. 4).

Таблица 4.

Частота осложнений интранатального периода у детей при дисфазии и афазии развития, %, $M \pm m$.

ОСЛОЖНЕНИЯ ИНТРАНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА	ГРУППЫ		Уровень значимости различий результатов, р
	Дисфазия развития n=465	Афазия развития n=84	
Инструментальное пособие в родах	76,3±2,0	78,6±4,5	>0,05
Быстрые роды	34,8±2,2	32,1±5,1	>0,05
Преждевременные роды	24,3±2,0	23,8±4,6	>0,05
Оперативные роды	20,0±1,9	17,9±4,2	>0,05
Запоздалые роды	19,1±1,8	19,0±4,3	>0,05
Стремительные роды	17,2±1,8	33,3±5,1	<0,05
Гипоксия плода	16,3±1,7	20,2±4,4	>0,05
Узкий таз	15,7±1,7	15,5±3,9	>0,05
Кефалогематома	13,3±1,6	15,5±3,9	>0,05
Слабость родовых сил	12,5±1,5	14,3±3,8	>0,05
Асфиксия плода	1,1±0,5	21,4±4,5	<0,001
Роды в тазовых предлежаниях	1,1±0,5	16,7±4,1	<0,01

При сравнении отклонений в течение интранатального периода отмечено, что дети с афазией развития в 2 раза чаще, чем дети с дисфазией, рождались от стремительных родов и в 15 раз - от родов в тазовых предлежаниях. У них более чем в 19,5 раз чаще наблюдалась асфиксия в родах. Достоверного различия в частоте таких нарушений, как узкий таз у матери, быстрые, преждевременные и запоздалые роды, слабость родовых сил, оперативные роды, гипоксия в родах, инструментальные пособия в родах и наличие кефалогематомы не выявлено.

Таким образом, дети с афазией развития, по сравнению с дисфазией, достоверно чаще подвергались воздействиям, способствующим травматическому и гипоксически-травматическому повреждению головного мозга во время родового акта (узкий таз, стремительные роды, роды в тазовых предлежаниях, асфиксия в родах). Сравнение частоты осложнений интранатального периода у обследованных детей и в популяции², отражены в табл. 5.

² Данные Л.Г. Кузьменко (1988).

Таблица 5.

Особенности течения родов у матерей наблюдавшихся детей и в популяции, %, $M \pm m$.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РОДОВ	Группа наблюдавшихся детей n=549	Группа популяции n=186	Уровень значимости различий результатов, p
Всего родов с патологическим течением и осложнениями	80,3%	23,1 $\pm$ 3,1	<0,001

Результаты сравнения свидетельствуют, что частота нарушений течения родов у матерей наблюдавшихся детей статистически значимо превышала частоту аналогичных осложнений в популяции, $p < 0,001$.

Таблица 6.

Частота осложнений неонатального периода у детей при дисфазии и афазии развития, %, $M \pm m$.

ОСЛОЖНЕНИЯ НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА	ГРУППЫ		Уровень значимости различий результатов, p
	Дисфазия развития n=465	Афазия развития n=84	
Морфофункциональная незрелость плода	24,3 $\pm$ 2,0	40,5 $\pm$ 5,4	<0,05
Инфекционные заболевания	18,9 $\pm$ 1,8	36,9 $\pm$ 5,3	<0,01
Болезни, обусловленные антигенной несовместимостью матери и плода	18,3 $\pm$ 1,8	34,5 $\pm$ 5,2	<0,05
Нарушение мозгового кровообращения	13,1 $\pm$ 1,6	48,8 $\pm$ 5,5	<0,001
Гипотрофия плода	2,6 $\pm$ 0,7	29,8 $\pm$ 5,0	<0,001
Судорожный синдром	1,7 $\pm$ 0,6	11,9 $\pm$ 3,5	<0,05
ОРВИ	1,7 $\pm$ 0,6	2,4 $\pm$ 1,7	>0,05
Конъюгационная гипербилирубинемия	1,5 $\pm$ 0,6	23,8 $\pm$ 4,6	<0,001
Острая пневмония	1,5 $\pm$ 0,6	10,7 $\pm$ 3,4	<0,05
Гнойный конъюнктивит	1,3 $\pm$ 0,5	12,0 $\pm$ 3,5	<0,01
Отсутствие или снижение тесного контакта матери и ребенка и их общения	1,1 $\pm$ 0,5	21,4 $\pm$ 4,5	<0,001
Выявленные наследственные заболевания, из них:	0	10,7 $\pm$ 3,4	—
крипторхизм	0	3,6 $\pm$ 2,0	—
гипотиреоз	0	3,6 $\pm$ 2,0	—
альбинизм	0	1,2 $\pm$ 1,2	—
нейрофиброматоз Реклингхаузена	0	1,2 $\pm$ 1,2	—
синдром Жиль де ля Туретта	0	1,2 $\pm$ 1,2	—
Пороки развития плода	0	7,1 $\pm$ 2,8	—

Осложненное течение неонатального периода. Частота осложненного течения неонатального периода у наблюдавшихся детей была разной при дисфазии и афазии развития (табл. 6). Из таблицы видно, что почти все нарушения неонатального периода, кроме ОРВИ, чаще отмечались у детей с афазией развития. Только у них были зафиксированы пороки развития плода и наследственные заболевания. Наиболее частые расстройства в неонатальном периоде: морфофункциональная незрелость плода, инфекционные заболевания, заболевания, связанные с антигенной несовместимостью матери и плода, нарушение мозгового кровообращения, а при афазии и отсутствие или снижение тесного контакта матери и ребенка и их общения.

Таблица 7.

Заболевания и патологические состояния у детей первого года жизни при дисфазии и афазии развития, %, $M \pm m$.

ЗАБОЛЕВАНИЯ 1-го ГОДА ЖИЗНИ	ГРУППЫ		Уровень значимости различий результатов, p
	Дисфазия развития $n=465$	Афазия развития $n=84$	
Инфекционные заболевания, из них:	90,8 $\pm$ 1,3	94,0 $\pm$ 2,6	>0,05
дисбактериоз кишечника	31,4 $\pm$ 2,2	33,3 $\pm$ 5,1	>0,05
катаральный и гнойный отиты	22,2 $\pm$ 1,9	17,9 $\pm$ 4,2	>0,05
ОРВИ	18,1 $\pm$ 1,8	7,1 $\pm$ 3,4	<0,01
острая пневмония	6,5 $\pm$ 1,1	3,6 $\pm$ 2,0	>0,05
грипп	2,6 $\pm$ 0,7	14,3 $\pm$ 3,8	<0,05
стафилококковый сепсис	0,6 $\pm$ 0,4	2,4 $\pm$ 1,7	>0,05
Перинатальные энцефалопатии, из них:	90,7 $\pm$ 1,3	95,8 $\pm$ 2,2	>0,05
гипоксически-ишемические поражения ЦНС	81,9 $\pm$ 1,8	38,1 $\pm$ 5,3	<0,001
гипоксически-травматические поражения ЦНС	2,4 $\pm$ 0,7	17,4 $\pm$ 4,1	<0,01
дисметаболические и токсикометаболические поражения ЦНС	2,5 $\pm$ 0,7	21,4 $\pm$ 4,5	<0,001
поражение ЦНС при инфекционных заболеваниях	3,9 $\pm$ 0,9	18,9 $\pm$ 4,3	<0,01
Аллергические заболевания	36,8 $\pm$ 2,2	36,9 $\pm$ 5,3	>0,05
Гипотрофия	11,4 $\pm$ 1,5	13,1 $\pm$ 3,7	>0,05
Оперативные вмешательства, из них:	1,7 $\pm$ 0,6	6,0 $\pm$ 2,6	>0,05
нейрохирургические вмешательства	0	4,8 $\pm$ 2,3	—
Судорожный синдром	1,5 $\pm$ 0,6	13,1 $\pm$ 3,7	<0,01
Черепно-мозговая травма	1,1 $\pm$ 0,5	15,5 $\pm$ 3,9	<0,01
Поствакцинальные реакции	0,6 $\pm$ 0,4	14,3 $\pm$ 3,8	<0,01

При сравнении отклонений в течении неонатального периода выявлено, что у детей с афазией развития в 19,5 раз чаще выявлялось нарушение эмо-

ционального контакта матери и ребенка, в 15,7 раз – конъюгационная гипербилирубинемия, в 11,5 раз – гипотрофия плода, в 9,2 раза – гнойный конъюнктивит, в 7 раз – острая пневмония и судорожный синдром, в 3,7 раз – нарушение мозгового кровообращения. У детей с афазией развития в 2–1,5 раза чаще обнаруживались инфекционные заболевания, болезни, обусловленные антигенной несовместимостью матери и плода, и морфофункциональная незрелость плода.

Приведенные данные свидетельствуют, что осложнения и заболевания, способствующие повреждению мозга в неонатальном периоде, а так же явления эмоциональной депривации значительно чаще приводят к тяжелому системному нарушению развития речи – афазии развития.

Сведения о заболеваниях и некоторых патологических состояниях у детей первого года жизни детей с дисфазией и афазией развития представлены в табл. 7. Представленные в табл. 7 данные демонстрируют, что подавляющее число детей как с афазией развития, так и с дисфазией, перенесли на первом году жизни инфекционные заболевания и перинатальную энцефалопатию: от 90,7% до 95,8%.

Таблица 8.

Частота соматических заболеваний у детей при дисфазии и афазии развития, %, $M \pm m$.

СОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ	ГРУППЫ		Уровень значимости различий результатов, р
	Дисфазия развития n=465	Афазия развития n=84	
Дискинезия желчевыводящих путей	67,5±2,2	64,3±5,2	>0,05
Аллергические заболевания, из них:	53,3±2,3	52,4±5,4	>0,05
пищевая аллергия	41,3±2,3	42,9±5,4	>0,05
нейродермит	11,0±1,5	3,6±2,0	<0,05
бронхиальная астма	1,3±0,5	6,0±2,6	>0,05
ОРВИ	15,1±1,7	9,5±3,2	>0,05
Хронический пиелонефрит	12,3±1,5	14,3±3,8	>0,05
Острая пневмония	6,0±1,1	1,2±1,2	<0,01
Оперативные вмешательства, из них:	3,7±0,9	11,9±3,5	>0,05
нейрохирургические вмешательства	0,4±0,3	6,0±2,6	>0,05
Наследственные заболевания, из них:	0,2±0,2	6,0±2,6	>0,05
ихтиоз	0,2±0,2	4,8±2,3	>0,05
синдром Клайнфельтера	0	1,2±1,2	>0,05

Из инфекционных заболеваний чаще отмечены дисбактериоз кишечника, катаральный и гнойный отит, ОРВИ. Последние в 2,5 раза чаще диагностировались у детей с дисфазией развития, а грипп – в 5,5 раз чаще при афазии. Дисбактериоз кишечника, катаральный и гнойный отит, острая пневмония, стафилококковый сепсис одинаково встречались в обеих группах наблюдавшихся детей. Из всех групп перинатальной энцефалопатии чаще других диагностировалась гипоксически-ишемическая форма (81,9% – 38,1%), которая в 2,2 раза чаще отмечалась у детей с дисфазией развития. Перинатальные энцефалопатии гипоксически-травматического генеза, дисметаболического и токсико-метаболического генеза и вследствие инфекционных забо-

лений были выявлены достоверно чаще у детей с афазией развития, соответственно более чем в 7,3 – 8,6 – 4,8 раз. Аллергические заболевания были отмечены в этот период у трети детей в обеих группах. Поствакцинальные осложнения, черепно-мозговые травмы, судорожный синдром значительно чаще выявлялись на 1-м году жизни у детей с афазией развития: 23,8 – 14,1 – 8,7 раз. Аллергические заболевания, гипотрофия и оперативные вмешательства одинаково часто встречались у детей с дисfazией и афазией развития. Однако, нейрохирургические операции на 1-м году жизни проводились только у детей с афазией.

Таким образом, более тяжелые повреждающие факторы, воздействовавшие в течение первого года жизни ребенка на мозг, достоверно чаще могут способствовать системному недоразвитию речи, а именно, афазии развития.

Соматические заболевания у наблюдаемых детей зарегистрированы в обеих группах, табл. 8.

Сравнительная оценка представленных данных по соматическим расстройствам у наблюдавшихся детей показала, что наиболее часто встречающиеся соматические заболевания – это дискинезия желчевыводящих путей, аллергические нарушения, из них пищевая аллергия. Вместе с этим только дети с дисfazией развития более чем 5 раз чаще страдали острой пневмонией и в 3,1 раза – нейродермитом. Остальные соматические расстройства одинаково часто встречались и при дисfazии, и афазии развития.

Наследственные заболевания, такие как ихтиоз и синдром Кляйнфельтера, чаще наблюдались у пациентов с афазией развития. Однако надо отметить, что это были единичные наблюдения.

Специфика нервно-психических нарушений у детей с дисfazией и афазией развития.

Как показывает наш многолетний опыт, постоянно сталкиваясь с различными нервно-психическими проявлениями у детей с расстройствами развития речи и других ВПФ, мы выявили некоторые особенности этих нарушений и их отчетливое влияние на течение специфических расстройств развития речи, а именно:

- снижение мотивации и активности речевой деятельности,
- замедление формирования ВПФ (память, внимание, восприятие),
- уменьшение активности познавательной деятельности,
- усугубление пассивного восприятия информации,
- занижение самооценки и уверенности в своих интеллектуальных возможностях и успешности,
- формирование негативизма или отказа от познавательной и творческой деятельности,
- развитие дизадаптации в окружающей среде.

Был проведен сравнительный анализ сопутствующих нервно-психических нарушений у наблюдавшихся детей при дисfazии и афазии развития. Сравнительное исследование позволило выявить особенности этих расстройств, табл. 9. Из таблицы 9 видно, что у всех наблюдавшихся детей отмечались внутричерепная гипертензия и рассеянная неврологическая симптоматика резидуального генеза. У большинства детей в обеих группах диагностировались нарушения церебральной гемодинамики, вегетовисцеральные расстройства, проявления психоорганического синдрома. Были распространены такие нарушения, как депрессивное расстройство поведения, гиперкинетические расстройства, эмоциональные нарушения, характерные для детского возраста, расстройства по-

ведения, ограничивающиеся условиями семьи.

Только при афазии развития был отмечен неорганический энкопрез. Неорганический энурез был достоверно чаще выявлен у детей с афазией развития – в 7,6 раз. Социальное тревожное расстройство, расстройства поведения, ограничивающиеся условиями семьи, гиперкинетические расстройства диагностировались чаще у детей с афазией, соответственно, в 3,8 – 2,8 – 1,9 раза. Дети этой группы чаще страдали гиперкинетическим нарушением внимания, и у них чаще наблюдался психоорганический синдром, соответственно, в 1,3 – 1,2 раза.

Вместе с этим, только у детей с дисфазией развития более чем в 2,1 – 1,9 раз чаще встречались депрессивное расстройство поведения и эмоциональные расстройства, характерные для детского возраста. Фобическое тревожное расстройство наблюдалось только в группе детей с дисфазией развития

Таблица 9.

Сопутствующие нервно-психические нарушения у детей при дисфазии и афазии развития, %, $M \pm m$.

ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЙ СФЕРЫ	ГРУППЫ		Уровень значимости различий результатов, р
	Дисфазия развития n=465	Афазия развития n=84	
Внутричерепная гипертензия	100	100	$>0,05$
Рассеянная неврологическая симптоматика резидуального генеза	100	100	$>0,05$
Нарушения церебральной гемодинамики	$98,9 \pm 0,5$	$99,1 \pm 1,0$	$>0,05$
Вегетовисцеральные нарушения	$86,7 \pm 1,6$	$89,3 \pm 3,4$	$>0,05$
Проявления психоорганического синдрома	$84,5 \pm 1,7$	100	$<0,01$
Депрессивное расстройство поведения	$58,6 \pm 3,4$	$28,0 \pm 5,0$	$<0,01$
Гиперкинетические расстройства активности внимания	$52,0 \pm 2,3$	$69,0 \pm 5,0$	$<0,01$
Эмоциональные расстройства, характерные для детского возраста:	$44,7 \pm 3,4$	$24,4 \pm 4,7$	$<0,01$
<i>фобическое тревожное расстройство</i>	$38,2 \pm 3,3$	0	—
<i>социальное тревожное расстройство</i>	$6,5 \pm 1,7$	$24,4 \pm 4,7$	$<0,01$
Гиперкинетические расстройства	$32,0 \pm 2,9$	$59,9 \pm 5,3$	$<0,001$
Расстройства поведения, ограничивающиеся условиями семьи	$17,7 \pm 2,6$	$48,8 \pm 5,5$	$<0,001$
Транзиторное тикозное расстройство	$4,2 \pm 1,2$	$6,1 \pm 2,6$	$>0,05$
Черепно-мозговая травма	$3,6 \pm 0,9$	$2,4 \pm 1,7$	$>0,05$
Неорганический энурез	$3,7 \pm 1,3$	$28,0 \pm 5,0$	$<0,001$
Неорганический энкопрез	0	$9,5 \pm 3,2$	—
Судорожный синдром	$1,1 \pm 0,5$	$6,0 \pm 2,6$	$>0,05$

Достоверного различия в частоте нарушений церебральной гемодинамики, вегетовисцеральных проявлений, транзиторных тикозных расстройств, судорожного синдрома и случаев черепно-мозговой травмы между двумя группами нами не выявлено.

Сравнительный анализ специфики сопутствующих нервно-психических нарушений у детей с речевыми нарушениями показал, что данные расстройства отмечаются у большинства наблюдавшихся детей, и значительная часть этих проявлений достоверно чаще диагностировалась у детей с афазией развития. Сопоставление приведенных данных достоверно продемонстрировало статистически обоснованную аргументацию в пользу проведения ранней коррекции нервно-психических расстройств у детей с тяжелым нарушением развития речи.

Выводы.

Неблагоприятное течение антенатального, интранатального, неонатального периодов, частота заболеваний инфекционного и неинфекционного генеза на первом году жизни детей, сопутствующие соматические заболевания и нарушения нервно-психической сферы определяют большую вероятность развития специфического расстройства развития речи, особенно афазии развития. Проведенные исследования наглядно показывают необходимость создания комплексной программы профилактики нарушений развития речи и других ВПФ, а также выделения групп риска с участием различных специалистов: акушеров-гинекологов, генетиков, педиатров, неврологов, эндокринологов, психиатров, логопедов, коррекционных педагогов, психологов, нейропсихологов, педагогов-воспитателей дошкольных образовательных учреждений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балева Л.С. Методические основы перехода от «Международной классификации нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности» к «Международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья для использования при установлении инвалидности у детей»: Пособие для врачей. – М., 2002. – 16 с.
2. Бенилова С.Ю. Курсовая патогенетическая медикаментозная терапия в комплексном лечении тяжелых речевых расстройств у детей дошкольного возраста // Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2004. – 20 с.
3. Волкова Л.С., Лалаева Р.И., Мастюкова Е.М. Логопедия. – М.: Просвещение, Владос, 1995. – 384 с.
4. Кириченко Е.И. Недоразвитие речи у детей / Вопросы клиники и дифференциальной диагностики алалии. Учебное пособие. – М., 1977. – 12 с.
5. Ковалев В.В. Расстройства речи в детском возрасте с позиций психического дизонтогенеза / Проблемы патологии речи. Тезисы Всесоюзного симпозиума 16–21 октября 1989 г. – М., 1989. – С. 5–6.
6. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. – М.: Медицина, 1995. – 560 с.
7. Ньюкиктъен Ч. Детская дисфазия. Сообщение 1: концепция и клинические аспекты // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – М., 1993. – Т. 93. – № 4. – С. 88–92.
8. Ньюкиктъен Ч. Детская дисфазия. Сообщение 2: современные представления о нейробиологических механизмах // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – М., 1994. – Т. 94. – № 1. – С. 79 – 84.
9. Сухотина Н.К. Состояние здоровья учащихся начальной школы / Охрана психического здоровья и подростков. Материалы IV съезда педиатров России, Москва, 17–18 ноября 1998. – М., 1998. – С. 89.
10. Тонкова-Ямпольская Р. В., Фрухт Э. Л. Некоторые особенности развития и поведения детей с перинатальным поражением нервной системы // Российский педиатрический журнал. – М., 2001. – № 1. – С. 9.
11. Тржесоглава З. Легкая дисфункция мозга в детском возрасте. Пер. с

чешск. – М.: Медицина, 1986. – 255 с.

12. Шкловский В.В. Заикание. – М.: ICE, 1994. – 153 с.

13. Benilova S., Davidovich L. Program for complex prophylaxis of disorders of children's speech and voice development, creation of correction space / 3rd World Voice Congress, June 19-22, 2006, Istanbul – Turkey / Program & Abstract Book. – P. 37.

14. Gwerder F. Das Syndrom der leichten fruehkindlichen Hirnsschaedigung. – Bern, 1976. – P. 74–76.

О.И. Шмырева

РАЗВИТИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ ПОДРОСТКА КАК ПРЕДМЕТ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО АНАЛИЗА

Воронежская государственная технологическая академия (Воронеж).

В условиях глобального изменения человека и его развития в онтогенезе закономерно возникает вопрос об изменении психологических характеристик подрастающего поколения. Они изменяются в связи с интенсивной динамикой современного социума, что сопровождается многогранным ростом возможностей подростка как наиболее восприимчивого звена общества. Эмоциональная сфера подростка претерпевает изменения, которые отражаются в социальном развитии, и ее состояние сигнализирует о зонах необходимого внимания со стороны старшего поколения для грамотного воздействия в целях психологической поддержки и своевременной ориентации в период взросления.

Нами изучена эмоциональная сфера в подростковом возрасте и определены психологические характеристики, влияющие на ее состояние. База исследования – МОУ лицей № 1 Воронежа, учащиеся 7–9 классов – 60 человек, из них – 30 девочек, 30 мальчиков. Рассмотрим последовательно полученные эмпирическим путем данные.

Эмоционально значимые темы в подростковом возрасте

Для определения эмоционально значимых тем в подростковой среде проводилась скрининг-диагностика – исследование частоты встречаемости смысловых (тематических) конструкторов, вызывающих эмоциональные переживания подростков, соответствующих определенным ценностным ориентирам личности [6]. Объем выборки – 161 человек. Скрининг-исследование носило проективный характер: цель опроса была относительно замаскирована для исключения социально желательных ответов. Испытуемым предлагалось обозначить темы, обсуждаемые и не обсуждаемые в подростковой среде, которые были определены нами как соответствующие их актуальным проблемам, личностным ценностям и мотиваторам поведения. Обсуждаемые темы мы трактовали как подлежащие активной групповой сознательной переработке, приемлемые с точки зрения подростковых нормативов, одобряемые официальным мнением молодежных групп. Темы, не обсуждаемые в подростковой среде, интерпретировались нами как неофициальные по отношению к групповому мнению, индивидуально значимые, табуированные – публично не высказываемые, носящие интимный характер и подлежащие психологической переработке во внутреннем плане.

А. Значимые смысловые конструкторы, имеющие *положительную эмоциональную окраску и обсуждаемые в подростковой среде*: ценности духовного развития (учеба, образование); общечеловеческие ценности (любовь,

взаимоотношения полов); материальные ценности (объекты материальной культуры, внешние атрибуты социального успеха). Они же могут быть отнесены к терминальным ценностям и ценностям игры и красоты.

Б. Значимые смысловые конструкты, несущие *отрицательную эмоциональную окраску, обесцененные*, не выносимые на обсуждение в своей возрастной среде или *подлежащие психологической переработке во внутреннем плане*: политика, семья, здоровье и болезни, быт.

На первом месте в иерархии значимых смысловых тематических конструктов подростков расположены несущие положительную эмоциональную нагрузку *ценности духовного развития* (учеба, образование), на втором – *общечеловеческие ценности* (любовь, взаимоотношения полов), на третьем – *материальные ценности* (объекты материальной культуры, внешние атрибуты социального успеха); согласно классификации М. Рокича, это *терминальные ценности*. В совокупности лидируют ценности *игры и красоты*. *Политика, семья, здоровье и болезни, быт* – имеют вероятностную отрицательную эмоциональную окраску, подлежат обесцениванию или психологической переработке во внутреннем плане, вследствие чего на обсуждение в своей возрастной среде не выносятся.

Психологические факторы эмоционального состояния подростков

Предложенный нами опросник по выявлению психологических факторов эмоционального состояния был апробирован на подростках. Для выявления факторов, влияющих на развитие эмоциональности в подростковом возрасте, был проведен факторный анализ с извлечением факторов и вращением Varimax.

Исследование проводилось в три этапа:

1 этап: извлечение психологических факторов в подростковой среде без гендерных различий;

2 этап: извлечение психологических факторов в среде подростков-мальчиков;

3 этап: извлечение психологических факторов в среде подростков-девочек.

Проведенный факторный анализ, показал как сходство, так и различие факторов, влияющих на эмоциональность состояния мальчиков и девочек [6]. Если в подростковой среде без гендерных различий выделялись факторы «дружеские отношения», «личные отношения» и «зависимость от обстоятельств», то у девочек и мальчиков были выявлены специфические факторы. Общей особенностью обеих гендерных групп были факторы «дружеская поддержка» и «зависимость от обстоятельств», причем «дружеская поддержка» у девочек была на первом месте, у мальчиков – на втором. На первое место у мальчиков вышел фактор «сравнение себя с другими», а у девочек – «спонтанность переживания». Характерно, что «зависимость от обстоятельств» была типична для обеих групп подростков, образуя третий фактор влияния на их эмоциональность.

1. Факторы без влияния гендерных различий:

дружеские отношения;

личные отношения;

влияние обстоятельств.

2. Факторы влияния на эмоциональное состояние девочек:

дружеская поддержка;

спонтанность переживаний;

зависимость от обстоятельств.

3. Факторы влияния на эмоциональное состояние мальчиков:
сравнение себя с другими;
дружеская поддержка;
зависимость от обстоятельств.

Типология эмоционально значимых ситуаций в подростковом возрасте

Далее по итогам выделения эмоционально значимой тематики и психологических факторов эмоционального состояния подростков была определена типология эмоционально значимых ситуаций [6], имеющая следующий вид.

Ситуации, приемлемые с точки зрения подростков, субъективно одобряемые официальным мнением подростковой субкультуры:

1. ситуации учебной деятельности;
2. ситуации любовных отношений;
3. ситуации обладания материальными благами, демонстрации внешних атрибутов социального успеха.

Ситуации, не приемлемые для группового обсуждения в своей возрастной среде в силу специфики возрастных интересов, носящие интимный по отношению к сверстникам характер, закрепленные в сознании как свойственные старшему поколению и подлежащие психологической переработке во внутреннем плане:

1. политика;
2. семья;
3. здоровье и болезни;
4. быт.

Отношение к значимым ситуациям может меняться под влиянием таких психологических факторов, как *дружеские отношения, личные отношения, зависимость от обстоятельств*. На состояние девочек влияет также фактор *спонтанности переживаний*, у мальчиков доминирует фактор *сравнения себя с другими*. В целом данные адекватны специфике пола, возрастных особенностей испытуемых и учебно-образовательного профиля лица.

Интерпретация пейзажей импрессионистов

Французский импрессионизм был выбран нами для исследования эмоционального состояния подростков благодаря так называемой бесконтрольности в манере живописи, соответствующей эмоциональному взрыву в период интенсивного развития личности подростка. Изучение эмоциональной сферы представляется достаточно трудоемким в связи с объективной сложностью измерения эмоций, краткостью спонтанных эмоциональных проявлений, возможностью управления собственными эмоциональными реакциями, сознательной демонстрацией субъективно желательных эмоций окружающим, и одним из способов преодоления данной проблемы является проверка подростковых реакций на произведения импрессионистов. По аналогии с проективными методами исследования, анализирующими особенности эмоциональной сферы человека, по характеру интерпретаций испытуемыми различного стимульного материала, в данном случае – пейзажей импрессионистов, предполагаем наличие возможности определения таким образом особенностей эмоциональной сферы обследуемых по качественным характеристикам эмоционального восприятия.

Анализ тематики эмоциональных переживаний подростков привел нас к мысли об определенной *типологии психотравмирующих ситуаций*, связанных с ощущением собственного бессилия, потери контроля над происходя-

щим и непонимания возможностей выхода из тупиковых кризисных ситуаций. *В качестве ресурсов* эмоционального развития личности мы полагаем имеющиеся отношения доверия, целенаправленное стимулирование воображения и спонтанного интереса к происходящему, развитие волевых качеств, избегание некорректного вмешательства в личные отношения подростков. *Пусковой механизм в преодолении кризиса* заключается в активизации трудовой деятельности подростков при соблюдении периодов отдыха, необходимого для восстановления эмоционального равновесия и формировании позитивной жизненной перспективы.

С помощью метода психологического исследования эмоциональной сферы подростков, названного нами «Интерпретацией пейзажей импрессионистов» [4] проведено соответствующее исследование и сформулированы следующие *выводы*.

Состояние эмоциональной сферы в целом адекватно особенностям данного возраста и характеризуется интенсивностью переживания полярных по знаку эмоций, реакцией подросткового негативизма. Выявлены: сдвиг эмоциональной палитры в сторону негативных эмоций; опыт отрицательных эмоциональных переживаний; преобладание астенических эмоций – тоски, грусти, уныния, опустошения, страха; активное развитие словаря отрицательных эмоций; астеническое реагирование на безысходные, «тупиковые» ситуации. Определены типология психотравмирующих ситуаций, личностные ресурсы и пусковые механизмы в преодолении подросткового кризиса. Подростки демонстрируют дефицит нейтральных эмоциональных состояний при интенсивном переживании полярных по знаку эмоций, чувствительность и психологическую предрасположенность к тупиковым ситуациям.

Т. о., указанным подросткам нужна психологическая помощь в развитии опыта позитивного эмоционального реагирования, обучении навыкам психической саморегуляции и формировании позитивной перспективы будущего.

Идентификация эмоционального состояния

Исследованы особенности распознавания эмоциональных состояний подростками по лицевой экспрессии, а также субъективная оценка степени характерности соответствующих эмоций путем идентификации эмоционального состояния с помощью авторской методики «Идентификация эмоционального состояния» [3].

Подростки не всегда верно определяли эмоциональные состояния по лицевой экспрессии. Наиболее точно были названы полярные эмоциональные состояния: радость, злость. Согласно теории объектных отношений (М. Малер, Д. Винникот, цит. по [1]), радость относится к регулирующим отношениям аффектам, определяющим желаемую дистанцию с объектом, а злость – к аффектам мстительности.

В группе неверно определенных эмоциональных состояний согласно теории объектных отношений присутствуют все четыре вида аффектов: регулирующие отношения аффекты (восторг, печаль, ужас, отвращение, презрение), аффекты переработки информации (любопытство), аффекты рефлексии (стыд, вина) и аффекты мстительности (мстительные чувства). Вероятно, рефлексия исследованных нами подростков развита недостаточно или указанные эмоции подлежат вытеснению.

Интерес (аффект переработки информации), испуг, страх (регулирующие отношения аффекты), обида (аффект мстительности), гордость и пренебрежение – определяются испытываемыми как успешно, так и неуспешно.

пешно, т. е. разные подростки распознают указанные эмоциональные состояния с разной степенью успешности, что может быть связано с особенностями индивидуального опыта эмоционального общения.

По результатам идентификации в качестве «характерных» подростками указаны следующие эмоциональные состояния: радость, любопытство, восхищение, удовольствие, блаженство, относящиеся к числу позитивных, регулирующих отношения аффектов и аффектов, способствующих переработке информации.

В качестве «возможных» эмоциональных состояний подростков мы выявили мстительность, обиду, стыд, восторг, спокойствие, испуг, любопытство, гордость, злость, блаженство, вину, ожидание, грусть, печаль, удовольствие. Как видно, в количественном соотношении представлены: 7 отрицательных эмоциональных состояний, 4 нейтральных и 4 положительных эмоциональных состояния. Среди них имеются аффекты мстительности, рефлексии, переработки информации и регулирующие отношения аффекты.

Признаны «редко» как характерные состояния страха, ужаса, пренебрежения, вины, печали, ожидания, злости, грусти. Доминируют в данной группе регулирующие отношения аффекты. Некоторые эмоциональные состояния попали в ранг «возможных» и «редких» одновременно, это – злость, вина, ожидание, грусть – 3 из них являются отрицательными, 1 – нейтральным по знаку.

Ответ «никогда» дан по поводу переживания спокойствия (нейтрального эмоционального состояния), испуга (отрицательного эмоционального состояния), пренебрежения (амбивалентного эмоционального состояния). Таким образом, подростки считают данные эмоциональные состояния нехарактерными для себя.

Эмоциональное состояние подростков отличается неуравновешенностью. Тонкие эмоции распознаются сложнее, чем более грубые, и это указывает на недостаточное развитие эмоциональной культуры подростков. Затруднения в узнавании аффектов рефлексии указывает, на наш взгляд, что подростки испытывают сложности в прогнозировании как своих поступков, так и поступков других людей, не предвидят их последствий.

Гендерные различия в эмоциональности подростков

Далее целью являлось определить гендерные различия в эмоциональных реакциях подростков. Изучены характерные эмоциональные реакции с помощью Мультимодального опросника жизненной истории А. Лазаруса в модификации С. А. Кулакова, используя модальность «Чувства» [1]. Для рассмотрения выделены чувства, указанные в ответах не менее чем 10% респондентов [7].

Вначале сравним характерные чувства. Можно отметить тот факт, что мальчики, в отличие от девочек, признают наличие у них широкого спектра постоянных чувств, тогда как у девочек постоянные чувства практически не выделяются. Этот факт интерпретирован нами как неосознанность постоянных чувств девочками, либо их нежелание признаваться в их наличии самим себе (действие механизма психологической защиты). Вероятно, девочки демонстрируют тенденцию к маскулинным формам поведения как к более востребованным в молодежной среде и, следовательно, отрицают эмоциональность как атрибут женственности. Как показали результаты опроса, первая триада чувств, постоянно испытываемых мальчиками и часто испытываемых девочками, совпадает – это: счастье, оптимизм и активность, что свидетель-

ствуется об общем высоком положительном эмоциональном настрое обеих гендерных групп. Такое чувство, как ревность выделяется и мальчиками, и девочками. Причем последними это чувство указывается чаще, чем мальчиками, хотя и отнесено ими к испытываемым часто (у мальчиков - к испытываемым постоянно). В психологической литературе ревность рассматривается как аспект половой любви, либо как проявление комплекса неполноценности (человек считает себя несостоятельным, неуверенным в себе), либо имеет место инверсия половой любви и чувства неполноценности в любовных отношениях. Кроме того, мальчики постоянно испытывают чувства спокойствия, удовлетворения и злости, что отражает чередование стеничных эмоций с достижением состояния расслабления, т. е. оптимальное функционирование эмоциональной сферы. Также имеют место переживания скуки, возбуждения, раздражения, грусти, беспокойства, отчаяния, ощущения себя несчастным, депрессии, одиночества, вины. В совокупности можно сказать о поиске смысла, собственного места в жизни, стремлении к ускорению нахождения ответов на актуальные запросы личности и среды. Мальчики испытывают вину за собственное бессилие в решении важных и актуальных для них жизненных вопросов. Девочки часто испытывают спокойствие, беспокойство, страх, напряженность, возбуждение, удовлетворение, грусть, ощущение себя несчастливой, депрессию. Вероятно, имеют место стремление выдержать напряжение, ситуационный вызов, психологическая готовность к постоянству в поддержании и сохранении избранной позиции, что архетипически присуще фемининности. Переживания депрессии и ощущения собственной несчастья в обеих гендерных группах указывает на опыт расставания, потери.

Примечательно, такое эмоциональное состояние, как мстительность отнесено мальчиками к изредка испытываемым, хотя и относится к кластеру аффектов мстительности, равно как и ревность, с которой оно тесно связано. Возможно, это отражает неосознанность мстительных побуждений и выражение их в какой-либо другой форме. Злость, испытываемая мальчиками постоянно, также подтверждает побудительную силу мстительных чувств в ответ на причиненные обиды. Среди других переживаний мальчиков первые пять позиций занимает любовь, в различных вариациях относительно конкретизации ее объекта («любовь», «любовь к жизни», «любовь к спорту», «любовь к учебе», «любовь к Родине»). У девочек не отмечается такой дифференциации в вопросе определения любви. По нашему мнению, это можно объяснить различными взглядами на понятие любви: у мальчиков данное чувство представлено достаточно широко; девочками под любовью весьма конкретно и определенно подразумевается пласт межличностных отношений. Также среди других переживаний мальчиков присутствует волнение – что отражает высокую побудительную силу без уточнения локализации потребностей. Девочки указывают среди других переживаний, испытанных недавно, усталость и гордость. Полагаем, это является свидетельством напряженности и концентрации усилий в сфере личностных достижений.

Среди недавно испытанных позитивных ощущений у девочек выделены радость, счастье, успех, гордость, удовлетворение, любовь, что можно объяснить активностью жизненной позиции и связано со стремлением к достижению поставленных целей, вероятно, имеющим принадлежность к межличностным отношениям, и определенными успехами в этой сфере. Мальчики выделяют среди позитивных ощущений, испытанных недавно, радость и счастье, что косвенно позволяет предположить удовлетворение символических

потребностей высокого уровня.

Среди эмоций, которые заставляют терять контроль над собой, и у мальчиков, и у девочек первую позицию занимает непонимание. Полагаем, непонимание может быть характеристикой состояния самого человека – сложности в понимании и осознании испытываемым причинно-следственных связей между событиями и их детерминантами, так и со стороны окружающих – непонимание его (человека) окружающими. В любом случае, умение прогнозировать развитие событий в обеих гендерных группах пока не достигнуто. Также мальчиков выводят из состояния равновесия стресс и незнание факторов потери самообладания, что еще более затрудняет поиск эффективных стратегий выхода из сложных ситуаций. Девочки указывают в качестве стимулов потери контроля над собой предательство, тупость людей и собственную раздражительность. Полагаем, имеют место негативный опыт построения межличностных взаимоотношений, недостаточная чуткость со стороны окружающих, вытекающие как следствие из этого обиды.

Для достижения состояния покоя и расслабления у девочек явно определяется потребность в близких людях (родителях, любимом человеке и компании друзей), причем в обеих гендерных группах лидирует значимость друзей, что свидетельствует о необходимости в эмоциональной поддержке и ощущении стабильности. Также для достижения состояния покоя и мальчики, и девочки часто указывают варианты ответов – «сон», «ночью», «в положении лежа», «в постели», что означает ценность комфорта. Девочки добавляют уточнения – «дом» и «когда с родителями все в порядке», что отражает их зависимость от родительской опеки. Также ситуации покоя и расслабления у мальчиков связаны с академической успеваемостью (важно успешно справиться с испытанием), нахождением наедине с девушкой (интимное общение), с компанией друзей. Девочки выделяют просмотр интересных фильмов, чтение интересных книг – т. е. для них усвоение интересной информации способствует расслаблению.

Выводы

Эмоциональные реакции обоих полов сходны по составу, однако степень эмоционального напряжения (эмоциональная экспрессия) девочек-подростков выше в два раза.

Эмоциональное состояние девочек более динамично, не отмечается постоянных чувств, более выражены эмоции по сравнению с мальчиками.

Недавние эмоциональные реакции девочек отличаются более широким спектром эмоциональных проявлений, большим разнообразием.

Потеря контроля более значительно выражена у девочек и обусловлена зависимостью от межличностных отношений. Мальчики проявляют большую самодостаточность, потеря контроля обуславливается собственным состоянием.

Для расслабления и достижения состояния покоя девочкам важна роль семьи, художественные впечатления, физическое состояние, комфорт. Мальчики отмечают в этом плане роль ситуации.

Контент-анализ мини-сочинений подростков на темы: «Что я чувствую, сталкиваясь с жизненными трудностями?» и «Что помогает мне прежить сложные ситуации в жизни?»

Мальчикам-подросткам нравится столкновение с препятствиями, что соответствует активному *деятельностному компоненту* (поведенческий копинг) в сложных жизненных ситуациях. Для девочек-подростков характерны *когнитивный компонент* и *оценочное отношение* к сложным ситуациям (ког-

нитивный копинг).

У мальчиков сформировано *позитивное отношение к борьбе*, у девочек – установка на *сохранение благополучия*, что отражается в смысловых ориентирах: так, мальчики рады получению впечатлений из внешней среды готовы к преодолению стресса, девочки склонны переживать опустошение при потере внутреннего равновесия и гармонии, однако активно и усердно включаются в процесс преодоления.

Обстоятельством, запускающим активность мальчиков, является *столкновение с препятствием*, девочек – *потеря или угроза благополучию*, точнее, девочки склонны к выполнению *защитной функции*.

В роли поддержки для мальчиков выступают *окружение* в целом, для девочек – *семья*.

Мальчики питают *надежду* на удачное стечение обстоятельств как фактор переживания сложных ситуаций в жизни, девочки *верят* в свои силы, лучше дифференцируют эмоциональные состояния и обстоятельства.

Группа друзей, компания, подростковое сообщество более важны для мальчиков по сравнению с девочками, т. е. мальчики склонны к выходу из сложных ситуаций *через принадлежность к компании подростков*.

Итак, *развивающим фактором мальчиков* является *роль окружения*, *развивающим фактором девочек* – *семья*.

Метаязык подростков для обозначения эмоций

Мы изучили метаязык для выражения и выявления подростковых эмоций с целью дальнейшего развития способности к управлению собственным эмоциональным состоянием [5]. Исследование проведено с помощью Теста развития метаязыка эмоций у подростков [2]. Подросткам был предложен список, содержащий 20 эмоциональных состояний. Требовалось объяснить последовательно каждое из указанных состояний – что оно означает, и определить субъективные обстоятельства его переживания. Последующий анализ слов, обозначающих эмоции, позволил определить, насколько адекватно подростки понимают и принимают данные эмоциональные состояния, готовы к их переживанию, а также оказываются способными регулировать обстоятельства, вызывающие эти эмоции. Интересным считаем распределение выявленных результатов по показателям константности – ситуационности, самосовершенствования – самопринятия, внутреннего переживания – восприятия.

Спокойствие – для мальчиков является ситуационно обусловленным, противоположным напряжению, для девочек – константным, связанным с состоянием внутренней гармонии и уравновешенностью.

Мстительность – и у мальчиков, и у девочек связана с желанием причинить боль обидчику, является ситуационным признаком.

Любопытство – ситуационно для мальчиков, активно интересующихся происходящим, и константно для девочек, которым хочется быть в курсе событий.

Грусть – одинаково ситуационно обусловлена для обоих полов, связана с плохим настроением, одиночеством, погодой (у мальчиков), скукой (у девочек).

Ожидание – ситуационно у мальчиков, ждущих исхода, разрешения проблем, и константно у девочек, связано с социальным познанием, желанием увидеть кого-либо.

Печаль – константна для мальчиков, связана с опасением, боязнью, ситуационна для девочек, возникает в случае неудачи или переживания негативных событий.

Страх – отсутствуют гендерные различия в понимании данного эмоционального состояния, которое ситуационно обусловлено, связано с боязнью, ощущением неизвестности и опасности у мальчиков и боязнью у девочек.

Ужас – гендерные различия относительно определения отсутствуют, и данное эмоциональное состояние ситуационно обусловлено, у мальчиков переживание ужаса связано с «кошмаром» и неприятной обстановкой, у девочек – со сверхсильным внешним воздействием.

Радость – ситуационна для девочек и связана с наличием перспективы, для мальчиков константна и связана с получением удовлетворения, достижения цели, результата.

Обида – константна для девочек, фиксируется в памяти, ситуационна для мальчиков, связана с гневом на кого-либо, является реакцией на обман, оскорбление, несбывшиеся ожидания чего-либо от других людей.

Гордость – константна для девочек и связана с чувством достоинства, ситуационна для мальчиков и выражается в нарциссизме, восхищении собой в связи с успешным выполнением действия.

Злость – у мальчиков обусловлена выходом негативных чувств, является реактивным образованием, константна. У девочек злость ситуационна, связана с желанием отомстить и переживанием обиды на окружающих за жестокое поведение. У представителей обоих полов злость сопровождается ярким недовольством и ненавистью за непонимание.

Восхищение – данное состояние мы интерпретировали по показателям восприятия и внутреннего переживания. У девочек восхищение связано с внутренним переживанием чувств (восторга, гордости, радости, удивления, превосходства), у мальчиков – с восприятием (созерцанием красивого).

Стыд – константен для девочек, обусловлен внутренней совестью, для мальчиков – ситуационен, связан с внешней оценкой и разоблачением.

Вина – выступает как самопринятие и связана с признанием у мальчиков, у девочек вина находит свое выражение в желании исправиться и является побудителем самосовершенствования.

Пренебрежение – связано с безразличием у представителей обоих полов, но для мальчиков константно и связано с переживанием чувств, для девочек является ситуационным в силу проявления социального аспекта безразличия через неуважительное отношение к человеку.

Тоска – для девочек константна, связана с недостатком чего-либо, для мальчиков – ситуационна, связана с потерей, представителями обоих полов понимается в качестве того, что лишает психологического комфорта.

Разочарование – проявляется как нереализованное воображение (мечты) у девочек, как нереализованные планы (надежды) у мальчиков.

Блаженство – ситуационно и связано с гедонизмом, восторгом после удовлетворения у мальчиков, константно и более мягко, спокойно отражено в ответах девочек.

Счастье – для девочек ситуационно, связано с достижением желаемого, для мальчиков константно и связано с моральным удовлетворением и благополучием.

Анализ метаязыка для обозначения эмоций позволил сделать следующие выводы.

Константными для девочек-подростков являются следующие эмоциональные состояния: спокойствие, любопытство, ожидание, обида, гордость, стыд, тоска и блаженство.

Константными для подростков-мальчиков являются такие эмоциональные состояния, как печаль, радость, злость, пренебрежение, счастье.

Ситуационными показателями для подростков-девочек являются мстительность, грусть, печаль, страх, ужас, радость, злость, пренебрежение, счастье.

Ситуационность свойственна подросткам-мальчикам при переживании следующих эмоциональных состояний: спокойствия, мстительности, любопытства, грусти, ожидания, страха, ужаса, обиды, гордости, стыда, тоски и блаженства.

Нереализованное воображение девочек отражается в мечтах, нереализованные планы мальчиков – в надеждах, что проявляется в последующем в чувстве разочарования.

Вина выступает показателем самопринятия подростков-мальчиков и показателем самосовершенствования подростков-девочек.

Восхищение является показателем внутреннего переживания девочек и показателем восприятия мальчиков.

Данные получены на выборке подростков из достаточно благополучных семей, учащихся лица, следовательно, не могут быть свободно соотнесенными с возможными результатами исследования подростков других категорий, отличающихся от участников нашего исследования, например, социально-экономическим статусом и профилем образовательного учреждения. Эмоциональное реагирование подростков необходимо рассматривать как в целом – в подростковой среде без гендерных различий, так и с учетом дифференциации по половому признаку. На основании полученных данных представляется возможным выявить ситуационность или константность тех или иных эмоциональных состояний, провести анализ адекватности понимания эмоций и эмоциогенных обстоятельств подростками. В последствии возможно построение прогноза относительно дальнейшего развития эмоциональной сферы личности подростка и формирование способности к самоуправлению эмоциональным состоянием, сознательному влиянию на внешние обстоятельства и собственную жизнь.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кулаков С.А. Практикум по клинической психологии и психотерапии подростков. – СПб.: Речь, 2004.
2. Мильруд Р. П. Психологическая антропология. Мультимодальный курс лекций. – Тамбов: ТГУ им. Г.Р. Державина, 2006.
3. Шмырева, О.И. Идентификация эмоциональных состояний учащихся // Мир образования – образование в мире. – М., 2008. № 1 (29). – С. 232–239.
4. Шмырева, О.И. Интерпретация пейзажей импрессионистов как метод психологического исследования эмоционального состояния в подростковом возрасте / Вестн. университета (Государственный университет управления). Сер. Социология и управление персоналом. – М., 2007, № 7 (33). – С. 225–229.
5. Шмырева, О.И. Понимание подростками эмоциональных состояний как условие формирования отношения к себе // Мир психологии. – Москва–Воронеж, 2008. № 1 (53). – С. 211–218.
6. Шмырева, О.И. Типология эмоционально значимых ситуаций в подростковом возрасте / Вестн. университета (Государственный университет управления). Сер. Социология и управление персоналом. – М., 2007, № 8 (34). – С. 224–228.
7. Шмырева, О.И., Лозовенко, Д.И. Гендерные различия в эмоциональных реакциях// Современные проблемы гуманитарных наук: Междунар. сб. науч. трудов преподавателей и студентов высшей школы. Воронеж, Гос. техн. акад. - Воронеж, 2008, вып. 4. - С. 125–128.

АНТРОПОЛОГИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ⁴

Московский институт открытого образования, Центр развития творчества детей и юношества «Лефортово», Центр психологического здоровья детей и семьи «Живая вода» (Москва).

Условия психологического здоровья в детском возрасте

Исследования здоровой личности преимущественно описывают состояния и переживания взрослых людей [1; 24-50], [3; 145-149], [7; 224-252], [10; 233-251], [18; 176-178]. В этих работах атрибуты психологического здоровья выглядят не иначе как достояние зрелости. Психологическая антропология указывает на неслучайный характер данного обстоятельства: **“процесс саморазвития – как сущностная форма бытия человека – начинается вместе с жизнью и разворачивается внутри нее; но человек долгие годы – нередко и всю жизнь – может и не быть его субъектом, тем, кто инициирует и направляет этот процесс”** [14; 203]. *Саморазвитие* – сознательное изменение и (или) столь же сознательное стремление сохранить в неизменности собственную Я-самость; предполагает самостоятельный выбор целей, направлений и средств изменения себя. В длительном периоде дошкольного и школьного детства подлинным **субъектом саморазвития является со-бытийная общность ребенка и взрослого.**

Во Всемирной декларации об обеспечении выживания, защиты и развития детей записано: “Дети мира невинны, уязвимы и зависимы!” Неразрывность детства и материнства, сложная взаимосвязанность детей и взрослых указывают на существенное обстоятельство: психологическое здоровье ребенка непосредственно зависит от состояния его естественного человеческого окружения. Поэтому критерии психологического здоровья (в их сложившемся понимании) корректнее относить к системе связей и отношений ребенка с родными и близкими для него людьми, прежде всего – со значимыми взрослыми. *Значимый взрослый* – это родной и/или близкий человек, оказывающий существенное, определяющее влияние на условия развития и образ жизни ребенка: родитель, опекун, учитель, наставник... В основе классификации понятия “значимый взрослый” – две существенные характеристики конкретного взрослого человека, которые наиболее полно отражают его статус в жизненном мире конкретного ребенка. Это показатели кровного родства – “родной-чужой” – и духовной близости – “близкий-чуждый”.

Критерием первой характеристики можно считать принадлежность к единой родовой ветви. Для ребенка это материнская и отцовская родовые ветви. Основа и главный критерий подлинной близости двух людей – устойчивая духовная связь (табл. 2).

Значимые взрослые составляют естественное человеческое окружение ребенка. Мера кровного родства ребенка и взрослого изначально задана. Поэтому отношения в детско-взрослой общности эволюционируют по линии духовной близости. Здесь можно выделить две противоположные тенденции:

³ Окончание. Начало см.: Вопросы психического здоровья детей и подростков, 2008 (8), № 1.

⁴ Статья написана по материалам исследований, проведенных в ГОУ Центр развития творчества детей и юношества «Лефортово» под патронатом лаборатории антропологических основ психологии развития и образования человека Института педагогических инноваций РАО, ГНУ Институт развития дошкольного образования РАО и Центра развития дополнительного и альтернативного образования МИОО.

взаимное понимание, принятие, доверие, ориентация на высшие образцы человеческой культуры, стремление работать над собой, либо разобщение, отчуждение, безразличие или неприятие, ценностная дезориентированность. Именно духовная близость ребенка и взрослого гармонизирует отождествление и обособление в общности, обеспечивает нормальное развитие субъективности ребенка; отчуждение искажает и блокирует его.

Таблица 2.

Классификация значимых взрослых

Духовная связанность	Кровное родство	
	Родной	Чужой
Близкий	родной и близкий	чужой, но близкий
Чуждый	родной, но чуждый	чужой и чуждый

Чтобы практически обеспечивать условия здорового взросления, необходимо определенный эталон, нормативная система координат. В.И. Слободчиков и Г.А. Цукерман операционализировали антропологический принцип развития в оригинальной типологии базовых педагогических позиций [20] (рис. 1).

Понятие “норма развития” является культуро- и личностнообусловленным. Поэтому первый шаг в различении позиций - определение исходных оснований взаимосвязи жизнедеятельности взрослого и жизнедеятельности ребенка. Жизнь человека обусловлена культурой, но не сводима к ней, проживается и переживается непосредственно. Поэтому первое разделение позиций взрослых - на позиции “культурные”, связанные с сознанием, хранением и передачей норм и эталонов культуры другим поколениям, и позиции “бытийные”, связанные с выращиванием и сохранением непосредственного ощущения и переживания радости, красоты и самоценности жизни.

Второй шаг - определение исходных движущих сил развития детско-взрослой общности. Взрослые в своем отношении к детям стремятся либо к передаче им собственной жизненной позиции (линия отождествления), либо к утверждению самобытности ребенка (линия обособления).

о т о ж д е с т в л е н и е			
б ы т и й н ы е	РОДИТЕЛЬ	УМЕЛЕЦ	к у л ь т у р н ы е
	МУДРЕЦ	УЧИТЕЛЬ	
о б о с о б л е н и е			

Рисунок 1. Базовые педагогические позиции.

Полное обеспечение душевного здоровья, комфорта, жизненной укорененности - главный результат работы (жизни) взрослого в “бытийных” позициях. Встреча с “родителями” дарит ребенку чувства защищенности и жизне-

любия. Встреча с “мудрецом” позволяет найти, создать, усмотреть в общечеловеческой (а потому - ничей, безличной) сокровищнице жизненных ценностей свое собственное сокровище, свет и богатство собственной души.

Позицию “родитель” не стоит замыкать на родовой связанности взрослого и ребенка. “Узы, которые связывают твою истинную семью, не есть узы крови, но узы уважения и радости к жизни друг друга,” - написал Р. Бах. Существует разлитое родительское отношение человека к человеку, нацеленное на воплощение теплого чувства близости, сродства с людьми, миром, с самой жизнью как основу жизненной энергетики и стойкости.

“Вооружение” детей культурными нормами, средствами, способами работы (практической, умственной, организационной) – цель деятельности взрослого в “культурных” позициях. “Умелец” погружает ребенка в совместное действие и учит действовать. “Учитель” разрывает плотную ткань действия, высвобождая фазу чистого обучения, ориентировки в том, зачем, что и как надо делать. Он учит не действовать, а предварительно учиться действию. Встреча с “умельцем” формирует в ребенке такого же умельца, ее задача – чтобы взрослый и ребенок сравнивались в своей умелости. Такое итоговое тождество не предполагается при встрече ребенка с “учителем”. Результатами своих трудов “учитель” удовлетворяется в том случае, если его ученик будет способен учить себя (и только себя), но зато чему угодно (угодно ученику).

Рассматривая функциональную роль культуры в развитии ребенка, следует учесть, что ее проявления, в самом широком смысле, качественно неоднородны. В спектре культурных влияний можно выделить *высокую культуру*, *массовую культуру* (*поп-культуру*) и *контркультуру* (*антикультуру*).

Высокая культура выполняет человекообразующую функцию приобщения к духовным ценностям, идеалам Истины, Добра и Красоты, обеспечивает эффект облагораживания человеческой натуры.

Массовая культура выполняет функцию разжигания, удовлетворения и эксплуатации пристрастий, свойственных человеческой натуре.

Контркультура, или антикультура, выполняет человекоразрушающую функцию порабощения и деформации человеческой натуры, провоцирует отчуждение родовых способностей, деградацию человеческих качеств, возникновение и распространение личностной деструктивности.

Соответственно, значимый взрослый может быть проводником благородных, приземленных или одиозных убеждений, подлинно культурных или суррогатных идеалов, ценностей и норм.

Позиция - это наиболее целостная характеристика поведения человека, определившего свое мировоззрение и место в жизни; это единство сознания и деятельности, переживания и поступка; это способ реализации базовых целей и ценностей личности в ее взаимоотношениях с другими. Позиционирование взрослого в пространстве детско-взрослой совместности потенциально является источником целого ряда образовательных процессов. Каждой педагогической позиции соответствует свой развивающий образовательный процесс: “родитель” - *выращивание* жизнеспособного человека; “умелец” - *формирование* специальных способностей; “учитель” - *обучение* всеобщим способам мышления и деятельности; “мудрец” - *воспитание* Всечеловеческого в человеке.

Названные позиции составляют практически всю материю нормальной совместной жизни детей и взрослых, хотя в реальной жизни в чистом виде они и не встречаются. Благодатное отношение конкретного взрослого к конкретному ребенку - это единственный в своем роде сплав педагогических позиций;

так из отдельных звуков складывается единый аккорд, а из исходных красок - новый цвет. Взрослым, строящим совместную с ребенком жизнь, нелишне представить себе состав и пропорции основных элементов, чтобы разобраться, кто же мы *реально* есть и кем можем быть в *реальных* отношениях с детьми.

Нарушения психологического здоровья в детском возрасте

Специалисты единодушны во мнении, что субъективное состояние ребенка имеет непосредственную связь с окружающей его обстановкой. Основывая свои выводы на анализе исследований, проведенных в различных странах мира, эксперты Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) констатировали, что нарушения психологического здоровья гораздо чаще отмечаются у детей, живущих в ситуации дисгармоничных отношений со взрослыми. “Уродливые человеческие отношения - вот обо что бьются и калечатся взрослеющие души” [20, с. 26]. В провалах и пустотах человеческих отношений вырастает *без-душность*, а еще, выражаясь словами Е. Шварца, “безрукые души, безногие души, глухонемые души, цепные души, легавые души, окайнные души... продажные души, прожженные души, мертвые души”.

Наиболее общими признаками дисфункциональных отношений взрослого и ребенка являются арефлексивность значимого взрослого (не подозревает, что **творит**, и не ведает, **что** творит, в совместном жизненном пространстве) и/или отчуждение им нравственных чувств (самоопределение “по ту сторону добра и зла”: душевная опустошенность, нигилизм, нравственный скептицизм, цинизм, моральное разложение). В числе пограничных состояний детско-взрослой общности выделяются следующие:

- *Со-бытийная оккупация и позиционная экспансия* определяются фиксацией взрослого на отождествлении и нарушением развития со-бытия со сдвигом в сторону симбиотической общности. Феноменология: гиперпротекция и сдерживание развития, ограничение инициатив, культивирование созависимости и беспомощности, инфантилизация и инвалидизация, подмена взрослым актуальности (потенциальности) ребенка собой. В пределе - гипертотожествление, характеризующееся бесцеремонностью “отношений”, оккупированностью жизненного мира ребенка, блокированием возможностей полноценного развития. Гипертотожествление может сопровождаться актами притеснения ребенка, еще не носящими тенденциозный характер.

- *Со-бытийная депривация и позиционный сепаратизм* определяются фиксацией взрослого на обособлении и нарушением развития со-бытия со сдвигом в сторону формальной общности. Феноменология: низкая эмоциональная заряженность взрослого ребенком, отстранение и самодисквалификация, гипопротекция и пренебрежение детскими нуждами. В пределе - гипербособление, характеризующееся отчуждением взрослого и беспризорностью, атомизированностью, одинокостью ребенка, депривированностью и незащищенностью его жизненного мира.

- *Со-бытийная лабильность и ролевой релятивизм* определяются диффузностью детско-взрослой общности в силу противоречивости, непоследовательности, необоснованности поступков взрослого. Амплитуда отклонения может колебаться от ситуативной воспитательной неуверенности и достигать уровня перманентной, глубокой диссоциированности отношений взрослого и ребенка. В результате ребенок лишен важного для душевного благополучия чувства стабильности, определенности и предсказуемости жизни. Характерной особенностью этого типа дисфункции является необходимость маневрировать (выживать) в режиме взаимоисключающих правил и

стандартов или в обстановке их отсутствия.

Каждый из трех вышеописанных типов в своем крайнем выражении несет угрозу выхода во *внутреннюю* или *внешнюю оппозицию*. Внутренняя оппозиция есть та или иная форма неприятия и/или попраения взрослым само-бытности ребенка; ситуация, когда взрослый представляет для ребенка реальную физическую или моральную угрозу: агрессия, растление, инцест, подавление, эксплуатация, хроническое травматизирование. Динамика детско-взрослой общности возможна и на основе негативных, антикультурных норм и ценностей. Внешнее противопоставление характеризуется враждебной настроенностью взрослого по отношению к другим людям, неприятием норм и правил общежития, культурных и духовных ценностей. Взрослый, в целом поддерживая жизнеспособность ребенка, навязывает крайние, деструктивные взгляды, осуществляет духовное кодирование, вовлекает ребенка в оппозицию здоровым, полноценным отношениям с человеческим сообществом, склоняет к отрицанию идеалов Истины, Добра и Красоты. К явным формам внешней оппозиции можно отнести криминалитет, экстремизм, сектантство. Существуют и скрытые формы, когда старшие дают пример ориентации на суррогатные социокультурные стереотипы и ценности, подспудно внушают младшим личностные установки и убеждения, препятствующие развитию качественных, дружелюбных, уважительных отношений с другими людьми (например, культ успеха и карьеризм, культ достатка и стяжательство, культ силы и конкурентность, культ рации и циничный прагматизм).

Дисфункции детско-взрослой со-бытийной общности представляют собой ситуации, когда нормальное развитие ребенка возможно скорее не благодаря, а вопреки фактическому отношению взрослого, являются источником и интерсубъективной формой нарушений психологического здоровья у детей. Эти нарушения называются *антропогениями*. Этимологически “антропогенный” означает “человеком обусловленный”, буквально - общее имя пагубного влияния взрослого на субъективное состояние и развитие ребенка. Психологическая сущность антропогений состоит в дисквалификации или патологизации субъективности ребенка и имеет специфические интрасубъективные проявления.

Пограничные состояния совместности взрослого и ребенка делятся на две группы. Дисфункции первого типа - со-бытийная оккупация, со-бытийная депривация, со-бытийная лабильность - характеризуются несостоятельностью базовых педагогических позиций и дефицитарностью образовательных процессов, закладывают у детей предпосылки биографических кризисов - переживаний *сиротства, нереализованности, бесперспективности и опустошенности* индивидуальной жизни. Дисфункции второго типа - внутренняя оппозиция и внешняя оппозиция - характеризуются деформированностью базовых педагогических позиций и извращенностью образовательных процессов, провоцируют *психогенные дизонтогении*, вызывают *ценностную дезориентированность* (табл. 3).

При неблагоприятном течении антропогении принимают устойчивые формы нарушений психологического здоровья человека, в основе которых - недоразвитие или дисгармоническое развитие субъективной реальности. Кроме того, есть серьезные основания полагать, что антропогении становятся предпосылкой возникновения психических, психосоматических, наркологических заболеваний.

Естественные ограничения детского возраста позволяют утверждать, что *нормативным субъектом сопереживания проблемной ситуации, несущей уг-*

розу психологическому здоровью ребенка или обусловленной выраженным нездоровьем, является детско-взрослая со-бытийная общность. Конкретные проблемные ситуации следует рассматривать в контексте возможностей восстановления и развития со-бытия ребенка и значимого взрослого. Реабилитация детско-взрослой общности и есть общий способ предупреждения и преодоления нарушений психологического здоровья детей.

Таблица 3.

Классификация антропогеней

Особенности отношения значимого взрослого	Специфические интрасубъективные проявления нарушений психологического здоровья у детей
несостоятельность позиции “родитель” , дефицитарность процесса <i>выращивания</i> жизнеспособного человека	комплекс сиротства переживается как одиночество, отчуждение и безродность, проявляется в душевной скупости, неискренности, отсутствии чувства здоровой сентиментальности по отношению к другим (“мауглизация” ⁶)
несостоятельность позиции “умелец” , дефицитарность процесса <i>формирования</i> специальных способностей	комплекс нереализованности проявляется в эффекте “педагогической запущенности”, практической ограниченности, неграмотности и неумелости
несостоятельность позиции “учитель” , дефицитарность процесса <i>обучения</i> всеобщим способам мышления и деятельности	комплекс бесперспективности проявляется в эффекте “выученной беспомощности”, социальной зависимости, конформности, размытости целевых ориентиров
несостоятельность позиции “мудрец” , дефицитарность процесса <i>воспитания</i> Всечеловеческого в человеке	комплекс опустошенности переживается как экзистенциальный вакуум, проявляется в отсутствии или скудности ценностно-смысловых оснований жизни, приземленности интересов, нравственном скептицизме, моральной неустойчивости (“синдром Кая” ⁷)
внутренняя оппозиция как извращенная форма отношения значимого взрослого к самобытности ребенка, психическая травматизация	психогения (спровоцированный психологический дискомфорт, психотравмирующие переживания) проявляется в тех или иных формах невротического реагирования и дизадаптивного поведения
внешняя оппозиция как извращенная форма отношения значимого взрослого к другим людям	ценностная дезориентированность проявляется в деструктивных субъективных установках, суррогатных предпочтениях, нетерпимости к инакости и бытовом экстремизме, криминальных склонностях, сектантстве

⁵ От латинского *complexus* (буквально – сочетание, связь) – совокупность эмоционально окрашенных (“аффективно заряженных”) психических образований (мотивов, интересов, установок), определяющих направленность и структуру сознательной жизни человека.

⁶ Имеются в виду крайние формы проявления безродности – “синдром Маугли” и “социальное сиротство”. Это дети, которые в раннем возрасте оказались лишены человеческой заботы и одичали, и дети-бродяжки, обитающие в подвалах или на вокзалах. Социально устроенных детей эта тенденция тоже не миновала. Связана она с разрывом межпоколенных связей и разобщением младших и старших.

⁷ По аналогии с состоянием мальчика – персонажа из сказки Г.Х.Андерсена “Снежная королева”. Это мальчик, которому в глаз попал осколок разбитого дьявольского зеркала, и его сердце «оледенело», по сути, стало невосприимчивым к истинному, доброму и прекрасному, и его внутренний мир опустел.

Психологическое здоровье как интегративный показатель качества и эффективности образования

Выведенные на основе антропологического принципа педагогические позиции - “родитель”, “умелец”, “учитель”, “мудрец” - символизируют начальные условия полноценного, гармоничного развития, фиксируют измерения педагогического профессионализма и ориентиры образовательной практики (табл. 4).

Таблица 4.

Педагогические позиции и цели образования.

Базовая педагогическая позиция	Специфика педагогической деятельности	Соответствующий образовательный процесс	Магистральная цель и предполагаемый результат образования
<i>Родитель</i>	Забота, чуткость и отзывчивость по отношению к детским нуждам и переживаниям, воодушевление любовью и волей к жизни	Выращивание жизнеспособного человека	<i>Жизнеспособность:</i> способность индивида заботиться о своей жизни, основанная на чувстве социальной укорененности и жизнелюбии
<i>Умелец</i>	Введение в культурно-деятельностные сферы с целью их освоения	Формирование специальных способностей (придание им образцовых форм)	<i>Функциональная грамотность и компетентность</i> субъекта деятельности, трудолюбие
<i>Учитель</i>	Культивирование самостоятельности и продуктивности мышления и деятельности	Обучение универсальным способам мышления и деятельности	<i>Инициативность и креативность</i> субъекта деятельности, любознательность
<i>Мудрец</i>	Духовное наставничество, поддержка в сущностном познании, определении жизненного замысла, выстраивании личностной позиции	Воспитание Все-человеческого в человеке	<i>Человечность:</i> духовная целостность, единство со-бытийности и самобытности субъекта жизнедеятельности, стремление к осмыслению действительности и самосовершенствованию, человеколюбие и жизнестойкость

Понятия “жизнеспособности” и “человечности” уже были определены как “альфа и омега” в структуре психологического здоровья.

Функциональная грамотность предполагает усвоение знаний, лежащих в основе правил, норм, способов деятельности, понимание этих правил, готовность к их соблюдению.

Компетентность характеризуется способностью ориентироваться и качественно решать задачи в различных сферах практической деятельности на базе имеющихся знаний.

В сочетании функциональная грамотность и компетентность наделяют способностью действовать, обеспечивают возможность реализации человеком своих социальных и профессиональных функций.

Инициативность – это характеристика деятельности, поведения и личности человека, означающая его способность действовать по внутреннему побуждению, в отличие от реактивности – поведения, осуществляемого только в ответ на внешние стимулы.

Креативность определяет актуализацию творческого потенциала человека в условиях той или иной деятельности, проявляется в обнаружении нестандартных решений, гибкости, оригинальности, изобретательности подходов и действий.

В сочетании инициативность и креативность предполагают способность схватывать суть дела и на этой основе распоряжаться приобретенными знаниями, умениями и навыками, действовать самостоятельно и продуктивно, адекватно реагировать на изменяющиеся условия, быть готовым к постановке передовых проблем и прогрессивных целей.

Данная теоретическая модель позволяет выявить соответствие между представлениями о целях образовательной практики и представлениями об атрибутах психологического здоровья. Анализ концепций психологического здоровья показал, что они могут быть поняты как варианты содержательного раскрытия, интерпретации ориентиров и достижений образовательного процесса, связанных с личностным развитием (табл. 5).

Составленные исследователями описания психологического оптимума жизнедеятельности человека с известной долей условности отражают идеальные результаты образования. Это дает возможность

- *рассматривать психологическое здоровье в качестве показателя эффективности образовательных стратегий;*
- *утверждать, что образование, направленное на актуализацию личностного начала в ребенке, формирующее с необходимостью нравственную позицию человека, является оптимальной (естественной) формой поддержания психологического здоровья детей.*

Основу такого образовательного пространства составляет детско-взрослая со-бытийная общность. Проблема психологического здоровья здесь сводится к вопросу о том, что и кто образуется в развитии как квинтэссенция его результатов, больших и малых новообразований, как субъективный настрой и духовный облик взрослеющего человека. В этом смысле “психологическое здоровье” – это предельная категория, которая носит интегративный и целостный характер. Задача педагогов и психологов сводится к тому, чтобы уметь анализировать в каждом конкретном случае меру соответствия хода и достижений индивидуального развития вектору и закономерностям нормальной субъективации; определять насколько ситуация развития отвечает педагогической сверхзадаче – развитию ребенка как человека. Вопрос реальных влияний современного образования на психологическое здоровье детей – это повод для специальных исследований и дискуссий.

Таблица 5.

Соотнесение описательных моделей психологического здоровья и целей образования.

Авторы концепций психологического здоровья	Цели образования				
	Жизнеспособность	Функциональная грамотность, компетентность	Самостоятельность, инициативность, креативность	Духовная целостность	
				Самобытность	Событийность
Э.Фромм [18; 176-178]	счастье всевозрастающей любви к жизни	дисциплина	• способность критического, реалистического мышления; • воображение как способность предвидеть реальные возможности	• чувство идентичности и уверенности в себе; • ощущение себя на своем месте; • глубокое, всестороннее самопознание и саморазвитие; • свобода, как возможность быть самим собой	• любовь и уважение к жизни во всех ее проявлениях; • освобождение от нарциссизма и развитие способности к любви; • внутренняя потребность в сопричастности и единении с миром; • плодотворная деятельность во благо ближних; • радость, получаемая от служения людям
Г.Олпорт [3; 145-149]	увлеченность жизнью	наличие квалификации, знаний и практических умений в сфере профессиональной деятельности	• умение определить приоритеты; • стремление к достижению лично значимых и реалистичных целей	• способность посмотреть на себя "со стороны", самопознание, наличие ясных представлений о своих достоинствах и недостатках; • самопринятие, развитие положительного образа себя; • активизация истинного эго; • определенность ценностных основ индивидуальной жизни; • чувство юмора, препятствующее	• способность к теплым, сердечным межличностным отношениям; • умение проявить глубокую любовь и искреннюю привязанность к членам семьи и близким друзьям, не обесценивая свое отношение эгоцентричными притязаниями и ревностью; • активное участие в семейных, профессиональных

				самовозвеличиванию, не нанося ущерба самоуважению	нальных и общественных контактах, понимание и сочувствие не только близким, но и дальним
К.Роджерс [10; 233-251]	способность проявлять гибкость к новизне конкретного момента и продуктивно приспосабливаться к изменяющимся внешним условиям		- самостоятельность в мыслях и поступках; - созидательный характер деятельности	- открытость внутреннему опыту переживаний; - способность благоразумно следовать своим подлинным чувствам и побуждениям; - доверие к сигналам своего организма и интуиции; - выбор целей и ценностей, принятие ответственности за собственную жизнь, стремление даже вопреки обстоятельствам сохранять самобытность, оставаться верным себе и своему пути	открытость внешнему миру
А.Маслоу [7; 224-252]	переживание самоценности жизни		- устойчивость к влиянию чужого мнения, рекламы, пропаганды; - стремление самостоятельно мыслить и действовать, формировать свои оценки и суждения, следовать собственным вкусам и представлениям; “здорово-мыслие”, точность оценок и прогнозов, четкое отделение знания от незнания,	- богатство субъективного опыта, спонтанность внутренней жизни, самобытность и своеобразие поведения; - трезвый, взвешенный взгляд на свои достоинства и изъяны; - принятие себя; - автономность, потребность в неприкосновенности субъективного мира и сохранении чувства внутренней	- переживание своей принадлежности к роду человеческому, выраженное в великодушном, терпимом и доброжелательном отношении к другим людям; - способность к глубоким привязанностям; - позитивная социальная позиция, служение как альтернатива равнодушию и эгоцен-

			конкретных фактов от мнения по поводу этих фактов, существенных явлений от видимостей; • наличие творческих способностей, оригинальность и изобретательность; • стремление привнести смысл и эмоциональный заряд в рутинную, прозаическую, но необходимую работу, умение получать удовлетворение от процесса деятельности	свободы; • ощущение своего призвания; • стремление следовать собственным принципам и убеждениям; • самообладание, жизнестойкость и способность к самовосстановлению; • философское чувство юмора и способность к самоиронии	тризму; • чувство долга, забота о благе близких людей, работа в интересах своих сограждан и всего человечества; • обращенность к фундаментальным проблемам человеческого бытия и перспективам развития цивилизации; • твердость моральных устоев, определенность и последовательность в нравственном сознании и поведении; • ощущения трансценденции “Я” и гармонии с миром
Б.С.Братусь [1; 24-50]			• творческий, целетворящий характер жизнедеятельности; • возможность самопроектирования будущего; • вера в осуществимость намеренного	• потребность в позитивной свободе; • способность к свободному волепроявлению; • стремление к обретению сквозного общего смысла своей жизни; • ответственность перед собой	• отношение к другому человеку как к самоценности, как к существу, олицетворяющему в себе бесконечные потенции рода “человек”; • способность к децентрации, самоотдаче и любви как способу реализации этого отношения; • ответственность перед другими, прошлыми и будущими поколениями

Заключение

В самом начале в качестве ориентиров изложения темы были сформулированы три вопроса:

1. Что можно сказать по существу проблемы психологического здоровья человека?
2. В чем специфика психологического здоровья и его нарушений в детском возрасте?
3. Каковы практические возможности обеспечения и восстановления психологического здоровья детей?

Результаты исследования позволяют дать на них лаконичные ответы:

1. В своем предельном выражении категория “психологическое здоровье” фиксирует антропоцентрический эталон здоровья, определяет направленность развития и характер актуализации собственно человеческого в человеке.
2. Психологическое здоровье детей имеет ясно выраженную интерсубъективную природу, т. е. зависит от состояния и отношения естественного человеческого окружения.
3. Образование, выделяющее в качестве приоритета развитие ребенка как человека, является оптимальной формой обеспечения психологического здоровья детей. Общим способом восстановления психологического здоровья ребенка является нормализация детско-взрослой со-бытийной общности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Братусь Б.С. Аномалии личности. М.: Мысль, 1988.
2. Братусь Б.С. Образ человека в гуманитарной, нравственной и христианской психологии / Психология с человеческим лицом: гуманистическая перспектива в постсоветской психологии / под ред. Д.А.Леонтьева, В.Г.Щур. - М.: Смысл, 1997. - С. 67-91.
3. Васильева О.С., Филатов Ф.Р. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки. - М.: Академия, 2001.
4. Василюк Ф.Е. От психологической практики к психотехнической теории // Московский психотерапевтический журнал, 1992, № 1. - С. 15-32.
5. Каган В.Е. Психология и психотерапия: гуманизация и интеграция / Психология с человеческим лицом: гуманистическая перспектива в постсоветской психологии / под ред. Д.А. Леонтьева, В.Г. Щур. - М.: Смысл, 1997. - С. 111-123.
6. Маслоу А.Г. Дальние пределы человеческой психики. - СПб.: Евразия, 1997.
7. Маслоу А.Г. Мотивация и личность. - СПб.: Евразия, 1999.
8. Никифоров Г.С. Психология здоровья. - СПб.: Речь, 2002.
9. Практическая психология образования / под ред. И.В.Дубровиной. - М.: ТЦ Сфера, 1997.
10. Роджерс К.Р. Взгляд на психотерапию. Становление человека. - М.: Прогресс, 1994.
11. Слободчиков В.И. Что развивается в образовании, что образуется в развитии / Развитие и образование особенных детей: проблемы, поиски / под ред. В.И. Слободчикова. М., 1999. - С.16-22.
12. Слободчиков В.И. Очерки психологии образования. - Биробиджан: Изд-во БГПИ, 2003.
13. Слободчиков В.И., Исаев Е.И. Психология человека. - М.: Школа-Пресс, 1995.
14. Слободчиков В.И., Исаев Е.И. Психологическая антропология. Психология развития человека. - М.: Школьная Пресса, 2000.

- 15.Слободчиков В.И., Шувалов А.В. Антропологический подход к решению проблемы психологического здоровья детей // Вопросы психологии, 2001, № 4. - С. 91-105.
- 16.Слободчиков В.И., Шувалов А.В. Психологическое здоровье детей как показатель качества образования / Мир технологий. - Минск: Технопринт, 2001, № 3-4. - С. 84-100.
- 17.Франкл В. Человек в поисках смысла. - М.: Прогресс, 1990.
- 18.Фромм Э. Иметь или быть? - М.: Прогресс, 1990.
- 19.Хамитов Н. Философия человека: от метафизики к метаантропологии. - Киев: Ника-Центр, 2002.
- 20.Цукерман Г., Слободчиков В. Мы, взрослые и остальные люди // Семья и школа, 1989. № 11. - С. 18-20; № 12. - С. 19-21; 1990, №1. - С. 26-28, 52; №2. - С. 33-36.
- 21.Шувалов А.В. Презумпция человечности / Развитие и образование особенных детей: проблемы, поиски / под ред. В.И. Слободчикова. - М., 1999. С. 66-68.
- 22.Шувалов А.В. Проблемы развития службы психологического здоровья в системе дополнительного образования детей // Вопросы психологии, 2001. № 6. С. 66-79.
- 23.Шувалов А.В. Служба психологического здоровья в учреждении дополнительного образования детей. Вып. 4, 5. - М.: ЦРСДОД, 2002. (Серия: "Библиотечка для педагогов, родителей и детей").
- 24.Шувалов А.В. Служба психологического здоровья детей (методологические аспекты). - М.: ЦРТДиЮ "Лефортово", 2004.
- 25.Шувалов А.В. Гуманитарно-антропологические основы теории психологического здоровья // Вопросы психологии, 2004. № 6. - С. 18-33.
- 26.Юнг К.Г. Проблемы души нашего времени. - М.: Прогресс, 1993.

Виктор Каган ^{(с) 2008}

КОММЕНТАРИЙ К СТАТЬЕ А.В. ШУВАЛОВА⁸ «АНТРОПОЛОГИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ»

К собственно антропологии, на мой взгляд, статья имеет весьма косвенное отношение и лишь с изрядными натяжками может быть отнесена к введенной К.Д. Ушинским «антропологической педагогике» либо – шире – к прикладной антропологии. Смысловое поле статьи задается понятием психологического здоровья и идеей, согласно которой «Перед практическими психологами, педагогами, врачами встает задача по преодолению узкопрофильного мышления и освоению междисциплинарного пространства, в котором действуют нормы многообразия, открытости, диалога».

Будучи безусловным сторонником многомерного подхода к здоровью, должен, тем не менее заметить, что методология построения статьи опирается на эклектику в не самом лучшем понимании этого слова. Уже во введении Автор рядопологает *антропологическую модель субъективной реальности* и ее развития в онтогенезе (в списке литературы эта модель никак не отражена)

⁸ Учитывая концептуальный и дискуссионный характер статьи А.В. Шувалова, Редакция сочла целесообразным обратиться с просьбой прокомментировать ее к одному из ученых, на кого ссылается автор.

с принципом *трансметодичности в психотерапии* и тут же берет за основу *психотехнический подход*, задающий задачи дальнейшего рассмотрения выдвигаемой им проблемы. Как автор понятия *трансметод(олог)ическая психотерапия*, я не могу не отметить, что оно никак не связано ни с антропологической моделью субъективной реальности, ни – тем более – с психотехникой. Свой подход Автор статьи обосновывается не имеющей отношения к научному анализу и более чем сомнительной риторикой о необходимости «безопасного образования» и «предотвращения социальной, личностной и нравственной деградации подрастающих поколений». Согласно Автору, работники системы образования оказываются представителями «помогающих профессий». На этом можно было не задерживаться, если бы такого же рода эклектика не определяла рассмотрение психологического здоровья – по Автору, эвристического (т. е., опирающегося как раз на совокупность логических приемов и методических правил теоретического исследования и отыскания истины) понятия.

В общем банальные рассуждения о *здоровье человека* завершаются никак не следующим из них утверждением: «Термин *психологическое здоровье человека* фиксирует два категориальных словосочетания: *психология здоровья* и *психология человека*. На стыке этих областей знания возникает теория психологического здоровья». Здесь, по существу, запрограммирован основной методологический сбой, позволяющий автору выводить понятие *психологического здоровья* из понятия о *психологии здоровья*, обращенной к тому, как переживаются различные состояния здоровья/болезни и как эти переживания влияют на состояние здоровья.

Мнение о том, что центральным объектом изучения психологии здоровья должна выступать здоровая личность, с учетом того что у 70%-75% популяции выявляется симптоматика невротического регистра, мне представляется сомнительным, равно как и подгонка под определение здоровой личности взглядов Э. Фромма, Г. Олпорта, К. Роджерса, А. Маслоу, В. Франкла и Б. Братуся. Совершенно не очевидно, что зрелая (по Г. Олпорту) личность будет нравственно здоровой (по Б. Братусю), а полноценно функционирующая (по К. Роджерсу) личность будет обладать продуктивным характером (по Э. Фромму), как и вполне очевидно, что стремление к поиску и реализации смысла своей жизни (по В. Франклу) отнюдь не обязательно является залогом жизнеспособности и психологического благополучия. Что касается надежды А. Маслоу на вневременную и внекультурную теорию психологического здоровья, то ее утопичность опровергается той самой антропологией, в частности – культурной антропологией, которую А. Шувалов ставит во главу угла, полагая, что «... категория *психологическое здоровье* в ее сложившемся понимании фиксирует антропоцентрический эталон здоровья» [для меня смысл этого утверждения остается загадочным: антропоцентризм – воззрение, согласно которому человек есть центр и высшая цель мироздания; и тогда что такое *антропоцентрический эталон здоровья*? О каком *сложившемся понимании* идет речь, если Автор только обосновывает понятие психологического здоровья? – В.К.]

Обращаясь к *философским источникам подходов к проблеме психологического здоровья*, Автор дает беглый и поверхностный обзор, подводящий к сопоставлению социо- и персонцентризма (родового и индивидуального), почему-то отождествляемых с альтруистическим и эгоистическим, и построению таблицы, суммирующей построенную на них типологию подходов к проблеме психологического здоровья (еще раз замечу, что понятие психо-

логического здоровья пока Автором не сформулировано). Автор, безусловно, прав, не абсолютизируя их как альтернативные и настаивая на их взаимодополнительности. Но вот как он описывает, исходя из этого, психологически здорового человека: «Вера в собственное предназначение и чувство долга, самосовершенствование, стремление к личным достижениям и самоотдача, служение людям, делу, истине являются атрибутами свободно-личностного отношения к жизни, модальностями духовного бытия ...». Это портрет Сократа, А.Д. Сахарова, фанатичного члена нацистской или коммунистической партии, сегодняшнего скинхеда? Каким образом эта атрибутика, равно присущая и свободно-личностному отношению к жизни, и тоталитарной ментальности, оказывается описанием психологического здоровья?

Трудно спорить с Автором относительно роли гуманитарной (он говорит – гуманитарно-антропологической) парадигмы в снятии противоречий социо- и персоноцентрических подходов. Однако, тут Автор делает совершающее переворот в этимологии «открытие», выводя происхождение гуманитарности не только из *humanus*=человечный, но и из *humus* (Автор переводит это слово как *почва*, хотя, на самом деле, *гумус* это совокупность органических соединений, находящихся в почве, но не входящих в состав живых организмов или их остатков, сохраняющих анатомическое строение; такая гумусная гуманитарность не вызывает ничего, кроме удивления).

Переходя к *психологии человека*, Автор, по существу, продолжает философский раздел своей статьи и заключает весьма поверхностный анализ таким образом: «Определением духовного бытия человека является свобода от принуждения и давления всего, что относится к жизни, включая влечения, пристрастия и прельщения собственной самости. Введение представления о саморазвитии, как способности духовной работы над собой, есть фактическое признание сверх-естественной сущности человека ...». Да простит меня Автор (ничего личного – я говорю только о тексте), но отрывок этот – типичный пример «ученого резонерства», складывающего вполне понятные слова в нечто непостижимое, несколькими строками ниже прикрываемое зонтиком понятия о Богочеловечестве.

И далее Автор обращается к антропологической модели психологического здоровья, начиная ее рассмотрение с парадоксального утверждения: «Предельные категории психологической антропологии – субъективная реальность и со-бытийная общность – позволяют строить предметно-теоретические основания теории **психологического здоровья**, утверждать сугубую специфику **психического здоровья** человека» (выделено мной – В.К.). «Основу психологического здоровья человека, - пишет Автор, - составляет нормальное развитие субъективной реальности в онтогенезе», тут же оговаривая, что «норма» – «это ... указание на возможности высших достижений для данного возраста». Так с опорой на мнение Г.А. Цукермана и В.И. Слободчикова (норма – то лучшее, что возможно в конкретном возрасте для конкретного человека при соответствующих условиях развития) совершается подмена понятия идеальной нормы понятием нормы индивидуальной.

И теперь, наконец, появляется определение психологического здоровья: «... состояние, характеризующее процесс и результат нормального [см. выше представление Автора о норме – В.К.] развития субъективной реальности в пределах индивидуальной жизни; максима [словари утверждают, что *максима* это вид афоризма, моралистическая по содержанию разновидность сентенции; обычно выражается в констатирующей или наставительной форме –

В.К.] психологического здоровья есть интеграл (т. е. единство, полнота и цельность) жизнеспособности и человечности индивида». Описанные Б.С. Братусем векторы идеального развития человеческой субъективности Автор рекомендует как критерии психологического здоровья. Позволительно спросить, как в таком случае Автор оценивает представленность психологически здоровых людей в популяции?

Нарушения психологического здоровья описываются через беглое эклектическое смешение критериев медицинской и нравственной психологии [замечу, что это как раз то, что противопоказано помогающей психологии с ее «превращением этического» – психолог перестает быть психологом с того момента, как начинает воспринимать сидящего перед ним человека сквозь призму общей этики – В.К.]. При этом уже не удивительно, что критериями нарушенного психологического здоровья оказываются *неспособность самостоятельно делать нравственный выбор и отчуждение нравственных чувств и добродетельных устремлений – малодушие и криводушие*. Эти негативные коннотации, уместные в обсуждении нравственности, опасны и вредоносны в помогающей психологии.

Опуская обсуждение раздела об *условиях психологического здоровья в детском возрасте*, замечу только, что в определенных мере и смысле он может быть приемлемым в рамках общепедагогических рассуждений. Сами же условия рассматриваются в следующем разделе. Здесь, по моему мнению, давно известные и неоднократно обсуждавшиеся вещи просто переведены на язык концепции Автора.

В заключительной части автор рассматривает психологическое здоровье как показатель эффективности образовательных стратегий и утверждает, что «образование, направленное на актуализацию личностного начала в ребенке, формирующее с необходимостью нравственную позицию человека, является оптимальной (естественной) формой поддержания психологического здоровья детей». Хотя автор и оговаривает, что развитие ребенка как человека является педагогической сверхзадачей, выведение психологического здоровья на уровень показателя эффективности педагогических стратегий возвращает нас к идеологизированной, тоталитарной модели образования, между тем как главная, магистральная задача образовательной системы сегодня состоит в том, чтобы научить детей учиться, соблюдая в ходе педагогических отношений человеческие права детей и следуя принципу «не навреди». Именно этому и служат со-бытие ребенка и педагога, принципы командной работы (team work) педагогов, социальных работников и психологов, никак не отменяя того факта, что воспитательные задачи и формирование личности совершаются в гораздо более широком круге взаимодействий, чем представляет собой система образования.

Результаты исследования не менее спорны, чем само исследование. Психологическое здоровье отражает не реальность психологии ребенка, а «фиксирует антропоцентрический эталон здоровья» – даже если учесть отмеченную выше неадекватность термина «антропоцентрический» и сказать «антропологический», это утверждение не имеет практических следствий из него. Для того, чтобы выяснить, что психологическое здоровье зависит состояния окружения и отношений с ним, не нужно было проводить данное исследование для этого изобретения велосипеда. На положении об образовании как оптимальной форме обеспечения психологического здоровья детей я уже останавливался. Оно не более обосновано, чем было бы представление о службе детской хирургии в той же роли.

Если представленные в статье взгляды и есть то, что должны усвоить практические психологи, педагоги и врачи для «преодоления узкопрофильного мышления и освоения междисциплинарного пространства», как формулирует задачу Автор в начале статьи, то задача эта, во-первых, нереалистична, а во-вторых, к счастью нереалистична. В целом статья напоминает типичные образцы творчества в недрах АПН СССР – главная и единственная их польза достигалась тогда, когда они оставались параллельными практическому образованию и не пересекались с ним. В этой связи не могу не вспомнить полуторачасовой доклад двух сотрудниц АПН об их исследовании семейного воспитания, грубо нарушавшем этические правила таких исследований, методологические и статистические требования. По окончании доклада я задал вопрос о том, каковы результаты практического внедрения их исследования в практику семейного воспитания. В ответ я услышал высокомерную и возмущенную отповедь: «Это же те-о-ре-тичес-кое исследование!» и нажил двух врагов. Возвращаясь к комментируемой статье, должен сказать, что она, на мой взгляд, как раз такое теоретическое исследование. Могу разделить пафос намерений Автора, но вынужден был обсуждать текст, а не замысел.

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

Р.Е. Соколов

ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ОСТРЫХ МАНИФЕСТНЫХ ПСИХОЗОВ У ПОДРОСТКОВ НЦ психического здоровья РАМН (Москва).

В связи с активным изучением в последнее время психофармакологических препаратов нового поколения, особенностей лекарственного патоморфоза, влияния возрастного фактора на развитие и течение шизофрении представляют интерес вопросы терапии манифестных психозов у подростков. Эффективность купирования психотических эпизодов, оптимальная методика терапии оказывают важное влияние на дальнейшую динамику заболевания, социальное функционирование подростка и способствуют его более полной адаптации к изменениям жизненных стереотипов, возникающих в процессе взросления.

Материал и методы исследования: Настоящая работа проводилась в женском подростковом отделении ПКБ № 15 г. Москвы. Критериями включения пациентов в исследование были возраст 15-17 лет, соответствие состояния рубрике острого психотического эпизода (F23, F25, по МКБ-10), отсутствие выраженных форм органического заболевания ЦНС, умственной отсталости и тяжелой соматоневрологической патологии. Все больные находились на стационарном лечении. В обследование вошли 40 пациенток, ранее не принимавших нейролептики; из них 8 - принимали антидепрессанты (препараты зверобоя, коаксил), легкие транквилизаторы в связи с имевшими место расстройствами невротического круга, протекавшими изолированно либо в структуре инициального этапа психоза. Диагностическое обследование больных включало ЭКГ, ЭЭГ, эхоэнцефалографию, консультации врачей-интернистов. При оценке эффективности антипсихотической терапии использовалась шкала общего клинического впечатления (CGI) и шкала позитивных и негативных симптомов (PANSS).

У исследуемых больных в преморбиде наиболее часто встречались циклоидные, реже шизоидные личностные черты. В инициальном периоде эти акцентуации усиливались, имели место ситуационные депрессивные расстройства, появлялись неразвернутые метафизические идеи сверхценного характера, дисморфобии, в единичных случаях - нарушения поведения с появлением не свойственных пациентам ранее увлечений. Возникало ощущение нарушения течения мыслей, снижалась успеваемость, много времени подростками уделялось общению в Интернете. В состоянии больных определялся ряд особенностей, свойственных подростковому возрасту: неустойчивость эмоциональной сферы, оппозиционное отношение к общепринятым нормам. Более чем в 2/3 случаев больные не наблюдались у психиатра до госпитализации, что затрудняло их своевременную диагностику и лечение.

При терапии манифестных психотических состояний у подростков учитывалось ряд особенностей:

1. Применение относительно меньших дозировок препаратов с их более

постепенным титрованием, чем у взрослых, в связи с особенностями подростковой психофизиологии и повышенной чувствительностью к психофармакотерапии. Для больных данной возрастной группы характерны дисбаланс в эндокринной системе, наибольшая интенсивность иммунологических процессов и незрелость мозговых структур, что обуславливает риск формирования экстрапирамидных и соматических побочных эффектов.

2. Ограничение выбора препаратов списком зарегистрированных лекарственных средств, разрешенных к применению у подростков, либо использование не включенных в список препаратов - как исключение, при наличии положительных результатов их апробации в клинике психиатрии и наркологии МГМСУ и согласия родственников больных. Учитывалась нежелательность полифармакотерапии с предпочтением монотерапии данными препаратами.

3. Необходимость мониторинга физического состояния больных для выявления возможных эндокринных и метаболических нарушений, возникающих в процессе терапии и последующего их устранения под динамическим наблюдением эндокринолога.

4. Комплексный подход с применением наряду с медикаментозным лечением психотерапии, психокоррекции и семейного консультирования родственников пациентов, а также лечебно- педагогических и реабилитационных мероприятий

По структуре психотические приступы были неоднородными и включали: острые аффективно-бредовые состояния с преобладанием бреда восприятия и воображения (18 больных); клинически полиморфные состояния с незавершенной симптоматикой и трудностью выделения ведущего психопатологического синдрома (9 больных); галлюцинаторно-параноидные приступы с преобладанием синдрома Кандинского-Клерамбо и вербального галлюциноза (8 больных); онейроидно-кататонические приступы (5 больных).

Полученные результаты и их обсуждение. При купировании острых психотических эпизодов условно можно было выделить несколько этапов, различающихся по задачам и предпочтительности терапевтической тактики:

На *первом этапе* состояние больных характеризовалось выраженным психомоторным возбуждением с полиморфной психотической симптоматикой: растерянностью, явлениями инсценировки, наличием вербального галлюциноза, бредом отношения и преследования, синдромом овладения, что определяло поведение больных (деструктивные действия с агрессией, суицидальная направленность, отказ от еды). Поскольку выраженность этих расстройств существенно снижала способность больных критически оценивать свое состояние, значительно уменьшались комплаентность и терапевтическое взаимодействие с врачом. Одной из основных задач в начале терапии являлось купирование психомоторного возбуждения, что достигалось, прежде всего, психофармакотерапией. Первичный выбор препарата осуществлялся с учетом нескольких факторов:

- силы его седативного и общего антипсихотического действия. Выбор препаратов проводился по принципу клинической обоснованности и дифференцированности показаний к применению. Осуществлялась непрерывность терапевтического воздействия на всем протяжении приступа;
- адекватности форм и способов введения, способствующих максималь-

но быстрому купированию состояния. Наиболее распространенными лекарственными формами для парентерального введения считаются традиционные нейролептики, которые обладают выраженным антипсихотическим действием. Вместе с тем их применение имеет ряд серьезных ограничений, учитывая их плохую переносимость подростками, частоту возникновения экстрапирамидной симптоматики, влияние на сосудистый тонус и возможные осложнения со стороны внутренних органов.

Наибольшим седативным и мощным антипсихотическим действием обладал клопиксол-акуфаз (8 больных) с кратностью введения 1 раз в 3 дня внутримышечно в дозе 100 мг, а при стойком возбуждении и агрессии - через день. Действие препарата проявлялось уже через несколько часов после введения и продолжалось до двух суток. В среднем для купирования возбуждения достаточно было 3-4 инъекций. У всех пациенток отмечалась положительная динамика: больные становились доступнее в переживаниях, уменьшались напряженность и подозрительность, снижался риск опасности для себя и окружающих. При маниакально-бредовых состояниях наиболее эффективно применялся галоперидол (9 больных) в суточной средней терапевтической дозе 10-15 мг внутримышечно, курс парентерального лечения составлял 7-10 дней. Препарат оказывал мощное воздействие на галлюцинаторно-бредовую симптоматику, обладал антиманиакальным действием, купировал кататонические проявления. Астенизированным пациентам и лицам с низкой массой тела галоперидол назначался в каплях, начиная с 1 мг (10 капель) с ежедневным прибавлением по 1-2 капли в день до наступления улучшения. В состояниях стойкого возбуждения при отсутствии склонности к гипотонии, нарушений атриовентрикулярной проводимости, тахикардии под динамическим контролем показателей сосудистого тонуса эпизодически делались внутримышечные инъекции аминазина в разовой дозе 50 мг. Три пациентки со стойким психомоторным возбуждением получали курсовое лечение аминазином в суточной дозе 150 мг. При появлении двигательной заторможенности и своеобразной нивелировки аффекта, если позволяло состояние больных, аминазин заменяли хлорпротиксеном. Последний не вызывал и не усиливал возникающую в ходе терапии депрессивную симптоматику; в то же время успешно купировал тревогу и был эффективен при расстройствах сна, часто использовался при полифармакотерапии. Больные получали хлорпротиксен в дозе 25 мг 3 раза в день, при нарушениях сна препарат распределялся преимущественно на ночь. Общая длительность приема варьировала от 1 до 2 месяцев. Ранее широко применявшийся трифтазин в инъекциях в обследованном контингенте обнаруживал невысокую активность, его получали 4 пациента в течение первой недели лечения, во всех случаях возникала необходимость перевода больных на другой препарат.

Препаратами выбора в лечении острых манифестных психозов, по данным современной литературы [4, 5, 7, 10 и др.], в настоящее время все чаще становятся атипичные нейролептики, не вызывающие экстрапирамидных и когнитивных нарушений и обладающие влиянием как на позитивные, так и на негативные психопатологические симптомы (азалептин, рисполепт, оланзапин, zipрасидон, сероквель). У 3 больных с успехом использовался оланзапин, в процессе терапии которым практически не наблюдалось экстрапира-

мидных нарушений, не возникала необходимость применения корректоров. Перевод больных с лечения традиционными нейролептиками на прием оланзапина проводили по индивидуальным показаниям как методом одномоментной отмены, так и постепенно. Оланзапин внутримышечно применялся у 2 больных в дозе 10 мг 2 раза в день и эффективно купировал явления кататонического ступора с отказом от еды. При смене терапии на оланзапин симптомы восковой гибкости и мышечной ригидности необходимо было дифференцировать с развившимися на предшествующем лечении экстрапирамидными нарушениями, которые редуцировались в дальнейшем в этих случаях без применения корректоров. Наиболее частыми нежелательными явлениями при применении оланзапина являются повышение аппетита и увеличение массы тела. Через 5-7 дней больные переводились на пероральную форму, при этом сохранялся выраженный седативный и антипсихотический эффект.

Несколько меньшим седативным действием обладал рисполепт, который получали в виде раствора 5 человек в начальной дозе 1 мг, эффект при его применении обнаруживался в первые часы после приема. Во время терапии рисполептом не наблюдалось отчетливой идеомоторной заторможенности; с повышением дозы до 6 мг в сутки при двукратном приеме редуцировалась бредовая и галлюцинаторная симптоматика преимущественно у больных с более длительным инициальным периодом, постепенным нарастанием симптоматики. При купировании острейших состояний шизоаффективной структуры и связанного с ними психомоторного возбуждения рисполепт оказался менее эффективным по сравнению с оланзапином. Хотя переносимость при его применении была относительно хорошей, все же возникала необходимость назначения корректоров экстрапирамидных расстройств. У трех больных выявлялись симптомы гиперпролактинемии в виде галактореи и нарушений менструального цикла. Использовалась и его быстрорастворимая форма - рисполеп-квиклет (2 больных), с постепенным повышением дозировок с 1 мг до 6 мг.

В случаях стойко выраженной тревоги назначался азалептин 25-75 мг в сутки с преимущественным распределением дозы во второй половине дня и на ночь. В более высоких дозах он обнаружил мощное антипсихотическое действие в резистентных к терапии случаях. При инсомнии проводилось кратковременное комбинированное курсовое лечение транквилизаторами (реланиум, афобазол, клоназепам). С целью коррекции экстрапирамидных расстройств с начала лечения использовались циклодол до 6-8 мг в сутки и нейрометаболические стимуляторы с седативным компонентом (пантогам, пикамилон, фезам), внутримышечно вводились витамины группы В. Купирование психомоторного возбуждения достигалось в среднем в течение 3-7 дней, больные становились доступнее в переживаниях, уменьшались негативизм и агрессия.

На следующем этапе – купирования ведущих психотических синдромов, которые были представлены галлюцинаторно-бредовым, аффективно-бредовым, онейроидно-кататоническим, учитывалось избирательное антипсихотическое действие препаратов. Главным условием достижения оптимального терапевтического эффекта являлось определение ведущего синдрома. В течение этого периода постепенно начинало происходить обратное развитие приступа. Наиболее широко у подростков применялся клопиксол, обладающий широким терапевтическим диапазоном и благоприятным профи-

лем переносимости. Суточная доза клопиксола у 11 пациентов достигала 15-20 мг, 3 больным требовалось ее повышение до 30 мг. Выраженный эффект на этом этапе терапии отмечался при применении галоперидола (12 больных) в среднесуточной дозе от 10 до 15 мг. В случаях низкой переносимости галоперидола (3 больных) использовался этаперазин - 15-30 мг в сутки, который уступал по влиянию на психотическую симптоматику галоперидолу, но вызывал меньше экстрапирамидных расстройств.

Использование у 2 больных оланзапина в дозе до 20 мг в сутки редуцировало явления онейроидно-кататонического ступора с негативизмом. Галлюцинаторно-бредовая симптоматика и синдром психического автоматизма (5 больных) успешно купировались рisperолептом с постепенным повышением дозы до 6 мг в сутки. При замене традиционных нейролептиков на рisperолепт отмечалось уменьшение экстрапирамидных расстройств, больные становились активнее, улучшалась работоспособность, структурировалось мышление. Зипрасидон использовался у 4 пациентов, начиная с 60 мг с доведением суточной дозы до 120-160 мг. В отличие от других антипсихотиков, он оказывает блокирующее действие на 5Н1А рецепторы, активация которых ассоциируется с тревогой. Это действие учитывалось при лечении депрессивного и обсессивно-компульсивного компонента в структуре приступа, что позволяло купировать указанную симптоматику на дальнейших этапах терапии без добавления антидепрессантов. А вот при применении сероквеля (3 больных), несмотря на достаточно быстрое доведение суточной дозы до 400 - 600 мг отмечалось заметное ухудшение состояния, в связи с чем препарат был отменен. Хотя нельзя не отметить, что лечение сероквелем не сопровождалось значимыми побочными эффектами, в том числе со стороны эндокринной и репродуктивной систем. Длительность второго этапа варьировала и составляла в среднем 2 – 4 недели.

3. На *этапе обратного развития приступа* в клинической картине у большинства больных становились определяющими аффективные расстройства, иногда приближавшиеся по интенсивности к сходным состояниям у взрослых. Преобладали депрессивные нарушения, реже встречались проявления маниакального полюса. Депрессии у подростков чаще характеризовались рудиментарностью собственно витального компонента, нестабильностью аффекта с многократной сменой его на протяжении приступа и нередко сосуществованием аффектов разных полюсов. При выраженных депрессивных нарушениях отчетливо выступали идеи самообвинения и самоуничтожения, сохранялась более высокая суицидальная опасность по сравнению со взрослыми. К терапии присоединялись антидепрессанты сбалансированного и седативного действия. Наибольший эффект достигался при лечении золофтом в дозе 50-150 мг с однократным назначением в первую половину дня (7 больных). 3 пациенток получали паксил, который на начальных этапах лечения несколько усиливал тревогу; затем при повышении дозировок до 40-60 мг в сутки состояние больных улучшалось. В 2 случаях в ответ на терапию серотонинергическими антидепрессантами наблюдались диспептические явления, тошнота и снижение аппетита.

Возможность перехода к маниакальному состоянию заставляли в процессе лечения с большой осторожностью относиться к назначению антидепрессантов стимулирующего действия (мелипрамин, пиразидол, лудиомил). В 3

случаях на фоне лечения мелипрамином в дозе 25-50 мг в первую половину дня отмечалось кратковременное усиление тревоги, нарушение сна и появление рудиментов галлюцинаторно-бредовых переживаний с прежней фабулой. Лечение тяжелой депрессии с суицидальными тенденциями (4 больных) требовало более интенсивных мероприятий, в частности внутривенного введения в нарастающих дозах раствора анафранила до 150 мг в сутки в течение 2 недель с последующим переводом на его пролонгированную таблетированную форму. Амитриптилин в меньшей степени способствовал улучшению состояния, чаще вызывал нежелательные реакции в виде запоров, тахикардии, нарушений проводимости на ЭКГ. При биполярных и смешанных состояниях с преобладанием субдепрессии успешно применялись современные нормотимики: тегретол в дозе до 600-800 мг в сутки и ламиктал – до 150 мг в первую половину дня. Лития карбонат в дозе 300 мг 3 раза в день был наиболее эффективен при маниакальных эпизодах (6 больных). Наблюдалось преимущественно «литическое» улучшение состояния, в то время как «критический» выход отмечался реже, чаще соотносился с более острой и полиморфной клинической картиной и сопровождался наиболее благоприятным прогнозом.

4. На *этапе становления ремиссии* дозировки препаратов постепенно снижались до уровня, приемлемого для поддерживающей терапии. В клинической картине после редукции психоза ведущими становились нарушения мышления, выявляемые при психологическом обследовании: нецеленаправленность, разноплановость, аморфность суждений. Критика к перенесенному состоянию в большинстве случаев восстанавливалась. Лишь у 3 больных сохранялось негативное отношение к нейрорептикам, что в дальнейшем вызвало отказ от лечения. Несмотря на уменьшение дозировок атипичных антипсихотиков, на этом этапе сохранялись эндокринные и метаболические нарушения: нарушения липидного обмена с повышением триглицеридов и холестерина, явления галактореи и нарушение менструального цикла, прибавка массы тела. Проводилась коррекция лечения с консультацией эндокринолога.

Осуществлялся комплексный клинический психотерапевтический подход. Психотерапевтическое воздействие усиливало эффект фармакотерапии за счет как опосредованного вербального воздействия на психику, так и плацебо-эффекта. Большое значение уделялось исключению психической травматизации и ятрогений. Проводилась как индивидуальная, так и групповая работа с больными. Группы формировались чаще малые (до 7 человек); частота занятий составляла 1-2 раза в неделю, длительность занятий была в среднем 1,5 часа. Устанавливался демократический тип взаимодействия в группе. Использовался когнитивно-поведенческий подход с обучающими техниками, методиками подкрепления, обратной связи, ролевыми упражнениями. Включались элементы арттерапии: рисуночные и танцевально-двигательные техники, направленные на постановку и расширение жизненных целей, усиление эмоционального компонента, коррекцию личностных нарушений. Учитывая возрастные особенности, с успехом проводился метод сказкотерапии, который был направлен на развитие образного мышления, самораскрытие и расширение творческих способностей, поиск внутриспсихических конфликтов, приобретение коммуникативных навыков. Программа состояла из 6-8 занятий, начиналась со знакомства с методом, совместным прочтением несложных сюжетных линий. На последую-

щих занятиях давались авторские и народные сказки с их обсуждением, позже пациенты самостоятельно формировали «свои» психотерапевтические сказки. В комплекс мероприятий включалась лечебная физкультура с коррекцией соматовегетативных расстройств, предупреждением и коррекцией побочных явлений и осложнений (в особенности нарушений мышечного тонуса), оказывалось некоторое активирующее действие на организм.

Медицинская реабилитация преследовала своей целью предупреждение госпитализма, позволяла приспособиться к меняющимся условиям внешней среды и способствовала формированию учебной и профессиональной установок. Включались терапия занятостью с занятиями прикладного характера (вышивание, домоводство), работа по развитию способностей (музыка, литература, рисование, лепка и т. д.), развлекательно-познавательные мероприятия (экскурсии, посещение кино, тематические беседы) с участием психологов и педагогов. Проводилась психообразовательная работа с ознакомлением пациентов с механизмами развития психических заболеваний, коррекцией представлений больных о своих возможностях и внутренней картине болезни. В целях профилактики повторных госпитализаций разрабатывались индивидуальные рекомендации по созданию охранительного режима с ограничением психофизических нагрузок и инсоляции, предупреждению нежелательной беременности, своевременному лечению интеркуррентных заболеваний и регулярному приему психофармакотерапии. В психологическую работу включалось взаимодействие с семьей пациентов с нормализацией детско-родительских отношений и устранением патологических паттернов взаимодействия в семье. Использовался преимущественно системный недирективный подход с определением семейной структуры, границ, типа коммуникации; вместе с родителями составлялись индивидуальные психокоррекционные программы. Предоставлялись лечебные отпуска, во время которых пациенты посещали учебные заведения и восстанавливали коммуникативные функции.

Как показали катamnестические данные, на фоне поддерживающей терапии в течение года у 28 больных состояние после выписки оставалось относительно стабильным, сохранялся удовлетворительный уровень социального функционирования. У 8 пациенток в ремиссии выявлялись постпсихотические аффективные и неврозоподобные расстройства, купировавшиеся при амбулаторном лечении. Лишь 4 больных поступили повторно с рецидивом психоза.

При выработке терапевтической тактики у подростков представляется необходимым учитывать: меньшую по сравнению со взрослым контингентом продолжительность инициального и основного периодов в течении психоза при своевременном назначении адекватной терапии; нестойкость, малую систематизацию и незавершенность основных психопатологических синдромов, полиморфизм симптоматики; отсутствие характерной для взрослых в сходных состояниях выраженной охваченности психотическими переживаниями; высокий удельный вес аффективных нарушений. Таким образом, имелись предпосылки для большей курабельности манифестных психозов в подростковом возрасте; однако свойственная подросткам повышенная чувствительность к антипсихотической терапии, в частности, при назначении атипичных антипсихотиков создавала дополнительный риск возникновения побочных лекарственных эффектов и метаболических нарушений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психически больных. М.: Медицина, 1988. – 528 с.
2. Горобец Л.Н. Нейроэндокринная дисфункция у больных шизофренией и шизоаффективными расстройствами в условиях современной антипсихотической терапии // Автореф. ... дисс. докт. мед. наук. - М., 2008. – 43 с.
3. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. – М., 2004. – 492 с.
4. Каледа В.Г. Терапия эндогенных психозов юношеского возраста – современные подходы и принципы терапии // Журн. неврол. и психиат. им С.С. Корсакова, 2006, № 9. - С. 4-11.
5. Каледа В.Г. Первый приступ юношеского эндогенного психоза // Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. - М., 2007. - 40 с.
6. Кузюкова А.А. Клиника и психопатология манифестных эндогенных психозов юношеского возраста // Дисс. канд. мед. наук. – М., 2007. - 186 с.
7. Мосолов С.Н. Основы психофармакотерапии. - М.: Восток, 1996. - 288 с.
8. Clark A. Proposed treatment for adolescent psychosis. 1: Schizophrenia and schizophrenia-like psychoses // Advances in Psychiatric Treatment, 2001, vol. 7. – P. 16-23.
9. Fleischhacker W.W. Treatment of first-episode schizophrenia // Eur Psychiatry, 2002; 17, Suppl. 4: 371-5.
10. Kane J.M., Leucht S., Carpenter D. et al. The Expert Consensus Guideline Series: Optimizing Pharmacologic Treatment of Psychotic Disorders. Journal of Clinical Psychiatry 2003; 64 (suppl. 12):1-100.
11. Sussman N. General Principles of Psychopharmacology / Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry / Ed. Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock.—8th ed., 2005. - P. 2676- 2699 .
12. Thomson P.M. Brain Deficit Patterns May Signal Early-Onset Schizophrenia // Psychiatric Times, August 2002, Vol. XIX, Issue 8. - P. 30-32.

О.П. Шмакова

**РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ С АУТИСТИЧЕСКИМИ
РАССТРОЙСТВАМИ В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНОЙ
ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

НЦ психического здоровья РАМН (Москва).

Детская инвалидность вследствие психических заболеваний остается одной из актуальных проблем современной социальной психиатрии, поскольку обуславливается наиболее тяжелыми хроническими психическими расстройствами, манифестирующими в раннем возрасте, инвалидизация при которых чаще носит длительный (пожизненный) характер, при этом реабилитационный потенциал многих пациентов низкий.

Одна из многочисленных групп среди детей-инвалидов представлена полинозологической когортой пациентов с аутистическими расстройствами, численность которой заметно растет по мере совершенствования диагностики подобных нарушений. В последние годы психиатрами более широко фикси-

руются аутистические и парааутистические нарушения, распространеннее стал диагноз атипичного аутизма (МКБ-10). В то же время обсуждаемая группа детей-инвалидов остается проблемной в плане проведения терапевтических и реабилитационных мероприятий, несмотря на большое количество работ [1, 7, 8, 14, 12, 15] и сохраняющийся интерес ученых к данной тематике. Диагностируемые аутистические расстройства весьма разнообразны по своей нозологии, тяжести, динамике (прогредиентные / непрогредиентные), темпу прогредиентности, но их синдромальное единство диктует целесообразность применения для помощи таким пациентам схожих схем психофармакотерапии, методик психотерапии, реабилитационных программ, направленных на их социализацию, интеграцию в семью и общество. При амбулаторном ведении детей и подростков с тяжелым аутизмом, помимо терапевтических, приходится решать вопросы их социального устройства, обучения, профориентации, трудовых рекомендаций, что требует от психиатра амбулаторной службы широкой компетентности в смежных областях (логопедии, дефектологии, реабилитологии и др.).

Целью настоящей работы явилось уточнение критериев степени тяжести состояния пациентов-инвалидов с аутистическими расстройствами для обоснования и разработки дифференцированных рекомендаций по их реабилитации в условиях амбулаторной психиатрической службы.

Характеристика материала и методов исследования. В исследование, проведенное на базе одного из детских психиатрических участков ПНД № 21, включались пациенты-инвалиды с верифицированными диагнозами: ранняя детская шизофрения (F20.8**3), детский аутизм (F84.0*), атипичный аутизм (F84.1*). У всех определялось интеллектуальное снижение, степень которого устанавливалась клинически и с помощью методики Векслера. Оценка степени выраженности аутистических расстройств проводилась по шкале CARS (Childhood Autism Rating Scale) [16]. Шкалирования аутистических расстройств, интеллектуального развития осуществлялись вне периодов обострения. Исключались инвалиды с иными формами шизофрении, без олигофреноподобных расстройств (общий интеллектуальный показатель (ОИП) 90 и выше), с синдромом Аспергера (F84.5), шизотипическими расстройствами (F21.*).

В детско-подростковом контингенте ПНД пациенты с аутистическими расстройствами составляли 48% от всех инвалидов, наблюдаемых детским психиатром; 33,3% от инвалидов-подростков. Согласно критериям отбора в выборку были включены 27 человек (мальчиков - 20, девочек - 7) в возрасте от 3 до 15 лет. Все они прослежены катamnестически от 1,5 до 12 лет. Нозологическое и половозрастное распределение пациентов отражено в табл. 1.

Начало заболевания и срок первичного обращения в ПНД оказались отставлены на период от нескольких месяцев до 6 лет. В среднем возраст больных на момент первичного обращения составлял 4,1 год (варьировал от 2,5 до 8 лет), тогда как проявления заболевания у пациентов (по данным анамнеза) отмечались в течение до 3,5 лет (в форме задержанного, либо диссоциированного раннего развития, аутистических расстройств, специфических двигательных, поведенческих, соматоформных, аффективных нарушений, очерченных психотических состояний и др.). Около 30% пациентов первоначально обращались за психиатрической помощью в иные специализированные

учреждения (НИИ психиатрии, коррекционной педагогики, педиатрии и др.), лечились частнопрактикующими психиатрами. Т. о., срок первичного получения специализированной помощи фактически был более приближен к началу заболевания, а возраст фактического начала наблюдения варьировал от 2 до 6 лет (в среднем - 3,2 года).

Таблица 1.

Нозологическое, половозрастное распределение больных.

Нозология	Число больных (чел.)			Возраст на момент начала наблюдения в ПНД (лет)	Возраст на момент первичного оформления инвалидности по психическому заболеванию (лет)
	Все го	м.	д.		
Ранняя детская шизофрения	15	11	4	3-7 (средний: 4,9)	3,5 -10 (средний: 6,1)
РДА процессуального генеза	5	4	1	2,5- 5 (средний: 3,1)	3-7,5 (средний: 5)
Атипичный аутизм	6	4	2	3- 8 (средний: 5,5)	3,5-9 (средний: 5,9)
Аутизм при синдроме Мартина-Белл	1	1	0	3	3,5
Всего	27	20	7	ср. возраст: 4,1	(средний: 5,1)

10 человек (37%) однократно находились в детских психиатрических больницах с диагностической целью, остальные обследовались и лечились только амбулаторно. Лишь 1 пациент многократно госпитализировался в связи с коррекцией его обостряющихся субпсихотических расстройств.

Полученные результаты и их обсуждение. Клинические группы и их характеристика. В исследовательских целях обследованные пациенты-инвалиды в зависимости от тяжести клинических проявлений были подразделены на 4 группы. Основными критериями тяжести их состояний на этапе относительной стабилизации (оценивавшихся как конечные, состояния олигофренического и олигофреноподобного дефекта, внеприступные, постприступные, ремиссионные и др.) являлись: глубина интеллектуального снижения, степень выраженности аутистических расстройств, сохранность речевой функции, отсутствие/наличие и выраженность диссоциации развития.

Продуктивная психопатологическая симптоматика в статусах носила редуцированный характер либо отсутствовала. В тех случаях, когда продуктивные (кататонические, аффективные, субпсихотические) и иные расстройства (нарушения поведения: гипердинамический синдром, пассивность, малоактивность и др.) имели место, они также влияли на тяжесть состояния наблюдаемых. Следует отметить, что в периоды обострения продуктивных расстройств (что регистрировалось относительно редко, гораздо чаще можно было говорить о фазных колебаниях), тактика ведения больных существенно отличалась, ее изложение не включено в настоящую статью.

1 группа - 4 больных (3 с ранней детской шизофренией, 1 с атипичным

аутизмом) - с крайне тяжелыми проявлениями аутизма (51-59 баллов по шкале CARS), умственной отсталостью до степени тяжелой и умеренной (F71-72), с грубо недоразвитой речью, без навыков невербальной коммуникации, со значительными нарушениями поведения, требующими специализированной терапии (кататоническим, гипердинамическим синдромом, ауто-, гетеро-агрессией, двигательными стереотипиями и др.). Не все из них владели санитарно-гигиеническими навыками, либо эти умения формировались очень длительно; не владели и почти не обучались самообслуживанию и элементарным бытовым действиям. Реабилитационный потенциал детей данной группы был наиболее низок, они требовали постоянного надзора и коррекции. Двое пребывали в интернатах, двое других воспитывались дома, находясь на регулярной терапии.

Выраженный дефект у обследованных сформировался в результате детской шизофрении со злокачественным течением и ранним началом (на первом году жизни), грубой органической патологии.

2 группа - 5 больных (1 наблюдался по поводу ранней детской шизофрении, 1 - с РДА процессуального генеза, 3 - с атипичным аутизмом, в том числе 1 - с синдромом Мартина - Белл) - дети с тяжелыми проявлениями аутизма (40-51 балл CARS), умственной отсталостью до степени умеренной (F71), общим недоразвитием речи (ОНР) I уровня (не говорящие или изъясняющиеся звуками, отдельными лепетными словами), но владеющие элементами невербального общения (понимающие отдельные жесты, интонацию, рисунки на картинках и др.). Их поведение вне периодов обострения характеризовалось большей упорядоченностью в сравнении с пациентами 1-й группы. Неадекватная ситуация активность могла кратковременно корректироваться замечаниями, просьбами. Взаимодействие с детьми удавалось наладить лишь после длительного периода их адаптации на короткое время, после стимуляции похвалой, одобрением, наградой. Возможно было кратковременно заинтересовывать их специализированными обучающими, развивающими занятиями. Более длительно они взаимодействовали с матерями, хорошо знакомыми педагогами.

2 детей, наблюдавшихся по поводу ранней детской шизофрении и аутизма процессуального генеза, отличались большей диссоциированностью развития и оказались способны в ходе кропотливого обучения приобрести более развитые навыки невербального общения с помощью жестов, карточек, письма на компьютере, печатной машинке и пр. Например, не говорящая пациентка к 8 годам стараниями бабушки научилась по просьбе складывать слова из разрезной азбуки. Кратко «отвечала» на вопрос «Что это?». Выполняла с помощью цифр, нарисованных на картинках, простые арифметические действия. К 10-11 годам приобрела элементарные навыки печатания на компьютере, писала простые просьбы, адресованные близким, составляла короткие предложения. Выполняла арифметические действия с 2-3-значными числами. Другой пациент, научившись в 8-9 лет азам использования компьютера, писал близким короткие слова-просьбы, которые они понимали, изъяснялся с помощью картинок.

Все пациенты данной группы воспитывались в семьях. Четверо в дошкольном возрасте посещали компенсирующие детские сады, группы развития

детских садов, частный детский сад. С 7-9 лет все занимались в специализированных школах VIII вида в классах для детей со сложной структурой дефекта или детей-аутистов.

Состояния дефекта у этих пациентов формировались вследствие прогрессивного течения эндогенных процессов (после задержанного либо диссоциированного дизонтогенеза первого года жизни трое перенесли однократные и повторные психотические состояния в возрасте от 1 г. 2 мес. до 3,5 лет); а также генетической (синдром Мартина – Белл), грубой органической патологии.

3 группа - 7 больных (4 наблюдались по поводу ранней детской шизофрении, 1 - с РДА процессуального генеза, 2 - с атипичным аутизмом) обнаруживали тяжелые и умеренные проявления аутизма (34,5–46,5 баллов CARS), которые сочетались с умственной отсталостью до степени умеренной (F71). Однако их речевое недоразвитие было менее глубоким (ОНР I-II уровня), чем у инвалидов предыдущих групп. Они смогли овладеть элементарной речью, произносили слова, фазы, но чаще их речевая активность являлась фразовой отраженной эхολаличной речью без коммуникативного назначения. При этом коммуникативная функция не утрачивалась полностью, появляясь после упорной стимуляции, была менее сложной, чем речь эхολаличная (отдельными словами, лепетными фразами). Такие пациенты могли обратиться к матери, попросить что-либо, кратко ответить на вопрос. Они нередко оказывались обучаемы отдельным видам деятельности: в более младшем возрасте невербальным – неплохо рисовали, вышивали. В школьном возрасте научались простым навыкам счета, чтения, которые, однако, применяли механистически, испытывая значительные сложности переноса выработанного умения в иные сферы деятельности, помимо учебной. Без контроля со стороны взрослого «читали», не понимая смысла прочитанного и не умея его пересказать. Крайне ограниченно произвольно взаимодействовали с близкими и особенно с посторонними людьми.

Несмотря на имевшиеся у всех двигательные (стереотипии, кататонические расстройства) либо поведенческие (гипердинамический синдром) нарушения, в период занятий определенными видами деятельности (которые им нравились, вызывали интерес) поведение больных отличалось некоторой упорядоченностью.

Пятеро в дошкольном возрасте посещали детские дошкольные учреждения (психоневрологический санаторий для умственно отсталых детей, компенсирующий детский сад, группу развития детского сада). В школьные годы только одна пациентка, страдавшая ранней детской шизофренией, находилась в интернате (с 8 лет), что стало следствием не столько тяжести ее состояния, сколько семейной ситуации; остальные воспитывались родителями, посещали школы VIII вида (классы для аутистов, для детей со сложной структурой дефекта).

Прогрессиентность эндогенных процессов пациентов этой группы варьировала от средней до малой (выраженный дефект у одной пациентки в этом случае сформировался на фоне раннего органического поражения ЦНС). В 2 наблюдениях отмечались однократные и повторные психотические состояния в возрасте от 2 лет до 3 лет 8 мес.

4 группа - 11 больных (7 наблюдались по поводу ранней детской шизофрении, 3 - с РДА процессуального генеза, 1- с атипичным аутизмом), у которых легкие и умеренные проявления аутизма (31,5–39,5 баллов CARS)

сочетались с задержкой интеллектуального развития, достигавшей уровня пограничной и легкой умственной отсталости (F84.8, F70). В этой клинически разнородной группе оказались пациенты с различной степенью выраженности продуктивных и негативных психопатологических расстройств, незначительной глубиной интеллектуального снижения. Все они были способны к облегченным формам обучения, владели навыками коммуникативной речи. Их речь отличалась косноязычием, общим недоразвитием (ОНР II-III уровней), в ней присутствовали эхолалии, а в ответ на психотравмирующие ситуации легко появлялся мутизм. Больные нередко переключались на эгоцентрическую речь, оставаясь в одиночестве, разговаривали «сами с собой», однако реагировали на вопросы окружающих и были в состоянии быстро переключиться с одного вида деятельности на другой. В их статусах периодически присутствовали кататонические расстройства, стереотипии, негативистичность, не исключавшие возможность более адаптивных, адекватных вариантов поведения. Все дети, достигнув школьного возраста, обучались: по специализированным облегченным программам (в речевых, ЗПР, вспомогательных школах), в массовых школах индивидуально и в классах, профилированных на обучение аутичных детей. Все воспитывались в семьях. Пациенты 4-й группы, в сравнении с вышеупомянутыми, обладали большим реабилитационным потенциалом, более вероятным прогнозом получения базового среднего и профессионального образования, трудоустройства.

Клинико-социальные соотношения в выборке. Первичное оформление пособия по инвалидности у обследованных пациентов имело место в возрасте от 3 до 10 лет (в среднем – 5,1 лет). В дальнейшем у всех пособие продлевалось. Возраст, в котором происходило первичное оформление инвалидности, соотносился, прежде всего, с клинико-динамическими характеристиками психических расстройств: нозологией, началом, тяжестью, типом течения, прогрессивностью, структурой психотических эпизодов, глубиной интеллектуального снижения, характером и выраженностью диссоциации развития (см. табл. 2), но данная общая закономерность не прослеживалась в ряде конкретных случаев.

Таблица 2.

Некоторые клинические и медико-социальные характеристики групп.

Группы	Степени интеллектуального снижения пациентов	Выраженность речевых нарушений	Выраженность аутистических расстройств (баллы CARS)	Средний возраст к началу наблюдения в ПНД (годы)	Возраст при первичном оформлении инвалидности (годы)
4-я	F84.8, F 70	норма; ОНР II-III	31,5- 39,5	5,4 (от 3 до 8)	8,4 (от 3,5 до 10)
3-я	F 71	ОНР I-II	34,5-46,5	4,2 (от 2,5 до 6,5)	5,6 (от 3 до 6,5)
2-я	F 71	не говорящие дети; ОНР I-II	40-51	4 (от 3 до 5)	4,9 (от 3,5 до 7,5)
1-я	F 71, F 72	не говорящие дети, ОНР I	51-59	3,7 (от 3 до 4,5)	4 (от 3,5 до 4,5)

Возраст, в котором имело место первичное оформление пособия по инвалидности, помимо клинических проявлений заболевания, коррелировал:

- с комплексом микросоциальных, в первую очередь, семейных факторов. Материальная составляющая пособия являлась важным подспорьем для семей с низким уровнем доходов. Более обеспеченные родители оформляли инвалидность, ориентируясь не столько на финансовую поддержку, сколько на возможность обеспечить больному пребывание в специализированных профильных социализирующих учреждениях – коррекционных детских садах, школах, поэтому обращение в медико-социальную экспертизу (МСЭ) в подобных случаях отодвигалось до 6-7 летнего возраста. Более раннее обращение к психиатрам и оформление инвалидности происходило в наследственно благополучных семьях с высоким образовательным уровнем; а также в наследственно отягощенных семьях, где родители имели предварительный положительный опыт взаимодействия с психиатрами (инициатором обращения, как правило, становился здоровый родитель). Относительно более позднее обращение в ПНД и направление на МСЭ происходило в семьях с низким образовательным уровнем (психические расстройства детей «просматривались» родителями) и тех наследственно отягощенных семьях, где при решении проблем больного ребенка доминировали антипсихиатрические установки более стеничного родителя (в двух подобных наблюдениях из выборки это были отцы);

- с иными социальными причинами (частыми переездами семей, отсутствием у детей или родителей (лиц, замещающих родителей) необходимых общегражданских и медицинских документов и пр.);

- с наличием объективных трудностей квалификации состояния больных и диагностическими ошибками в случаях менее прогрессивного течения эндогенных процессов, неглубоком умственном снижении, ограничивающимся легкой умственной отсталостью (олигофреноподобный дефект расценивался как олигофренический; мягкие аутистические расстройства, маскированные психопатоподобными нарушениями, принимались за психопатоподобные нарушения вследствие органического поражения ЦНС и др.). Катамнестическое прослеживание позволяло вынести более взвешенное диагностическое решение или пересмотреть диагноз, но срок первичного оформления пособия по инвалидности сдвигался на более старший возраст;

- с сочетанием вышеуказанных факторов. Например, в изученной выборке наиболее поздний срок первичного оформления инвалидности (в 10 лет) был у пациента с относительно мягкими когнитивными нарушениями в дошкольном возрасте, оцененными как легкая умственная отсталость (с 6 до 7 лет мальчик посещал психоневрологический сад для умственно отсталых детей), а в возрасте 9 лет - как пограничная умственная отсталость (ОИП - 80). Легкие аутистические проявления - 31,5 балла по шкале CARS (с раннего возраста он «не отличал своих от чужих», играл в одиночестве, при посторонних не разговаривал, замыкался, избегал глядеть на них, прятался) - маскировались выраженными психопатоподобными расстройствами (бил мать, сестру, ломал вещи). В период стационарного лечения в 8-летнем возрасте состояние расценили как психопатоподобный синдром у ребенка с легкой умственной отсталостью. Вследствие прогрессирования психопатоподобных

и негативных расстройств (ребенок долго не посещал школу, был бездельным, не выходил на улицу, рос эмоционально холодным), появления в 8-9 лет отчетливой галлюцинаторно-бредовой симптоматики (императивных голосов, приказывающие бить близких, бредовой настроенности к матери) в 10 лет после повторной госпитализации диагноз был изменен в пользу ранней детской шизофрении и мальчику первично оформлена инвалидность детства. Наряду с особенностями течения заболевания, диагностическими трудностями позднее первичное оформление пособия по инвалидности отчасти объяснялось сложившимися семейными обстоятельствами: ребенок воспитывался по очереди конфликтовавшими между собой разведенными супругами, непоследовательно и невнимательно относившимися к лечению сына.

Лишь трое (11%) из 27 детей-инвалидов пребывали в интернатах, остальные воспитывались дома.

Основные принципы реабилитации детей-инвалидов с синдромом раннего детского аутизма в амбулаторных условиях.

Социальная реабилитация инвалидов с синдромом РДА проводилась дифференцированно в зависимости от тяжести состояния больных по следующим направлениям:

- Поддерживающая психофармакотерапия. Принципы психотропного лечения в целом совпадали с принятыми в детской психиатрии [2, 3, 4, 9, 17]. Базовой схемой амбулаторного лечения больных с прогрессирующими расстройствами на стадии относительной стабилизации являлось сочетание: «ноотроп+нейролептик», пациентов с ранним аутизмом органического генеза «ноотроп+препарат для коррекции поведенческих отклонений».

В терапии ноотропными препаратами различных групп (чаще использовались пантогам, глицин, биотредин, фенибут, когитум, церебрамин, биолан и др.) учитывались их переносимость, побочные действия, сочетаемость. Рекомендовалось чередование ноотропов, их комбинирование с сосудистыми средствами, витаминами группы В.

Из нейролептиков для лечения процессуальных заболеваний на этапах преобладания негативных расстройств использовались обладавшие стимулирующим эффектом в малых дозах рисперидон, этаперазин, трифлуоперазин; а в периоды обострения продуктивной симптоматики, при кататоническом возбуждении - тизерцин, азалептин, галоперидол, аминазин в сочетании с корректорами экстрапирамидной симптоматики (циклодолом, паркопаном). При наличии гипердинамического синдрома, агрессии больные получали «корректоры поведения» - сонапакс, неулептил, реже - аминазин.

Транквилизаторы назначались непродолжительными курсами для коррекции невротических симптомов, тревожности, страхов, нарушений засыпания. Удобной в амбулаторной практике являлась их хорошая переносимость, однако для длительного лечения они не рекомендовались из-за возможности развития привыкания. Антидепрессанты становились препаратами выбора в случаях выявления депрессивных фаз с повышенной раздражительностью, «нытливостью», плаксивостью, при нарушениях сна (азафен, амитриптилин, анафранил, стимулотон, феварин). В легких случаях с явлениями эмоциональной лабильности применялись нормотимики (карбамазепин, депакин).

У пациентов, находящихся на постоянной поддерживающей терапии

нейролептиками, одной из проблем становилась булимия. При ее появлении менялась схема лечения: базовый нейролептический препарат заменялся на обладающий меньшим тропизмом к эндокринным сдвигам, в терапию включались ноотропы со стимулирующим эффектом (фенотропил). Возникали определенные сложности коррекции выраженных негативных изменений у детей с процессуальными заболеваниями, а также состояний малоактивности, пассивности, брадифрении у больных с аутизмом органического генеза. В данных случаях использовались ноотропы с выраженным стимулирующим эффектом (церебролизин, кортексин, когитум), комплексное лечение сосудистыми, витаминными, дегидратационными препаратами (по показаниям), а в случаях процессуальных расстройств - малые дозы нейролептиков со стимулирующим действием (рисполепт, этаперазин, эглонил).

- Психотерапевтическая помощь ребенку и родителям. В условиях амбулаторного приема наиболее часто применялись методики седативной и рациональной психотерапии. Для получения иных видов специализированной психотерапевтической помощи больные направлялись к психологам, психотерапевтам диспансера, детской поликлиники, в специализированные социально-психологические центры.

- Рекомендации по проведению многопрофильной специализированной: психологической, логопедической, дефектологической коррекции, развитию моторики и координации движений детей с аутизмом. Комплексная коррекция являлась не менее важным звеном реабилитации [5, 6, 10,11,13, 16]. Поскольку не все дети посещали специализированные образовательные и социальные учреждения, где эти виды помощи оказывались систематически, многим рекомендовалось проводить реабилитацию амбулаторно - посещая профильных специалистов диспансера, детских поликлиник, районных и городских социально-психологических центров.

- Рекомендации по обучению ребенка-инвалида соотносились с уровнем его интеллектуального развития, достигнутого к возрасту планируемого поступления в школу, с психическим состоянием дошкольника. Выводы об уровне интеллектуального развития пациентов базировались на результатах длительных клинических наблюдений (не менее полугода) [11], неоднократного тестирования, патопсихологического, логопедического обследований. В коррекционные классы, речевые, ЗПР и вспомогательные школы дети направлялись по итогам комиссионного решения, вынесенного на медико-психолого-педагогических комиссиях (МППК).

- Профессиональная ориентация была возможна у подростков с наименее тяжелыми психопатологическими проявлениями (в нашем исследовании – у пациентов 4-й группы).

- Информационная помощь. Близким сообщались права детей-инвалидов и лиц, ухаживающих за ними, предоставлялись адреса социальных структур и организаций, занимающихся с детьми-инвалидами, детьми с аутистическими расстройствами, адреса специализированных образовательных учреждений.

Реабилитационные мероприятия в группах детей-инвалидов. У пациентов первой группы речь шла о ведущей роли медикаментозной коррекции, социальной помощи семьям больных. Дети нуждались в тщательном, круглосуточном уходе и наблюдении, которые могли осуществляться в рамках семей

или интернатных учреждений, при обострениях наблюдаемые госпитализировались в психиатрические больницы. В беседах с родственниками акцентировалось внимание на соблюдении режима дня, необходимости постепенного развития у детей простых навыков личной гигиены и самообслуживания. Тематика психотерапевтических бесед с близкими базировалась на тезисах: «Ребенок-инвалид имеет особые потребности, наряду с обычными нуждами»; «Современные методы лечения, хотя и не излечивают заболевания, позволяют помочь ребенку»; «Не следует сравнивать ребенка с кем-либо, лучше искать индивидуальный подход» и др. Учитывая социальную изолированность родителей, воспитывающих аутичного, не говорящего ребенка, психотерапевтическую роль играли внимательное выслушивание родительских жалоб, предоставление им возможности высказаться, сочувственное отношение.

Пациенты второй группы, наряду с мерами медикаментозной помощи, направлялись в специализированные детские дошкольные учреждения, интеграционные детские сады, группы дневного пребывания, коррекционные школы. Несмотря на то, что поступление в детский сад или школу происходило позже, чем у сверстников (с 4-9 лет), пребывание ребенка в образовательном коллективе позволяло решать комплекс проблем: социализировать больного, организовать комплексную реабилитацию в условиях учреждения дневного пребывания (медицинское наблюдение, помощь логопеда, психолога и пр.), временно снять нагрузку с родителей. Родителям, чьи дети владели элементами невербального общения, могли изъясняться звуками, отдельными лепетными словами, рекомендовалось всемерно развивать и постепенно усложнять навыки, подключая к этому специалистов - логопедов, психологов, коррекционных педагогов [5, 6].

Следует отметить, что для многих инвалидов этой группы, страдающих процессуальными расстройствами, посещение коллектива сверстников так и оставалось стрессогенным и нагрузочным, в классах они вели себя беспокойно, плакали, хныкали, пытались выйти в коридор, убежать, заткнуть уши, закрыть глаза. При индивидуальном общении с педагогом реагировали более адекватно. Если подбор терапии не обеспечивал достаточной коррекции, пациентам рекомендовался индивидуальный график посещения групповых уроков, домашние формы занятий.

Пациентам третьей группы по показаниям проводилась психофармакотерапия. Все они нуждались в специализированном обучении и были способны удерживаться более или менее продолжительное время в условиях коллектива сверстников. Дефектологическая, логопедическая и психологическая помощь оказывалась им индивидуально и в малых группах. Несмотря на сомнительный прогноз получения профессионального образования и трудоустройства, некоторые, посещая коррекционные школы, участвовали в трудовом обучении в картонажном, швейном классах, научались вышивать. В связи с выраженной диссоциацией развития дети с прогрессирующими формами заболеваний могли проявлять большие способности в определенных видах деятельности. В кругу семьи больные овладевали навыками гигиены, самообслуживания, простыми хозяйственно-бытовыми умениями. Внимание родителей акцентировалось на необходимости постоянного стимулирования и развития коммуникативных умений: советовалось проговаривать бытовые

ситуации, объясняя их смысл; чаще вовлекать ребенка в беседы, стремиться, чтобы он меньше применял стереотипные, формальные способы коммуникации; структурировать времяпровождение таким образом, чтобы режимные моменты чередовались с занятиями, которые приносят ему удовольствие, вызывают положительный эмоциональный отклик.

В четвертой, наиболее клинически разнородной группе, в которую были отнесены инвалиды с менее выраженными интеллектуальными нарушениями, но зачастую выраженной продуктивной симптоматикой, медикаментозная реабилитация также имела ведущее значение.

Решение о форме и месте обучения ребенка принималось после периода клинического наблюдения, при необходимости – осмотра на МППК. Несколько детей данной группы обучались в массовых школах (индивидуально). Более часто, чем в других, в этой группе возникали несогласия родителей с рекомендованной формой обучения (когда речь шла о переводе во вспомогательные школы), поэтому детям, поступающим в первый класс, в ряде случаев рекомендовалось начинать обучение по более сложной программе, и только если они с ней не справлялись – следовало направление на МППК. Двое детей успешно обучались по массовой программе, тогда как на МППК им (видимо, без достаточных оснований) был рекомендован перевод во вспомогательные школы. О сложностях комиссионного осмотра аутичных детей неоднократно сообщалось в литературе [11,12]. В ситуации осмотра такие пациенты зачастую не обнаруживают в полной мере свой интеллектуальный потенциал. Лишь длительное клиническое наблюдение и повторные тестирования помогали избегать ошибок в оценке интеллектуального развития аутичных пациентов.

У пациентов 4-й группы прогноз профессионального обучения и трудоустройства был более благоприятным, чем у остальных. Часть из них овладевала азами специальностей в трудовых мастерских коррекционных школ. Они занимались озеленением, швейным, картонажным делом, осваивали профессии библиотекаря, плотника, столяра, переплетчика.

Таким образом, доля детей-инвалидов по психическим заболеваниям, имеющих аутистические проявления различной степени выраженности, велика и по данным проведенного исследования составляет 48% от всех инвалидов, наблюдаемых детским психиатром и 33,3% от инвалидов подросткового кабинета. Поскольку средний возраст первичного обращения в ПНД детей с инвалидизирующими расстройствами оказался отставлен от начальных проявлений заболевания на несколько месяцев-лет, как правило, имело место запоздалое первичное обращение в ПНД, что обуславливалось комплексом причин (социальных, семейных, психологических, клинических характеристик заболевания), а не только недостатками амбулаторной психиатрической службы.

Оформленная инвалидность носила хронический характер, за катamnестический период не была снята ни у одного ребенка. Возраст, в котором происходило ее первичное определение, соотносился не только с клинико-динамическими характеристиками психопатологических расстройств, но и комплексом социальных, в первую очередь семейных факторов, объективными диагностическими трудностями и ошибками.

Лишь 11% обследованных детей-инвалидов пребывали в интернатах, ос-

тальные воспитывались дома. Только 37% пациентов с тяжелыми расстройствами госпитализировались однократно с целью первичной диагностики, 60% обследовались и лечились только амбулаторно. Вследствие этого внегоспитальная психиатрическая помощь представляется весьма востребованной, в периоды относительной стабилизации состояния больных – основной.

Тяжесть пациентов на этапе относительной стабилизации их состояний определялась преимущественно негативными расстройствами: глубиной интеллектуального снижения, выраженностью аутистических проявлений, уровнем недоразвития речи, диссоциированностью развития, но необходимо было учитывать и представленность резидуальной продуктивной симптоматики. Реабилитационный потенциал детей-инвалидов с аутистическими расстройствами значительно варьировал в зависимости от тяжести симптоматики, поэтому их ведение должно быть дифференцированным и комплексным, т. е. включающим поддерживающую психофармако- и психотерапию, специализированные виды психолого-логопедической, дефектологической помощи, коррекционное обучение, развитие моторики. Решение вопросов обучения детей-инвалидов с синдромом аутизма, их профессионального ориентирования, трудоустройства необходимо основывать на данных продолжительного клинического наблюдения, повторных тестирований, учете мнения специалистов смежных областей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Башина В.М. Аутизм в детстве.- М: Медицина, 1999.- 239 с.
2. Башина В.М., Козлова И.А., Ястребов В.С. и др. Организация специализированной помощи при раннем детском аутизме: Методические рекомендации.- М., 1989. – 26 с.
3. Бородина Л.Г. Опыт амбулаторной фармакотерапии детей, больных аутизмом / Аутизм и нарушения развития. - 2004.- № 3.- с. 2-10.
4. Вакула И.Н., Васянина Ю.Ш., Горбунова З.Х. и др. Место атипичных нейролептиков в реабилитации детей с аутизмом в рамках системного подхода // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2007.- том 9, № 3.- С. 30-33.
5. Заварзина Е.Г. Обучение детей с тяжелыми нарушениями речи методу альтернативной коммуникации // Аутизм и нарушения развития. - 2004.- № 3. - С. 11-17.
6. Климонтович Е.Ю. Программа работы с детьми, имеющими первый уровень речевого недоразвития // Аутизм и нарушения развития. - 2007.- № 2. - С. 42-47; № 3.- С. 22-28.
7. Козловская Г.В. Психические нарушения у детей раннего возраста (клиника, эпидемиология и вопросы абилитации): Автореф. дисс...д.м.н. – М., 1995. – 48 с.
8. Красноперова М.Г. Клиника и психопатология процессуального детского аутизма, протекающего с манифестными психозами и задержкой психического развития: Автореферат дисс... к.м.н.- М. 2003. -24 с.
9. Мазаева Н.А. Риски и преимущества применения атипичных антипсихотиков в психиатрии (по данным зарубежных публикаций последних лет) // Психиатрия и психофармакотерапия.- 2006.- том 8, № 5. - С. 4-11.
10. Мамайчук И.И. Помощь психолога детям с аутизмом. - СПб: Речь, 2007.- 288 с.

11. Морозова Т.И. Особенности обучения аутичных детей / Особый ребенок и его окружение: медицинские, социальные и психологические аспекты. Сб. мат-лов международной конференции. Москва 23-27 мая 1993 г. Под ред. А.Я. Варги и А.А.Северного. - М., 1994.- с. 28-29.

12. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок: пути помощи.- М.: Теревинф, 2000.- 334 с.

13. Пласкунова Э.В. Развитие моторики у детей с аутизмом // Аутизм и нарушения развития.- 2006.- № 4. - С. 52-54.

14. Симашкова Н.В. Атипичный аутизм в детском возрасте. Автореферат дисс... д.м.н. - М. 2006.- 44 с.

15. Kehrer H.E.(Hrsg.). Kindlicher Autismus. - Basel etc.: Kargen, 1978. -130 S.

16. Schopler E., Reichler R.J., Lansing M. Strategies educatives de l'autisme. Paris etc.: Masson, 1988.- 235 p.

17. Malone R.P., Maislin G., Choudhury M.S., Gifford C., Delaney M.A. Risperidone treatment in children and adolescents with autism // J. Am. Acad. Child & Adolesc. Psychiatry. – 2002. – V. 41, № 2. – P. 140-147.

Л.С. Алексеева

ПРОБЛЕМЫ СЕКСУАЛЬНОГО ПРИНУЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ В СЕМЬЕ ГосНИИ семьи и воспитания РАО (Москва).

Пожалуй, ни один из видов домашнего насилия над детьми не окружен такой завесой молчания, как сексуальное. И членам семей, в которых оно происходит, и специалистам, которые призваны оказывать помощь ребенку и его родителям, чрезвычайно трудно поверить в сам факт случившегося и тем более подтвердить его реальность.

Американские исследователи определяют **сексуальное насилие** над детьми (child sexual abuse – CSA) как любой сексуальный опыт между ребенком до 16 лет (по отдельным источникам – до 18 лет) и человеком, который старше его по крайней мере на 5 лет. Данный вид насилия характеризуется «как вовлечение зависимых, психически и физиологически незрелых детей и подростков в сексуальные действия, нарушающие общественные табу семейных ролей, которые они еще не могут полностью понять и на которые не в состоянии дать осмысленного согласия» [12]. Сексуальные действия могут быть насильственными, а могут осуществляться и без применения силы. Однако в самом широком смысле насилием, а значит и преступлением, считаются все сексуальные действия и даже попытки их предпринять в отношении ребенка, пусть и с его согласия, когда малолетний (как правило, в возрасте до 9–11 лет) не понимает их сущности. Поэтому термины «сексуальное насилие», «сексуальное вовлечение» и «сексуальное злоупотребление» должны использоваться в таких ситуациях как равнозначные.

К сексуальному насилию в отношении детей относится и большое число сопровождающих его поведенческих форм (действий): от демонстрации детям порнографических фильмов, половых органов, принуждения их самих к обнажению и прикосновений к раздетому ребенку – до склонения совершать сексуально окрашенные телодвижения и занимать соответствующие позы, а

также вовлечения в оргии и ритуалы.

В 75–90% (по разным источникам), т. е. в большинстве случаев сексуального насилия над детьми, насильники знакомы с жертвами, и только в 10–25% случаев насилие совершается незнакомцами. В 35–45% случаев насильниками становятся близкие родственники, а в 30–45% – более дальние [3].

Сексуальная связь между близкими, т. е. кровными родственниками, называется *инцестом* (кровосмешением), а использование ребенка в качестве сексуального объекта именно родителями, отцом или матерью, – *эбьюзом* (злоупотреблением, мучением, от англ. *abuse*). Инцест и эбьюз квалифицируются как самые тяжелые по последствиям формы сексуального насилия и одновременно – особо жестокого обращения с детьми в семье. Подобные сексуальные злоупотребления являются не только преступлениями, но и свидетельствами тяжелых и необратимых нарушений в ее функционировании.

Положение осложняется и тем, что российским законодательством до сих пор дети, подвергнувшиеся насилию незнакомцами, и дети, вовлеченные в сексуальные отношения родителями или близкими, в равной мере определяются как жертвы одного и того же «сексуального насилия». Столь одномерную модель насилия над детьми нельзя считать справедливой, поскольку в ней игнорируется важность семейного контекста, а также сопутствующего ему эмоционального родительского отвержения и пренебрежения, направляемого на растление ребенка и разрушение его личности.

Чрезвычайно много для прояснения, уточнения и классификации различных форм сексуального насилия в семье дает выделение и такой категории, как **психологическое, или эмоциональное насилие**. В самом деле, детей, пострадавших от любого сексуального или физического насильственного действия, неизбежно сопровождают отсутствие в семье любви и доверия, манипуляторское отношение, запугивание, квалифицируемые в целом и как психологическое насилие. Тогда как дети и взрослые – жертвы внесемейного изнасилования – переживают его в сочетании либо с физическим (избиение), либо эмоциональным насилием (угрозы убить, покалечить) [3].

Как особый вид сексуального насилия, осуществляемого в семье и направляемого на ее собственных детей, в современной научной литературе рассматривается сексуальное принуждение. Совершающие сексуальное принуждение мать, отец или другие родственники используют доверие ребенка, полагаясь на его незрелость и зависимость, с тем чтобы таким образом удовлетворить свои извращенные потребности. Однако вовлечение не способных дать решительный и осознанный отпор детей и подростков в сексуальные отношения разрушает все мыслимые и немыслимые социальные табу и запреты, а потому считается особо злостным преступлением против несовершеннолетних.

Сексуальное принуждение обычно проходит и развивается в диапазоне от легких эротических прикосновений до орального, анального или генитального контакта взрослого с ребенком. Злоупотреблением на сексуальной почве оно является, однако, и в тех случаях, когда взрослые не прикасаются к ребенку, но тем ни менее наносят ему психическую травму, совершая эксгибиционистские действия, демонстрируя свои гениталии; вовлекая в съемки или просмотры порнографических фильмов, картинок и пр.

Как правило, сексуальному принуждению в семье подвергаются девочки

и мальчики 5–15 лет. Но иногда это случается и гораздо раньше и даже позже, и в этом смысле ни младенческий, ни юношеский возрасты ребенка (до 18 лет) не являются исключением. Большинство виновников – это отцы девочек, отчимы, дяди, хорошие друзья семьи, а также старшие братья (95% случаев). Однако неожиданно высокий процент жертв дают и мальчики, которые тоже становятся жертвами. Что касается женщин, то и они нередко таким образом злоупотребляют любовью и доверием своих несовершеннолетних детей [1].

Дети могут попадать в семье и в ситуации потенциальной опасности сексуального принуждения, когда до поры до времени они ему не подвергаются, но степень такого риска для них существует. Например, когда кто-то из старших детей уже имеет такой опыт (принуждался или был изнасилован) и может или всегда готов поделиться им со своими братьями и сестрами. Или – если кто-то из взрослых членов семьи в прошлом был замечен и уличен в посягательствах на несовершеннолетних, неважно – в семье или за ее пределами.

В отличие от изнасилования сексуальное принуждение – это не единичное, экстраординарное событие, а медленно, вкрадчиво, а иногда вяло развивающийся, длительно протекающий и потому трудно выявляемый процесс. Дети, смутно ощущая, что с ними происходит что-то «плохое», «неладное», «неправильное», не могут точно сказать, когда «это» началось и когда безобидные прикосновения взрослого превратились в полноценные сексуальные действия. Первыми же по времени следствиями принуждения ребенка можно считать возникающие неприятные переживания и болезненные психические состояния. Они тем сильнее, чем ближе, значимее и теснее круг виновников подобного семейного насилия (отец, отчим, брат, дедушка, ближайшие родственники, гувернер), в отношениях с которыми осторожность как бы не предусматривается. Поэтому можно понять «молчание ягнят» – жертв насилия, длящегося порой годами. Исключение из правил могут составлять чужие люди, посягнувшие на ребенка за стенами родного дома.

Внешними сигналами сексуального принуждения считаются следующие формы эротического поведения виновника:

- оценивающий, как бы «раздевающий» ребенка взгляд взрослого (мужчины, женщины);
- поглаживания и другие прикосновения к разным частям тела ребенка;
- затяжные поцелуи, сопровождающиеся пожеланиями «спокойной ночи», «приятных сновидений с папочкой» или предложениями: типа «Прижать тебя ко мне?», «Мне лечь к тебе или положить тебя в мою кровать?»;
- сначала как бы случайные, а затем многозначительные прикосновения к эрогенным зонам ребенка;
- вербальные формы воздействия типа: «Я думаю (или замечая), что тебе нравится, что я с тобой делаю»;
- постоянные намеки на исключительность и интимность отношений, например: «Ты разыскиваешь меня, для того чтобы я смог (должен) с тобой «это» сделать?»;
- усиленные заверения и клятвы: «Только с одним тобой и только для тебя» (имеются в виду направленные, социально не одобряемые сексуальные действия).

О нарастании напряжения в отношениях, развивающихся по патологиче-

скому типу, свидетельствуют следующие характерные черты поведения жертвы и виновника сексуальных принуждений.

- Жертва и виновник не согласны в оценке действий друг друга: виновник утверждает, что дочери нравятся его действия и она не испытывает никакого дискомфорта, он же только следует ее чувствам и желаниям. Жертва возражает: «Мне не нравится, я не могу препятствовать, мне противно, я чувствую себя отвратительно».

- У ребенка наблюдается явно не соответствующее его возрасту поведение: а) в детском саду он играет в подчеркнуто сексуальные игры (вставляет куклу в свои гениталии, других детей и даже пытается это делать со взрослыми); б) в более старшем возрасте проявляется раннее или усиленное мастурбационное или преувеличенное сексуальное поведение, вплоть до его провокационных форм.

- Наступление эмоциональной и прежде всего сексуальной зависимости жертвы от виновника, не соответствующей возрасту и компетентности ребенка, всяческое культивирование ее со стороны виновника.

- Тяжелые переживания жертвы во время и после сексуального принуждения: задетая за живое, она остро ощущает, что оскорблена и «раздавлена» происходящим, но справиться с этим самостоятельно не может, так как виновник всячески убеждает ее в обратном [3].

Своевременно рассказать близким и другим людям о сексуальном принуждении и получить от них соответствующую помощь, не доводя ситуацию до критического и кризисного для себя положения, жертве мешают тяжелые чувства и мрачные переживания, а попросту стресс. Его особенности заключаются в следующем:

- страх наказания: «Сейчас он первый расскажет»; «Мне никто не поверит, как было на самом деле»; «Папа и мама меня не будут больше любить»;

- ощущение позора, стыда, нежелание получить клеймо: «Все будут на меня смотреть»; «Все отвернутся от меня»; «Все будут считать меня испорченной»; «Мне никто никогда не поверит»;

- растерянность и бессилие: «Что же я наделал, зачем причинил столько горя моей семье?»;

- переживание собственной вины: «Я разрушил мою семью» – и «предательства»: «Я предал нашу тайну»;

- чувство беспомощности и неполноценности: «Я чувствую себя грязным, испачканным, я ничтожество, я ни на что не гожусь»; «Кто меня теперь может любить»;

- ожидание мести, восприятие ситуации, как земли, которая горит под ногами: «Он мне этого никогда не простит, избьет, возненавидит, откажется от меня»; «Я опозорен, и вся моя семья ненавидит меня».

Дети могут долго или совсем не рассказывать о принуждении и потому, что слишком малы и не в состоянии до конца разобраться в происходящем с ними и тем более выразить это словами. К тому же они слишком запуганы шантажирующим их насильником. В целом же, будучи шокированы (раздавлены) происшедшим, они боятся всех окружающих.

Процесс сексуального принуждения имеет несколько фаз: 1) начало (по-

пытка) соблазнения; 2) период сексуальной активности; 3) усиленное сохранение тайны; 4) раскрытие, разоблачение (в том числе признание самого виновника, которое, скорее всего, оказывается случайным, непреднамеренным); 5) супрессия – проявление механизма психологической защиты (как правило, попытка виновника рационализировать, т. е. объяснить и оправдать, свои мысли, чувства и действия, противоречащие принятым в обществе нормам, при усиленном «очернении» жертвы; 6) расследование.

Показатели фазы *соблазнения* – это повышенное внимание взрослого (отца, близкого семье человека) к одному из детей; выполнение всех его желаний, подарки и подкупы, прямые и косвенные знаки особой симпатии.

Начало фазы соблазнения выглядит вполне безобидно. Взрослый как бы старается внушить ребенку: «Если тебе нравится, что я тебя глажу, то мы должны сохранить это как нашу тайну, чтобы другие брат и сестра не пожелали того же»; «Ты мне очень нравишься, но никто не должен об этом знать»; «Я хочу тебе что-то показать, но ты не можешь рассказать об этом маме. Это должно стать нашей тайной». Иными словами: «Только ты и я посвящены в эту тайну». Интенсивность эротически окрашенных прикосновений и важность тайны возрастают в процессе соблазнения и принуждения. Но дети надежны, ответственны и дают обещания все скрывать, ни с кем не делиться своими впечатлениями. Тайна – это честное слово ребенка.

На фазе *сексуальной активности* соблазнитель уже предъявляет ребенку непомерные требования. Задавленный им ребенок не может больше выяснять, насколько все происходящее опасно и плохо. Он лишь беспомощно, слабо и неэффективно реагирует на давление со стороны насильника. Такие предложения, как «Ты меня так любишь, что я не могу тебя (себя) остановить», «Ты хочешь, чтобы я тебя любил еще?», «Если я выполняю все твои желания, то и ты должен исполнять все, что я хочу», создают обстановку, провоцирующую ребенка на ответные действия, а вопросы типа: «Держу пари (спору), что ты не можешь все это утаить», «Ты, конечно, все расскажешь маме, не так ли?» – затормаживают его сопротивление.

В фазе *усиленного сохранения тайны* виновник для удовлетворения своих потребностей вынужден всячески охранять жертву, чтобы не допустить интимной близости с ней кого-либо еще. Это достигается блокированием для ребенка самой возможности выхода из поля зрения преследователя и сведением к минимуму контактов жертвы с другими людьми, что позволяет избежать каких-либо высказываний о происходящем или демонстрации озабоченности.

Сохранение тайны – основное условие, обеспечивающее продолжение принуждения. Виновник старательно создает обстановку таинства и экзальтации вокруг своих отношений с жертвой, используя для этого все мыслимые и немыслимые способы убеждения. К примеру: «Мама мне сказала, что ты должен меня любить»; «Мама сама хотела, чтобы ты исполнил (а) мое желание, потому что она выполнить его не может». Блокирование может выглядеть и в виде прямых угроз: «Если ты что-то расскажешь, тебе не поверят. Все подумают, что ты сошла с ума»; «Я отправлю тебя ... в тюрьму (в детский дом)»; «Все в школе узнают, что ты проститутка, и от тебя отвернутся даже твои братья» и т. п.

Фаза *раскрытия (разоблачения)* наступает, как правило, случайно или не-

ожиданно. Только в некоторых, исключительных случаях тайное становится явным по инициативе виновника или благодаря преднамеренному признанию ребенка-жертвы, а потому очень важно проследить, почему это случается. Но самое главное, что с раскрытием заканчивается и разрушается безраздельная власть виновника над жертвой и рассеивается тайна их отношений [9].

Разоблачение может наступить на разных этапах жизни жертвы. Однако оно всегда бывает отсроченным, иногда на много лет. И это в то время, когда дети-жертвы еще задолго до наступления этой фазы посылают окружающим осознанные и неосознанные сигналы, надеясь в глубине души, что члены семьи и другие, благожелательно настроенные к ним люди, заметят и поймут, что с ними происходит. По ряду причин сигналы содержат лишь малую толику информации, и только для того, чтобы получить представление, будут ли и как именно реагировать окружающие. Двусмысленные заявления малышей «о другом мальчике, которого я знаю» при описании своей собственной ситуации относительно этого вымышленного ребенка, как и воспроизведение сексуальных действий в играх именно этих жертв, – это тоже ничто иное, как сообщения об опасности, которые должны привлечь внимание родителей, педагогов, специалистов. Они как бы кричат нам: «Помогите! Я в беде!».

Маленькие дети могут делать и прямые заявления о сексуальном принуждении и насилии, но, к сожалению, далеко не всегда они бывают услышаны взрослыми. Только находясь в комфортном, расслабленном состоянии, например, готовясь ко сну или лежа в кровати, как и в любых других ситуациях, рождающих ощущение любви и заботы, поддержки и защищенности, они могут решиться рассказать все подробно и достоверно. Недаром в большинстве случаев разоблачение насилия как раз и происходит благодаря непосредственному сообщению ребенка.

Но, как свидетельствует практика, первыми, кому ребенок решается все рассказать, становятся все же не взрослые, а другой ребенок – ровесник. Старшие дети, пытаясь разоблачить насилие, также делают намеки о происходящем, но и в этом случае только друзьям, которым доверяют и которые относятся к ним доброжелательно. Интересно, что подростки даже могут уходить из дома без видимой, казалось бы, причины, но в надежде на то, что кто-нибудь заинтересуется истинным положением дел, заставившим сделать этот шаг.

Можно указать на пять основных способов раскрытия фактов сексуального принуждения:

- связный и продуманный, спонтанный и сбивчивый рассказ самой жертвы о совершаемом над ней насилии сверстникам или взрослым;
- фиксация нарушений или непонятных изменений в поведении ребенка самими взрослыми, мотивирующая их на более пристальные наблюдения за ним (плаксивость, активное избегание общества какого-то человека или, напротив, повышенный интерес к нему и др.);
- внешне отмечаемые окружающими физические признаки и симптомы насилия над ребенком, заставляющие внимательнее присматриваться к ситуации (окровавленное нижнее белье, энурез, патологически преувеличенное стремление к чистоте, гигиеническим процедурам или, наоборот, стойкое нежелание совершать их и т. п.);
- аккумуляция подозрений, основанных на поступках и характере пове-

дения виновника и появляющихся изменениях в состоянии и реакциях ребенка (накопление фактов, формирующих твердое убеждение, уверенность);

- непосредственное раскрытие злоупотреблений (к примеру, виновник, попавшийся на «горячем»).

Фаза раскрытия имеет, как правило, следующую последовательность: подробное сообщение ребенка о случившемся, сделанное им кому-то из близких, и реже — признание вины самим виновником; выяснение внутри самой семьи обстоятельств сексуального злоупотребления; подтверждение факта насилия не участвующим в принуждении ребенка родителем (матерью или отцом) и его апелляция сначала к авторитетным лицам и только после этого к специалистам (врачам, педагогам, социальным работникам) и компетентным органам (опека и попечительство, милиция, пр.). Специально следует отметить, что информация от родителей часто противоречит показаниям ребенка или скрывает нарушения в его поведении, которые в комплексе доказывают существование насилия, и не может считаться достаточно достоверной для раскрытия: многим из них свойственно сознательное отрицание любого, и тем более сексуального насилия в семье. В действительности они сами могут быть так или иначе вовлечены в эту ситуацию (излишняя подозрительность, конфликты с ребенком на этой почве) вплоть до прямого участия в ней.

Фаза *супрессии* наступает непосредственно после раскрытия. Она характеризуется нежеланием повергнутого виновника быть до конца «раздавленным». В качестве реабилитирующей меры он включает механизм мощной психологической защиты — сложную структурно-функциональную систему, в которой особую силу приобретает страх, заставляющий настойчиво сопротивляться, не сдаваться, стоять на своем. На помощь ему приходит и такой компонент этой защиты, как «перенос» или — беззастенчивое перекладывание всех испытываемых под нажимом окружающих переживаний на свою жертву, которую он делает виновником и инициатором возникшего в семье кризиса. Супрессия — это и есть попытка: а) стать «над» ребенком, подавить все его попытки сопротивляться и говорить правду, приводя в больших количествах убедительные доводы, свидетельствующие против него, и б) привлечь на свою сторону в качестве союзников других членов семьи, которых он восстанавливает против жертвы. Супрессия направлена на включение последней в сложнейший внешний конфликт с близкими, а потому неудивительно, что в это время душевное состояние и положение жертвы в семье субъективно и объективно становятся еще тяжелее, чем это было «до того».

Фаза *расследования* факта принуждения включает в себя заведение «дела» в юридической инстанции (если для этого есть все основания); вынесение решения о применении санкций в отношении насильника; направление жертвы сначала в медицинское, а затем и социальное учреждение (социально-психологический центр, приют); вмешательство в кризисную ситуацию семьи; терапию жертвы, со-жертв и со-участников; проведение реабилитационных мероприятий до полной стабилизации обстановки в семье; завершение «дела».

Как правило, пострадавший ребенок, где бы он ни находился, дома или в приюте, опасается изменения отношения к себе как со стороны близких, так и окружающих. Реакции и оценки на домашнее сексуальное насилие, будь то принуждение, злоупотребление (как регулярное использование своего ребенка

в качестве сексуального партнера) или изнасилование, со всей очевидностью обусловлены репрессивным мышлением социокультурного контекста и при всей своей разнородности имеют одну общую черту – виктимность, в рамках которой осуждению и обвинению подвергаются не столько виновники, сколько жертвы сексуального насилия. К тому же, что касается детей, то часто этот вид насилия воспринимается окружающими как личное дело самой семьи, а также с определенной долей подозрения, приписывающей детям, которые испытывают психическую депривацию, склонность к фантазиям.

Однако взрослым важно знать: ребенок практически никогда не лжет, если сообщает о случаях сексуальных посягательств со стороны родственников или друзей семьи. Но даже если вам кажется, что вас обманывают и рассказывают очередную «историю», следует всерьез задуматься, а все ли благополучно в этой сфере детской жизни и жизни семьи на самом деле. Пережив насилие и чувствуя бессилие и замешательство, смущение и стыд, сами дети обвиняют во всем случившемся **себя и только себя**, т. к. считают, что именно их собственный характер и недостойное поведение спровоцировали такое обращение со стороны насильника. Иногда причиной насилия они считают (особенно девочки-подростки) собственное тело, а потому стараясь сделать непривлекательными для насильника, прячут его под длинными одеждами, а также, занимаясь самоистязанием и самонаказанием, изо всех сил худеют или, наоборот, впадают в обжорство.

Поскольку детям бывает трудно признаться в совершаемом над ними насилии, родителям и всем, кто соприкасается с ребенком, важно уметь распознавать его сигналы. Что именно может служить в качестве таковых?

Прежде всего, соматические отклонения: тошнота, рвота, головокружение. Более отсроченными могут быть расстройства аппетита, головные боли. Характерным признаком становится нарушение сна. Малыши боятся спать в своей постели, часто просыпаются и плачут, видят кошмары. Более старшим детям свойственны повышенная тревожность и необоснованная смена настроений, в которой преобладают подавленность, плаксивость, агрессия, раздражительность. Крайняя степень нарушений в эмоциональной сфере подростков проявляется в суицидальных попытках. Однако следует помнить, что ни один из признаков, взятый в отдельности, не может служить достаточным доказательством того, что ребенок подвергается сексуальному насилию.

Очень важно рассматривать последствия насилия, пережитого ребенком, с учетом его возрастных особенностей. В разные периоды жизни реакция ребенка на подобную психологическую травму может проявляться по-разному. Наиболее общими симптомами в зависимости от возраста ребенка являются:

- для детей до 3 лет – страхи, спутанность чувств; в поведении отмечаются нарушения сна, потеря аппетита, агрессия, страх перед чужими людьми, преобладание сексуальных игр;
- для старших дошкольников – тревога, боязливость, спутанность чувств, чувство вины, стыд, отвращение, чувство беспомощности, испорченности; в поведении наблюдаются регрессия, отстраненность, мастурбация, повышенное внимание к сексуальным играм;
- для детей младшего школьного возраста – амбивалентность чувства по отношению к взрослому виновнику, сложность в определении семейных

ролей, страхи, чувство стыда, отвращения, испорченности, недоверие к миру; в поведении – отстраненность от людей, нарушения сна, аппетита, агрессивность, ощущение грязного тела, неразговорчивость или, напротив, болтливость, сексуальные посягательства в отношениях с другими детьми;

- для детей 9–13 лет – многое совпадает с предыдущей возрастной группой, а также депрессия, чувство потери ощущений; в поведении – изоляция, манипулирование другими людьми с целью получения сексуального удовлетворения, отклоняющееся поведение;

- для подростков 13–16 лет – отвращение, стыд, чувство вины, недоверие, негативные чувства по отношению к взрослым, сексуальные нарушения, невыполнение и непризнание социальных ролей и статуса взрослых, отрицание своей роли в семье, чувство собственной ненужности и никчемности; в поведении – попытки суицида, уход из дома, агрессивность, отрицание эмоциональной близости с кем бы то ни было.

Для смягчения воздействия пережитой ребенком травмы и помощи семье в преодолении последствий касающегося всех ее членов стрессового события необходимо безотлагательное оперативное реагирование, особенно если затрагиваются интересы очень маленького ребенка, с последующей терапией жертв и со-жертв сексуального принуждения. Однако в любом случае вмешательства нужно иметь в виду, что каждое неожиданное и тем более плохо подготовленное вмешательство в семейную ситуацию может еще больше травмировать детей и взрослых.

В первую очередь это касается случаев, когда сексуальное принуждение было разовым и кратковременным. Как правило, виновник, только однажды совершивший сексуальное принуждение или его попытку, встретив со всех сторон неожиданно жесткую конфронтацию, довольно быстро теряет самообладание и вместе с ним желание сопротивляться. У окружающих благодаря этому появляется возможность эффективно влиять на него. Основную ставку они делают на постепенное развенчание атмосферы таинственности, которой он старался облечь отношения с ребенком. Однако и здесь нужно помнить, что путь от первого подозрения до быстрого разоблачения бывает таким же трудным и долгим, как и в «запущенных» случаях.

Если сексуальное принуждение было продолжительным и зашло далеко, защиту ребенка от насильника может обеспечить только самое тщательное терапевтическое по сути и квалифицированное по форме и содержанию вмешательство в ситуацию, способное создать условия для его нового позитивного развития как жертвы и снятия посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) [11].

Американские психологи предлагают определенную последовательность терапевтических воздействий на детей–жертв семейного насилия с ПТСР и членов их семей (см. ниже). В центре всей этой работы находится динамика семейных конфликтов, в ловушке которых оказалась семья и в решении которых поэтому она должна участвовать целиком. Однако терапевтическая часть работы со случаями сексуального принуждения осложняется тем, что этот вид насилия является официально признанным и, следовательно, юридически значимым преступлением, совершенным одним из ее членов, исключенным из этого процесса, так как он подвергается преследованию на вполне законном основании.

Фазы	Продолжительность	Виды терапии	Цель кризисных семейных встреч
<i>Раскрытие сексуального принуждения</i>	От 2 недель до 3 месяцев	Индивидуальная терапия, кризисная терапия со всеми членами семьи, групповая терапия.	Формирование у ребенка чувства уверенности и защищенности.
<i>Диагноз, узнавание</i>	От 6 месяцев до 1,5 лет	Индивидуальная терапия: отец, мать, брат (сестра), жертва. Групповая терапия. Терапия для матери и жертвы; терапия супружеской пары (если есть цель восстановления семьи). Терапия виновника и жертвы.	Конфронтация, выявление острых углов и болевых точек. Определение хода жестокого обращения с ребенком. Выработка цели терапии совместно с членами семьи. Составление плана консультаций. Обсуждение прогресса.
<i>Реконструкция семейной ситуации</i>	От 1,5 до 2 лет	Семейная терапия. Дальнейшее обучение посредством контакта в группе.	Адаптация к воссоединению с семьей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеева Л.С. О насилии над детьми // Социологические исследования. – 2003. – № 4.
2. А нужны ли России дети? // Дети России на пороге XXI века: Независимый доклад Российского детского фонда о положении детей и реализации Конвенции о правах ребенка в Российской Федерации. – М., 2000.
3. Ильина С.В. Влияние пережитого в детстве насилия на возникновение личностных расстройств // Вопросы психологии. – 1998. – № 6.
4. Кошелева А.Д., Алексеева Л.С. Психологическое насилие над ребенком в семье, его причины и следствия / Насилие в семье: с чего начинается семейное неблагополучие: Научно-методическое пособие. – М.: ГосНИИ семьи и воспитания, 2000.
5. Материалы 1-й Российско-американской школы по работе с посттравматическим стрессом // Вестник РАТЭПП. - СПб., 1995. – Вып. 2.
6. Психологическая помощь пострадавшим от семейного насилия: Научно-методическое пособие / Под ред. Л.С. Алексеевой. – М.: ГосНИИ семьи и воспитания, 2000.
7. Смирнова Е.О. Теория привязанности: Концепция и эксперимент // Вопросы психологии. – 1995. – № 3.
8. Технологии социальной работы с детьми, пострадавшими от семейного насилия: Научно-методическое пособие / Под ред. Л.С. Алексеевой. – М.: ГосНИИ семьи воспитания, 2001.
9. Фрейд А. Лекции по введению в детский психоанализ. – М.: Прогресс, 1991.
10. Фрейд З. Психоанализ детских неврозов. – СПб: Питер, 1997.
11. Хусейн С. Аршад, Вильям Р. Холкомб. Руководство по лечению пси-

хологических травм у детей и подростков. – М., 1998.

12. Ainsworth, M.D.S. Infant-mother attachment // American Psychologist, 34. 1979.

13. Bowlby J. Attachment and loss // Attachment. – NY., 1993. – V. 2.

14. Kempe R.S & C.Y. Kempe. Child abuse. – Cambridge, MA: Harvard University Press, 1978.

15. Loftus, E.F. The reality of repressed memories // Am. Psychol., 1993. – V. 48 (50).

16. Radbill, S. X. (1968) A history of child abuse and infanticide. In: R. E. Helfer and C. H. Kempe (eds) The battered child. Chicago, Ill.: University of Chicago Press

17. Toch, H. The catalytic situation in the violence equation // Journal of Applied Social Psychology, 15. 1990.

Д.Г. Климась¹

ДИАГНОСТИКА ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ 6–10 ЛЕТ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА².

Факультет психологии МГУ им. М.В. Ломоносова (Москва).

За последние годы встречаемость аутистических расстройств значительно возросла. Абсолютное большинство этих детей могут обучаться только в особых, щадящих условиях. В процессе адаптации устойчиво сохраняются эмоциональные нарушения и трудности социального взаимодействия [47, 48, 56]. В оценке социальной адаптации эмоционально-личностная готовность к обучению обычно не учитывается, основное внимание уделяется внешним достижениям: успехи в обучении, формирование определенных навыков и умений, соблюдение правил в условиях учреждений и пр. В настоящее время диагностика и прогноз развития строятся, главным образом, исходя из значений психометрических показателей интеллекта и вербальных способностей³ [32, 51, 52, 58]. Широкую распространенность получили когнитивно-бихевиоральные подходы, ориентированные на формирование отдельных навыков и развитие интеллектуальных функций [26, 40, 45, 56]. При условии специального обучения дети могут быстро достигать формально высоких результатов в этих сферах за счет подражания и относительно сохранных когнитивных способностей. Однако приобретенные таким образом способы поведения остаются ригидными, не переносятся в ситуации свободной активности, часто утрачиваются в отсутствие внешнего контроля. Когнитивные способы регуляции эмоций и поведения в большинстве случаев обнаруживают неэффективность. Дети могут овладеть некоторыми коммуникативными на-

¹ Начало. Окончание см. в следующем выпуске журнала.

² Данная статья написана по материалам кандидатской диссертации Д.Г. Климась «Эмоциональная регуляция у детей с расстройствами аутистического спектра в 6-10 лет», научный руководитель: Бардышевская М.К. (2008).

³ В частности, в современной клинической классификации (МКБ-10), отсутствие задержки интеллектуального и речевого развития считается основным отличием пограничных аутистических расстройств (синдром Аспергера, аутистическая психопатия, шизоидное расстройство) от психотических.

выками и социальными правилами путем интеллектуальных усилий, но используют их аспонтанно, механически [60].

Авторами отечественных исследований аутизма показано, что патогенез данного типа расстройств первично определяется эмоциональными нарушениями [1, 15, 16, 23]. При этом неравномерность достижений наблюдается во всех сферах развития [8, 10, 16]. Обращают внимание общая рассогласованность, неустойчивость проявлений на разных уровнях взаимодействия со средой: эмоциональном, когнитивном, поведенческом. На основе приведенных данных, обзора литературы и собственного опыта работы с детьми с аутизмом мы предположили, что специфику их развития следует анализировать с точки зрения составляющих организации «Я». Особенности эмоционально-личностного развития детей мы предлагаем рассматривать как проявления расхождения в развитии «Фальшивого» и «Истинного Я». На наш взгляд, такой подход позволяет объяснить множественные несоответствия в развитии, специфические трудности социальной адаптации и межличностного взаимодействия в целом, характерные для этих детей.

Понятие «Фальшивое Я» имеет довольно широкое философское и общепсихологическое значение. В экзистенциальной традиции оно рассматривается, как: один из способов не быть самим собой (С.А. Кьеркегор, Ж.П. Сартр – цит. [18]), защитное отождествление с чужой социальной ролью (Р. Мэй [22]), неконгруэнтный опыту образ себя, который развивается в отношениях «условной ценности» для других (К. Роджерс) [27]. В концепции Д. Винникотта показано, что несоответствие в организации «Я» присутствует в каждом индивиде. «Истинная» и «Фальшивая» составляющие соотносятся как центральная область и внешняя оболочка. «Истинное Я» представляет собой индивидуально-экспрессивные качества, «ядро» личности. «Фальшивое Я» является защитной организацией, которая в норме обеспечивает приспособление «истинных» потребностей к требованиям окружения. При шизоидных расстройствах характерно полное замещение или «сокрытие» реальной личности чрезмерно ригидными защитами «Фальшивого Я», что становится препятствием индивидуации и развития социальных отношений [18, 43, 44, 61].

Данное исследование имело поисковый характер, т. к. критерии дифференциации «Истинного» и «Фальшивого Я» разработаны недостаточно. На основе анализа литературы и результатов исследования были разработаны следующие операциональные определения этих понятий:

«Истинное Я» - способы регуляции эмоций и поведения, которые развиваются в ходе межличностного взаимодействия, используются спонтанно и поддерживают индивидуацию.

«Фальшивое Я» - внешние способы регуляции эмоций и поведения, которые переносятся из фетишистских⁴ отношений с окружением и поэтому практически не интериоризируются, используются ригидно и замещают индивидуацию.

По результатам анализа динамики соотношения «Истинного Я» и «Фаль-

⁴ Здесь и далее данный термин используется в значении, предложенном Э. Кестембергом, отличным от классического понимания фетишизма З.Фрейдом. «Фетишистское» отношение предполагает восприятие и использование объекта как неодушевленной собственности, гарантии нарциссизма субъекта [13].

шивого Я» мы выделили различные уровни эмоционально-личностного развития детей с аутизмом. Полученная классификация может быть использована в диагностике тяжести нарушений, а также с целью определения прогноза социальной адаптации и ключевых направлений терапевтической работы.

Методическая схема исследования. Исследование основано на анализе случаев⁵ и проведено в контексте терапевтической работы на базе ЦПМССДиП Центрального административного округа г. Москвы. В исследовании приняли участие 38 детей 6-10 лет с расстройствами аутистического спектра разной степени тяжести (ранний детский аутизм, атипичный аутизм, детская шизофрения, синдром Аспергера, шизоидное расстройство личности). Данные, полученные в процессе индивидуальной терапевтической работы с детьми (16 чел.), были дополнены результатами консультаций с отслеживанием динамики других детей, посещавших Центр (22 чел.). Использованы данные лонгитюдных (от 1,5 до 3 лет) стандартизированных наблюдений за поведением детей на индивидуальных и групповых занятиях, в естественной среде и более структурированных, учебных ситуациях, сведения анамнеза, данные динамических наблюдений других специалистов и родителей детей. В случаях, когда это было возможно, мы использовали простейшие проективные методики.

1) Для оценки эмоционально-личностного развития детей мы использовали параметры методики диагностики эмоциональных нарушений [1].

2) Для определения уровня эмоционально-личностного развития детей с аутизмом мы анализировали соотношение в развитии «Истинного» и «Фальшивого Я».

Уровень развития «Истинного Я» определялся на основе сравнения поведенческих показателей с возрастными нормами. Используются данные литературных источников [4, 6, 7, 9, 14, 17, 19, 25, 30, 36, 37, 38, 57]. Здесь были выделены показатели в трех сферах:

И⁶1. Способы самостоятельной регуляции эмоций

1.1 аффективное состояние

1.2 преобладающие способы регуляции эмоций

1.3 психосоматические проявления

И2. Отношения с предметным миром.

2.1 аффективная оценка средовых стимулов

2.2 уровень аффективной экспансии

2.3 развитие символизации во взаимодействии с предметами

И3. Отношения «Я–другой».

3.1 идентификация других

3.2 коммуникация со взрослыми и сверстниками

⁵ Этот подход в наибольшей степени соответствует целям изучения эмоционально-личностного развития в динамике, в ходе терапевтической работы [35, 49] и отвечает основным принципам построения исследований, принятым в отечественной традиции [12]. Недостатки данного подхода мы пытались преодолеть за счет регулярных обсуждений собственных результатов с другими специалистами, дополнения выборки и использования стандартизированной методики оценки.

⁶ Здесь и далее обозначение «И» - проявления «Истинного Я», «Ф» - проявления «Фальшивого Я», «Фи» - достижения, приобретенные на основе соотношения «Фальшивого» и «Истинного Я».

3.3 толерантность к социальным барьерам

3.4 личностная идентификация

1) на поведенческом уровне

2) на символическом уровне

3.5 способность к символизации собственного опыта

3) Для оценки качества социальной адаптации в зависимости от соотношения «Истинного» и «Фальшивого Я» мы учитывали эмоциональное благополучие и уровень достижений детей в сферах:

Фи1. Способы регуляции эмоций и поведения.

1.1 Аффективное состояние в учебных ситуациях

1.2 Преобладающие внешние способы регуляции.

Фи2. Отношения с предметной средой.

2.1 Способы внешней регуляции эмоций и поведения в предметной среде.

2.2 Уровень когнитивных достижений

2.3 Уровень развития повседневных навыков

Фи3. Отношения «Я-другой»

3.1 Способы внешней регуляции эмоций и поведения в социальном общении

1) в коммуникации со взрослыми и сверстниками

2) в отношении норм и правил поведения

Уровень формальных достижений определялся на основе сравнения результатов детей-аутистов с возрастными нормами [4, 24, 25, 28, 31, 46, 56]⁷. Использованы данные наблюдений, а также дополнительные сведения: 1) достижения в социальной адаптации определялись с учетом результатов по шкале адаптивного поведения Vineland Adaptive Behavioral Scales (VABS); 2) оценка развития когнитивных функций у детей с тяжелыми нарушениями проводилась по методике Psychoeducational Profile (PEP). Дети с нарушениями средней выраженности и расстройствами пограничного уровня проходили диагностику по методике Н.Я. Семаго и М.М. Семаго [28].

Результаты.

На основе соотношения «Истинного» и «Фальшивого Я» выделены 3 уровня эмоционально-личностного развития детей с аутизмом: 1) «Рудиментарное Я», 2) «Симбиотическое Я», 3) «Автономное Я». По показателям развития «Истинного Я», они соотносятся с последовательными этапами нормального онтогенеза. Каждый из этих периодов характеризуется формированием определенных новообразований в эмоционально-личностной сфере. Искажения их развития отличают детей-аутистов 6-10 лет от детей раннего возраста. Эти нарушения становятся причинами фиксации на соответствующих этапах эмоционально-личностного развития, а их компенсация определяет положительную динамику.

С другой стороны, младшие школьники с аутизмом существенно отличаются от детей раннего возраста по уровню развития «Фальшивого Я». Взаимодействие «Истинной» и «Фальшивой» составляющих в личности по-

⁷ На основе этих источников были разработаны шкалы оценки развития внешней регуляции в предметной и социальной сферах. Шкалы сравнения с возрастными нормативами, подробная схема наблюдений, качественный и количественный анализ соотношения «Истинного» и «Фальшивого Я» представлены в тексте диссертации.

следних обеспечивает более высокий и качественно иной уровень социальной адаптации. Благополучие этого процесса зависит от того, насколько достижения «Фальшивого Я» согласованы с «Истинными» задачами и возможностями развития ребенка.

Таблица 1.

Уровни эмоционально-личностного развития детей с аутизмом.

Группы детей 6-10 лет с аутистическими расстройствами	Клинический диагноз	Уровень эмоционально-личностного развития	Этап N онтогенеза
1) Дети с психотическими нарушениями тяжелой степени выраженности	РДА, Атипичный аутизм с УО, РДШ, регрессивная форма	«Рудиментарное Я»	0 - 5 мес.
2) Дети с психотическими нарушениями средней выраженности	РДА, Атипичный аутизм, РДШ, вялотекущая	«Симбиотическое Я»	6-17 мес.
3) Дети с пограничными нарушениями	Синдром Аспергера, Шизоидное расстройство личности	«Автономное Я»	18-36 мес.

Полученные по результатам исследования показатели развития «Истинного Я» на каждом из выделенных уровней и соответствующие формальные достижения в адаптации представлены в табл. 2.

Таблица 2.

Классификация по уровням эмоционально-личностного развития детей с аутизмом.

Параметры сравнения.	«Рудиментарное Я»	«Симбиотическое Я»	«Автономное Я»
Условные определения этапов эмоционально-личностного развития	Ощущение себя как психосоматической целостности, источника психической и физической активности, отдельного от внешнего окружения	Ощущение отдельного существования, предполагающее установление телесных границ, различение внутреннего опыта себя и другого	Целостный, постоянный и более реалистичный образ «Я», объединяющий позитивные и негативные аспекты личности.
Группы детей с аутистическими расстройствами	I. Дети с психотическими нарушениями тяжелой степени выраженности	II. Дети с психотическими нарушениями средней степени выраженности	III. Дети с пограничными нарушениями
Типичные жалобы при сборе анамнеза (гипервозбудимость на	Нарушения на первом году жизни: выраженные трудности установления эмоционального контакта с близкими, нарушения регуляции физиологиче-	Наиболее выраженные нарушения на 2-3 году, связаны с приобретением навыков самостоятельности, резкими изменениями условий и сепарации с близки-	Нарушения на 2-3 году, выражались в ярких проявлениях негативизма и агрессии на любые ограничения. Невозможно отвлечь

первом году неспецифична).	ских циклов. Отмечены признаки комплекса оживления. Последующие новообразования в эмоциональной сфере появлялись со значительной задержкой и искажением.	ми. Отмечались регрессы с потерей навыков. Дефицит эмоционального контакта с близкими в оптимальных условиях, страхи, ригидность предпочтений и поведенческих стереотипов, выраженная задержка развития коммуникативной речи.	ребенка от однообразных игр и вычурных интересов. Ускоренное развитие когнитивных функций, гиперлексия, в сочетании с задержкой появления «Я» в речи.
Истинный уровень эмоционально-личностного развития			
И1. Способы самостоятельной регуляции эмоций 1.1 аффективное состояние	Состояние диффузного психомоторного возбуждения/покоя. Эмоциональные реакции неадекватны ситуации. Мимика однообразна, искажена.	Дифференцированные базовые эмоции, часто неадекватны ситуации. Характерны длительные фиксации на негативных переживаниях, сниженный фон настроения.	Эмоциональные проявления адекватны ситуации. Мимика живая, разнообразная. Частые колебания настроения, трудности регуляции тревоги и агрессии.
1.2 преобладающие способы регуляции	Избегание, аутостимуляции, аффективно-моторные разрядки.	Стереотипное поведение, подражание, фантазирование. Пассивный негативизм чередуется с импульсивными проявлениями физической агрессии.	Агрессия, аффективная коммуникация, символизация в образах и речи.
1.3 психосоматическая сфера	Искажения сенситивности к сигналам внутренних органов и поверхности тела, нарушения регуляции физиологических циклов.	Типичны психосоматические способы реагирования: астма, бронхит, аллергии. Повышена избирательность в еде.	Общая соматическая ослабленность, ипохондрические жалобы, ригидность предпочтений в еде.
И2. Отношения с предметным миром 2.1 аффективная оценка средовых стимулов	Множественные искажения сензитивности в различных модальностях, пассивные реакции на увеличения нагрузки (уход, аутостимуляция) Нарушено различение «опасный - безопасный»	Восприятие окружающего в значительной степени искажено в сторону неприятного. Множественные страхи уничтожения, с тенденцией к фиксации и генерализации.	Аффективная оценка средовых стимулов в целом не искажена. Отдельные страхи одиночества и уничтожения.
2.2 уровень аффективной экспансии	Фиксируются контактные формы обследования. Направленная активность сводится к актам хватания. Полевое поведение. Непереносимость временных отсрочек и других барьеров в исследовательской активности, повышенная пресыщаемость и импульсивность в любой целенаправленной активности концентрация не более нескольких минут).	Исследовательская активность ограничивается рамками знакомого. Снижена устойчивость к внезапным изменениям, нововведениям, неопределенности (острые реакции на сбой стереотипа, отмену ожидаемого). Избегают непривлекательные или сложные виды деятельности.	Высокий. Активно осваивают новое, легко справляются с препятствиями в предметной сфере. Снижена устойчивость к переживаниям неуспеха.
2.3 разви-	Взаимодействие на	Символическое ис-	Организуют слож-

тие сим-волизации в отношении с предметным миром	уровне стереотипных манипуляций, фиксации на отдельных сенсорных свойствах.	пользование предметов. Стереотипные игры и ритуалы.	ную, разнообразную активность, символические игры. Отмечаются сверхценные фиксации на собственных интересах и увлечениях.
ИЗ. Отношения «Я - другой» 3.1 идентификация других	Дифференциация других по отдельным сенсорным признакам, неустойчивость различения «живое - неживое».	Устойчивое выделение близких, но могут путать незнакомых.	Отношения более дифференцированные: стабильно выделяют близких и других взрослых и детей, устанавливают различия в отношениях с ними.
3.2 коммуникация со взрослыми и сверстниками	Выраженные признаки избегания отдельных форм контакта, нарушения координации. Привлекают внимание с помощью вокализаций и моторных актов, преимущественно с целью удовлетворения потребностей. Спонтанно не используют жесты и речь. Не заражаются эмоциональным состоянием другого, не ориентируются на его аффективные проявления и оценки окружающего. Присутствует способность к непосредственной имитации. Избегание общения в группе детей.	Симбиотически привязаны к близким. С незнакомыми поддерживают формальный контакт. Обращения в косвенной, невербальной форме, с целью достижения желаемого. Наблюдаются признаки неустойчивости координации различных видов контакта. Легко заражаются эмоциональным состоянием другого. Целостно копируют чужое поведение. В группе избирательно привязываются к опекающим сверстникам.	Амбивалентные отношения. Часто навязчивы, склонны манипулировать другими. Привлекают внимание с целью разделения интересов и эмоционального опыта, ищут помощи. Зависимы от состояний значимых лиц. Снижена способность к эмпатии. Стремятся к взаимодействию в группе, занимают доминирующую позицию.
3.3 толерантность к социальным барьерам	Игнорирование социальных ограничений, редкие проявления импульсивной агрессии в примитивной форме.	Требования и ограничения провоцируют уход или негативизм самозащитного характера. Переоценка признаков агрессии в поведении других.	Яркие проявления негативизма и агрессии в отношении социальных ограничений. Частые конфликты в группе детей.
3.4 личностная идентификация	Идентификация себя с частными проявлениями активности на физическом уровне. Интерес к своим физическим особенностям, отражению в зеркале. Слабая ориентация в телесных границах. Характерны адгезивные ⁸ способы идентификации. Отсутствие различения	Выделяют себя из окружающего пространства и на уровне телесных границ. Частичное различение «свое-чужое». Образ «Я» фрагментарный, смещенный с образом «Другого»: ситуативные, неустойчивые идентификации с другими людьми и персонажами, неустойчивость	Выделяют себя на физическом уровне. Устойчивое различение вещей в отношении собственности и половой принадлежности. Образ «Я» отделен от «Других», но сохраняются тенденции к смешению, недостаточная устойчивость и интеграция. Тен-

⁸ Физическое «прилипание» к другому с целью поддержания собственной активности, стабильного, интегрированного состояния, использование чужих частей тела, как собственных [41].

	ния «свое -чужое».	различения своих и чужих психических состояний, ориентации во временной перспективе, отрицание негативных аспектов собственной личности. Самооценка диффузна.	денции к проекции и идеализации. Самооценка поляризована, неустойчива.
3.5 способность к символизации эмоционального опыта.	Эмоциональный опыт остается на уровне разрозненных сенсорных фрагментов. Не способны к символическому использованию предметов, не идентифицируют схематичные изображения. Речь – вокализации.	Использование символических образов в играх и фантазиях стереотипного характера, которые используются с целью защиты от страхов уничтожения. Трудности вербализации болезненных переживаний и непосредственного выражения протеста.	Эмоциональный опыт выражается в спонтанных сюжетных играх и образах фантазий. Типичны фантазии всемогущества. Присутствует способность к вербализации и осмыслению собственного опыта, но проявляется неустойчиво.
Неразрешенная задача развития и основные цели терапии	Установление контакта и развитие базовых стереотипов взаимодействия с окружающими и предметной средой в наиболее комфортных, доступных для ребенка и стабильных условиях.	Развитие регуляции агрессии и страхов посредством коммуникации. Развитие привязанности, работа с негативизмом, создание безопасного пространства для непосредственного выражения «истинных» переживаний с целью ослабления защит «Фальшивого Я».	Развитие регуляции состояний фрустрации в условиях принятия и поддержки самостоятельности и предъявления стабильных, адекватных требований.
Психологический возраст (в годах)	0 - 0,5	0,5 – 1,5	1,5 - 3
Достижения в социальной адаптации.			
Основы формирования «Фальшивого Я»	Непосредственная имитация, Глобальное узнавание и запоминание.	Подражание (целостное копирование поведения других), когнитивные функции (в основном, механическая память).	Внешние идентификации (избирательное подражание авторитетным фигурам, без осмысления и интериоризации внутренних качеств), когнитивные функции
Функции «Фальшивого Я» в адаптации.	Обеспечивает освоение простейших стереотипов организации активности с целью поддержания стабильного, интегрированного состояния и удовлетворения базовых потребностей.	Дети осваивают внешние стереотипы поведения в условиях школы, которые используются в попытках регуляции страхов уничтожения, обеспечивают поверхностное приспособление к требованиям.	Внешние достижения используются с целью самоутверждения.
Фил. Аффективное отношение к услови-	Нестабильное состояние. Выражены тенденции к избеганию любых форм обучающих занятий. Отсутст-	Стабильно сниженный фон настроения, избирательные познавательные интересы в отдельных областях	Охотно посещают школу, что связано с интересом к общению и освоению нового в избира-

ям обуче- ния	вие познавательных интересов.		тельных областях. Преобладает нега- тивное отношение к учебным занятиям в целом. Выражены колебания настрое- ния, тревожность, депрессивные реак- ции.
Фи2.1 Внешние способы регуляции в пред- метной сфере	С организующей по- мощью дети могут научиться регулиро- вать свое состояние посредством простей- ших поведенческих стереотипов на уровне быта. Для организации активности требуется физическое ограниче- ние поля деятельно- сти, внешнее структу- рирование посредст- вом наглядных изо- бражений и четких, последовательных указаний взрослого на каждом следующем шаге (в среднем – до уровня 2-х лет)	Стереотипы поведе- ния в условиях шко- лы, организация дея- тельности с опорой на внешнюю структуру (планы, расписания, бланки). Попытки ре- гуляции с помощью внешней речи: повто- рение выученных ин- струкций (в среднем – до уровня 4,5 лет).	Попытки когни- тивной регуляции поведения и учеб- ной активности (с помощью внешней речи, планирова- ния); справляются с организацией выполнения учеб- ных заданий, тре- буют напоминаний вначале и в момен- ты переключения (до уровня 6-ти лет).
Фи2.2 Формаль- ные дос- тижения в когни- тивной сфере	Осваивают элемен- тарные учебные навы- ки (складывание кар- тинок-вкладышей, механический счет, «глобальное чтение», копирование форм или букв) (до уровня 3-х лет).	Обучение по програм- ме для детей с ЗПР в условиях коррекцион- ных школ (задержка в когнитивном развитии на 2-3 г.). Накаплива- ют большой объем сведений в отдельных областях, которые за- трудняются обобщить и свободно использо- вать. Успехи в «твор- честве» основаны на заучивании и подра- жании.	Справляются с учебной програм- мой для возрастной нормы в «щадя- щих» условиях. Высокий уровень достижений в ин- теллектуальной сфере и творчестве.
Фи2.3 Повсе- дневные навыки	В повседневной сфере дети приобретают эле- ментарные навыки са- мообслуживания, свя- занные с выживанием. С помощью могут вы- полнять простые быто- вые поручения. На ули- це и в общественных местах требуют посто- янного присмотра со стороны (до уровня 3,5- 4 лет).	Навыки самообслужи- вания осваивают не полностью и часто не используют. Не могут без помощи выпол- нять задания, следить за вещами, не само- стоятельны на улице (до 4-х лет).	Навыки самооб- служивания полно- стью сформирова- ны, но справляются с повседневными обязанностями только при внеш- нем контроле (до уровня 6 лет).
Фи3. Внешние способы регуляции в обще- нии	Могут быть выучены простейшие стереоти- пы коммуникации (от- дельные жесты, штам- повые обращения), при внешней органи- зации могут механи- чески принимать уча- стие в простых диало-	Могут научиться пра- вильным, социально- приемлемым спосо- бам обращений и от- ветов в рамках фор- мального общения, стереотипно обозна- чают базовые эмоции. С помощью могут	Заемствованные «взрослые» манеры поведения и обще- ния, формальное соблюдение соци- альной дистанции и правил вежливос- ти, следования требованиям при

	гичных играх (по внешним признакам – до уровня 2-х лет). Усвоить социальные нормы ни при каких условиях не удастся.	участвовать во взаимодействии по выученным правилам. Ригидно воспроизводят социально желательное поведение, выучивают и стереотипно следуют нормам (до уровня 3,5 лет).	внешнем контроле. Попытки регуляции эмоций и поведения за счет интеллектуальных усилий. Могут проявлять критичность к собственному поведению (до уровня 5 лет).
Общая характеристика социальной адаптации	Адаптация в рамках бытовых, рутинных занятий. В остальных сферах достижения поддерживаются исключительно внешним образом и часто утрачиваются.	Адаптация основана на внешнем подчинении формальным требованиям, поддерживается при условии опеки и помощи со стороны.	Относительно благоприятный характер адаптации, социальные достижения более связаны с «истинными» целями и интересами детей, в то же время следование требованиям остается внешним.

Кратко рассмотрим ключевые особенности развития и социальной адаптации в каждой из групп.

1) «Рудиментарное Я».

В ходе нормального онтогенеза в течение первого полугодия жизни развиваются механизмы регуляции аффективного напряжения за счет формирования стереотипов взаимодействия с опекающим взрослым. Дети, вошедшие в 1 группу, не справляются с этой задачей, что становится очевидным уже на первом году жизни. В результате они не достигают в своем развитии ощущения психосоматической целостности, отдельной от внешнего окружения, и могут идентифицировать себя лишь с отдельными физическими проявлениями. Аффективный опыт остается на уровне разрозненных сенсорных фрагментов, которые не могут быть интегрированы в единый символический образ. Вследствие указанных нарушений им также не удастся овладеть элементарными стереотипами взаимодействия с внешней средой и другими людьми. На основе имеющихся способностей к непосредственной имитации, глобальному узнаванию и запоминанию они могут освоить внешние стереотипы регуляции, которые используются для поддержания стабильного состояния и удовлетворения потребностей, а также обеспечивают социальную адаптацию на уровне бытовых, рутинных занятий. С той же целью они устойчиво осваивают основные повседневные навыки. Остальная часть формальных достижений ими быстро утрачивается по причине слабой связи с «Истинным Я». В отсутствие устойчивых стереотипов взаимодействия дети не могут в полной мере освоить даже простейшие коммуникативные обращения и нормы поведения. Их неспособность к интеграции опыта на символическом уровне делает невозможным осмысленное обучение даже на элементарном уровне.

Внешне освоенные способы регуляции появляются только после соответствующего обучения, в ответ на соответствующий внешний запрос, воспроизводятся ригидно, без эмоциональной окраски и неосмысленно. Эти особенности указывают на искусственный, «фальшивый» характер этих достижений. В данной группе «Фальшивое Я», представленное системой внешних стереотипов и физических средств поддержки, полностью замещает первичную интеграцию «Я».

Общий уровень социальной адаптации остается значительно ниже возрастных норм. За счет имитации дети могут демонстрировать отдельные навыки более высокого уровня развития (на 2-3 года). Однако таким способом не удастся компенсировать дефицит самостоятельных средств, необходимых для обучения и социального взаимодействия. Результаты в этих сферах остаются неустойчивыми, поэтому в дальнейшем детям, видимо, не удастся овладеть школьной программой и достичь независимого существования. В периоды ухудшения психического состояния можно ожидать потерю тех элементарных навыков организации поведения и общения, которые они приобретают в условиях обучения. В этих ситуациях, как правило, поведение детей полностью дезорганизуется (хаотическая активность, аутостимуляции) и с трудом поддается внешней коррекции. Трудности регуляции напряжения усиливаются у детей в ответ практически на любую аффективную нагрузку, поэтому их социализация ограничена рамками привычных условий и стереотипных занятий. Их воспитание в подростковом возрасте обычно проходит в условиях семьи или специализированных интернатов. В общении с окружающими и в организации активности они остаются зависимы от помощи близких. Их трудовая деятельность, вероятно, будет связана с выполнением однообразных действий на основе сформированных навыков. Эти предположения согласуются с описанными в литературе динамическими наблюдениями [60].

2). «Симбиотическое Я».

В случае нормального развития в период 6-17 мес. формируются способы аффективной коммуникации с матерью. Ребенок начинает справляться со страхами и другими негативными переживаниями посредством аффективного взаимодействия. Благодаря этому к 1 году он приобретает большую самостоятельность и начинает лучше адаптироваться к изменяющимся условиям. Отличие от этого у детей-аутистов данной группы не хватает средств для поддержания непосредственного контакта и решения этих задач. Вследствие нарушений в развитии на данном этапе у детей вплоть до младшего школьного возраста сохраняются выраженные трудности регуляции страхов, препятствующие освоению нового. Образ «Я» остается фрагментарным, смешанным с образом «Другого» и крайне неустойчивым. Отмечаются искажения в развитии символических функций: преобладают стереотипные, эмоционально выхолощенные фантазии и образы защитного характера (например, механистические изображения значимых событий и идентификации себя, фантазии всемогущества). Обращают внимание трудности вербализации эмоциональных состояний.

В ходе адаптации к школе на основе подражания и когнитивных функций дети 2 группы осваивают внешние стереотипы организации учебной деятельности и поведения, а также выучивают формальные сведения, что позволяет частично компенсировать трудности регуляции в предметной активности и может способствовать снижению страхов уничтожения. Они демонстрируют более высокие достижения в когнитивной сфере по сравнению с предыдущей группой, что, в частности, связано с наличием познавательных интересов в избирательных областях. Эти достижения и способы регуляции обеспечивают формальную адаптацию к условиям обучения при поддержке и контроле взрослых. В социальной жизни успехи детей не так высоки и менее стабильны по причине дефицита средств непосредственной коммуникации и

слабой мотивации. Они остаются отстраненными в общении со сверстниками и не проявляют интереса к собственным социальным успехам. Приемлемые модели поведения и правила осваиваются крайне ригидно и неосмысленно. В повседневной сфере они сохраняют зависимость от помощи взрослых, поручая им даже те действия, которые уже могут выполнить самостоятельно.

В условиях достаточно четкого жизненного стереотипа, которые предоставляет школа, состояние детей может быть относительно стабильным, однако малейшие сбои и изменения провоцируют аффективные вспышки, панические реакции. Ситуации неопределенности вместо попыток реального преодоления вызывают уходы в фантазии и стереотипную активность. При столкновении с трудностями дети не могут намеренно отказаться от предлагаемых им занятий и выражают неготовность к этому лишь косвенными признаками, соматическими симптомами или посредством копирования поведения окружающих. За внешним подражанием, социально желательными обращениями и ответами, формальным подчинением скрывается сопротивление социальным требованиям и невозможность предъявления собственной, отдельной от «другого» позиции. Это указывает на преобладание в развитии «Фальшивого Я», которое в данном случае защищает настоящее.

Описанные проявления, по-видимому, будут и в дальнейшем усиливаться, т. к. жизнь после школы еще менее предсказуема и предполагает возможность самостоятельного выбора и преодоления сложностей.

На основе литературных данных можно предположить, что и по мере взросления дети будут сохранять зависимость от опеки со стороны и смогут овладеть профессией только при соблюдении этих условий [60]. Вследствие низкой самостоятельной активности и преобладания самозащитных установок их успехи, скорее всего, будут ниже, нежели можно ожидать, исходя из результатов обучения и интеллектуальных тестов. Круг общения ограничится в основном близкими людьми. В отношениях с другими будут сохраняться тенденции к избеганию.

3) «Автономное Я».

На данном этапе (18-36 мес.) в ходе нормального онтогенеза ребенок переходит к активным, самостоятельным способам освоения среды, преодоления препятствий и социальных барьеров. Последняя задача остается актуальной для детей с аутистическими нарушениями 3-й группы по причине невозможности внутренней идентификации с позитивными аспектами поведения близких. Образ «Я» в этом случае отделен от образов других, но сохраняются тенденции к смешению и недостаточная интеграция. Дети спонтанно выражают собственный опыт посредством аффективных образов и речи. Наряду с этим сохраняются трудности осознания и вербализации состояний, связанных с неуспехом. Вследствие указанных нарушений в ходе адаптации к школе устойчиво сохраняются проявления негативизма и агрессии при предъявлении социальных норм.

За счет внешних идентификаций и когнитивных функций дети достигают высоких результатов в обучении, практически самостоятельны в рамках быта и осваивают способы внешней регуляции в предметной деятельности на уровне старшего дошкольного возраста. Эти достижения обнаруживают связь с их «истинными» интересами и стремлением самоутверждению. Способы

внешней регуляции в социальном общении осваиваются крайне неустойчиво, вследствие их несоответствия «истинным» возможностям эмоциональной регуляции и интересам детей. Соблюдение норм и правил поведения в социальных условиях продолжает обеспечиваться за счет внешнего контроля.

Если сопоставить наши результаты с литературными источниками, можно предположить, что в дальнейшем представители данной группы смогут добиться успехов в профессиональной деятельности, связанной с их интересами, однако проблемы межличностных отношений будут устойчиво сохраняться [60]. Дети чрезмерно болезненно воспринимают неуспехи в значимых для них областях, поэтому в этих ситуациях могут наблюдаться симптомы тревоги и проявления агрессии. Достаточно велик риск девиантного поведения.

Наряду с этим, по сравнению с предыдущими группами, социальная адаптация на «Автономном» уровне имеет относительно благоприятный характер: социальные успехи являются значимыми для детей целями, они способны творчески использовать полученные знания, стремятся отстаивать свою позицию и интересы в школьных условиях. Это говорит о большей согласованности в развитии «Истинного» и «Фальшивого Я», по сравнению с вышеописанными случаями.

Таким образом, достижения в «Истинном» эмоционально-личностном развитии младших школьников с аутизмом ограничиваются пределами раннего возраста. Тем не менее, в условиях адаптации к школе дети из разных групп осваивают способы внешней регуляции эмоций и поведения в 3-4 раза выше своих «истинных» возможностей. Эти формальные достижения во всех случаях характеризуют следующие качественные особенности: 1) они приобретаются преимущественно за счет внешних, а не самостоятельных усилий, развиваются на основе имитаций, внешних идентификаций и когнитивных функций без соответствующей эмоциональной основы (не соответствуют возможностям самостоятельной эмоциональной регуляции и внутреннему опыту); 2) используются неустойчиво, в ригидной, эмоционально выхолащенной манере, малоосмысленно; 3) не интериоризируются; 4) служат для замещения самостоятельного участия ребенка в отношениях с социальной средой как отдельной личности и избегания болезненных внутренних состояний. Перечисленные характеристики свидетельствуют о том, что освоенные внешние достижения связаны с развитием «Фальшивого Я». В общем случае «Фальшивое Я» выполняет функции защиты от дезинтеграции, страха отделения, замещает непосредственные проявления сопротивления и агрессии, обеспечивает внешнее приспособление к окружению, но препятствует подлинной индивидуации и социализации детей. В связи с этим основные цели терапевтической работы должны быть согласованы с «истинным» уровнем, возможностями и задачами развития. Несмотря на то, что в реальной практике отличить «истинные» и «фальшивые» проявления достаточно сложно, решение этой задачи является важным этапом диагностики, составления прогноза развития, социальной адаптации и определения ключевых направлений работы с ребенком.

АРХИВ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ, ПСИХОЛОГИИ, СОЦИАЛЬНОЙ И КОРРЕКЦИОННОЙ ПЕДАГОГИКИ

ВЛАДИМИР ВИКТОРОВИЧ КОВАЛЕВ

(1928-2008)

К 80-летию со дня рождения

В.В. Ковалев¹

К КЛИНИЧЕСКОЙ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ПСИХОГЕННО ОБУСЛОВЛЕННОЙ ПАТОЛОГИИ ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В СВЯЗИ СО ШКОЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИЕЙ² Центральный ордена Ленина институт усовершенствования врачей (Москва).

Патология поведения занимает большое место среди других причин школьной неуспеваемости детей и подростков. По мере снижения числа инфекционных заболеваний, являющихся основным источником органических поражений головного мозга в детском возрасте, в настоящее время все более отчетливо в происхождении патологии поведения выявляется роль психогенного фактора.

Между тем педагоги, школьные врачи и детские психоневрологи часто недооценивают значение психогенного фактора в происхождении трудностей поведения детей и подростков.

Наиболее часто психогенно обусловленные формы патологии поведения встречаются при трех группах пограничных состояний: при неврозах, патохарактерологических реакциях и патологических развитиях личности. Разделение этих состояний в значительной мере условно.

Группу неврозов, в зависимости от степени остроты симптоматики, длительности и относительной роли психотравмирующих факторов, а также в зависимости от того, у какой личности возникают эти реакции, целесообразно делить на невротические реакции и невротические состояния. Большое значение в возникновении трудностей поведения, обуславливающих школьную неуспеваемость, имеют невротические состояния.

При невротических состояниях могут наблюдаться те или иные трудности поведения, иногда доходящие до степени психопатоподобных проявлений. Наиболее выраженные трудности в поведении наблюдаются при возбужденном варианте астенического синдрома. Трудности поведения в школе у детей с синдромом раздражительной слабости обусловлены их повышенной раздражительностью, двигательной расторможенностью, неусидчивостью и

¹ Дети с временными задержками развития / Под ред. Власовой Т.А., Певзнер М.С. – М.: Педагогика, 1971. – С. 20-25.

² Редакция оставляет авторское написание, но при этом считает нужным, как и ранее, указать, что понятие нарушенной, искаженной адаптации следует обозначать как «**дизадаптация**» вместо более распространенного в последнее время «дезадаптация». 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 на сайте www.glossary.ru.

нарушениями активного внимания. Во время урока они перестают слушать педагога, начинают заниматься посторонними делами, вертеться, разговаривать. На перемене они чрезвычайно подвижны, легко возбуждаются, вступают в конфликты с детьми.

При отсутствии лечения и при неправильном педагогическом подходе происходит утяжеление невротического состояния, присоединение реакций протеста, педагогическая запущенность. Все это углубляет невротическое состояние и приводит к возникновению вторичных реакций на школьную неуспеваемость.

Невротические состояния в отличие от невротических реакций отличаются тенденцией к затяжному течению с возможностью перехода в невротическое развитие личности.

Критериями перехода затяжного невротического состояния в невротическое развитие личности являются повышенная готовность к возникновению невротических реакций.

В процессе динамики затяжного невроза происходит перестройка нервно-психической реактивности. В одних случаях она проявляется в невротическом развитии личности. В других случаях появляются изменения в характере, что приводит к возникновению реакции протеста, отказу от посещения школы, нарушает взаимоотношения ребенка и подростка с окружающей средой.

Особое значение имеют реакции протеста, такие как уходы из дому, отказ от обучения в школе, которые могут в случае присоединения педагогической запущенности имитировать задержку психического развития и даже умственную отсталость, на что указывают французские исследователи (L. Micloux, D.J. Duche и др.). Наиболее частые причины реакций протеста в школьном возрасте могут быть схематически разделены на две группы: 1) конфликтная ситуация в семье, (неправильное воспитание, ссоры между родителями, деспотизм отца или матери, алкоголизм одного или обоих родителей, противопоставление детей в семье и др.) и 2) психотравмирующая ситуация в школе (конфликтные отношения с педагогом или с учащимися, несоответствие между требованиями к ученику и его возможностями и др.).

В зависимости от характера возникновения могут быть выделены три основных типа психогенно обусловленного формирования личности: 1) патохарактерологическое развитие, возникшее в связи с неблагоприятными условиями микросоциальной среды, неправильным воспитанием или психотравмирующими ситуациями, 2) невротическое развитие как следствие затяжного, неблагоприятного течения неврозов и 3) патологическое формирование личности.

Наибольшее значение в возникновении трудностей поведения, обуславливающих школьную дезадаптацию во всех ее проявлениях (нарушения дисциплины, неуспеваемость и др.), принадлежит 1-му типу психогенного патологического формирования личности — патохарактерологическому развитию.

Среди различных клинических разновидностей патохарактерологического развития, отличающихся преобладанием тех или иных патологических черт характера, преимущественную роль в происхождении школьной дезадаптации играет возбудимый вариант, в котором преобладают такие характерологические проявления, как повышенная эффективность, несдержанность, склонность к конфликтам и активным реакциям протеста, агрессивность.

Возникновение патохарактерологических реакций в большинстве случаев

предшествует развитию начальной стадии патохарактерологического развития.

Патологические реакции при неблагоприятных условиях, фиксируясь и закрепляясь, переходят в патологические черты характера. В дальнейшем отрицательные характерологические сдвиги постепенно приводят к тому, что первоначальная реактивная окраска поведения как бы исчезает. Этот этап можно рассматривать как преемственную (по О.В. Кербинову) стадию патологического развития личности.

Несмотря на то что сдвиги характера в начальной стадии патохарактерологического развития обладают определенными возможностями обратимости, эти возможности при этом типе развития значительно меньше, чем при патохарактерологических реакциях, а для их реализации требуется более длительная медико-педагогическая работа. Кроме того, при патохарактерологическом развитии значительно возрастает готовность к возникновению вторичных патологических реакций.

Знание детскими психиатрами особенностей перехода патохарактерологических реакций в патологическое развитие личности имеет практическое значение для профилактики становления стойкой патологии личности.

В связи с описанными выше сдвигами характера при возбудимом варианте патохарактерологического развития всегда наблюдается школьная дезадаптация. Она начинается с конфликтов с педагогами и учащимися, ухода с уроков и других нарушений дисциплины, к которым вскоре присоединяется снижение успеваемости. В условиях массовой школы это приводит к педагогической запущенности. Часть таких подростков в конечном итоге оказывается за пределами школы. В итоге возникает определенная опасность присоединения к приобретенной патологии характера еще и социальной запущенности, которая в свою очередь способствует заострению и закреплению наметившихся патохарактерологических сдвигов.

Исключительно важным мероприятием в плане коррекционно-воспитательной работы с такими подростками явилось бы создание сети специализированных школ с системой трудового воспитания. Фактически только в таких школах при правильной организации их работы может осуществляться полноценное обучение подростков с возбудимым типом патохарактерологического развития.

В динамике патохарактерологических развитий (как и других форм патологии характера у детей и подростков) особое значение имеет пубертатный период с его соматической и психологической перестройкой.

Именно в этом периоде наиболее велика опасность перехода патохарактерологического развития в стойкую патологию личности. Но, с другой стороны, именно в этом возрастном периоде возможно сглаживание трудностей поведения и имеются условия, способствующие «депсихопатизации».

Несмотря на то что описанные клинические формы патологии поведения у детей и подростков имеют психогенное (в широком смысле) происхождение, их возникновение в значительной мере зависит также от ряда условий, таких как легкая резидуальная церебрально-органическая недостаточность, соматическая ослабленность, биологические сдвиги, свойственные возрастным кризисам, прежде всего пубертатному, особенности личности.

Как видно из изложенного выше, перечисленные разновидности погра-

ничных состояний, обуславливающие трудности поведения и нарушения школьной адаптации, а иногда и сопровождающиеся асоциальным поведением у подростков, представляют динамические формы, связанные друг с другом незаметными переходами и нередко трудно разграничиваемые. Они нуждаются в отграничении, с одной стороны, от психопатии, и с другой стороны, от состояния педагогической и социальной запущенности. Несмотря на обратимость описанных психогенно обусловленных форм патологии поведения и характера при неблагоприятных условиях среды, их длительном сохранении, а также при наличии внутреннего конфликта возможна трансформация переходящих изменений характера в относительно стойкую патологию личности, утрачивающую какие-либо психологически понятные связи с особенностями психотравмирующих влияний и трудно отличимую или неотличимую к зрелому возрасту от аномальной психопатической личности.

В свете изложенного очевидно, что коррекционно-воспитательные мероприятия, направленные на предупреждение и устранение психогенно обусловленных трудностей поведения у детей и подростков, имеют важное значение не только для преодоления школьной дезадаптации и недопущения педагогической и социальной запущенности детей и подростков, но и для профилактики стойкой патологии личности.

Ю.С. Шевченко

ВОСПОМИНАНИЯ ОБ УЧИТЕЛЕ

У каждого из нас есть свой Главный Учитель. Для меня таким Учителем был Владимир Викторович Ковалев, который не только открыл мне путь в науку и сделал преемником на кафедре, которую сам принял из рук Груни Ефимовны Сухаревой и блестяще возглавлял долгие годы, но и во многом определил мои жизненные принципы и гражданскую позицию.

Помнится, своим другом и коллегой Борисом Александровичем Леденевым мы честолюбиво мечтали стать вторыми профессорами при В.В. Ковалеве, считая это высшей планкой собственной карьеры, поскольку сравняться с Учителем нам даже в голову не приходило.

Как-то, написав совместную статью, мы совершенно искренне предложили Владимиру Викторовичу стать ее соавтором, поскольку все основные положения, излагаемые в ней, основывались на его концепциях, а правки, которые он сделал, знакомясь с ее первым вариантом, превратили смутный «росток» в весьма приличное «дерево». Владимир Викторович категорически отказался, заметив, что у него и так достаточно самостоятельных работ. Сам же Владимир Викторович весьма щепетильно относился к вопросам научной этики и обязательно указывал в текстах фамилии своих учеников, если пользовался их данными.

Кстати о правках. После того как Учитель один раз прочитывал подготовленную статью своего сотрудника или главу его диссертации и вносил в нее замечания и исправления, ученику уже ничего не надо было делать ни в плане содержания, ни в плане стиля и даже орфографии, а лишь перепечатать работу набело. Более «сырые» опусы Владимир Викторович сопровождал ироничными замечаниями типа: «Чушь», «Ерунда», «Это что-то новенькое в

психиатрии», «По-моему, это плод Ваших фантазий», «Не мешало бы заглянуть в орфографический словарь» и т. п. Как-то один из диссертантов составил целый коллаж из подобных ремарок, чем весьма позабавил сотрудников.

Начинающих ученых, робеющих перед признанными авторитетами, Владимир Викторович наставлял: «Где бы Вы ни были, в каком бы высоком научном форуме не принимали участия, если есть что сказать – обязательно скажите».

Поражала эрудиция Владимира Викторовича. Однажды, выехав во время выездного цикла на экскурсию в Белозерский монастырь, сопровождающие услышали от него увлекательную лекцию о древней Руси. Он не просто владел несколькими иностранными языками, профессионалы-лингвисты сетовали, что из-за психиатрии филология потеряла большого ученого в лице профессора Ковалева. Слушать Учителя было всегда не только интересно, но и эстетически приятно – настолько его речь была правильна, богата и живописна.

Забавный случай. Как-то Борис Александрович по просьбе шефа вешал у него на квартире люстру. Владимир Викторович для надежности страховал снизу стремянку, на которой тот стоял. Дабы заполнить молчаливую паузу, Борис Александрович стал расспрашивать профессора о зарубежных поездках, в которых тот бывал, и в частности спросил, не доводилось ли ему видеть там порнографические фильмы, о которых в то время граждане Советского Союза только слышали. Владимир Викторович сказал, что как-то из любопытства посмотрел такой фильм и с присущей ему обстоятельностью довольно подробно пересказал его содержание. При этом сумел это сделать, не используя не только ни одного вульгарного, но даже ни единого нелитературного слова.

Лекции Учителя были академичны и насыщены информацией. Однажды, беседуя с курсантами, обучавшимися на кафедре, мы услышали их восторги в отношении лекций одного из сотрудников кафедры, покоровших их своей артистичностью. При этом они позволили оценить их выше лекций профессора. С этим мы никак не могли согласиться и попросили показать нам конспекты обоих лекций. Конспект лекции Ковалева занял больше двух десятков страниц. После названия лекции упомянутого коллеги стояла одна фраза: «Гоголь был похоронен живым». И все. Больше спорить было не о чем.

Слыша порой упрёки коллег в том, что мы «служим» Ковалеву, мы с Борисом Александровичем спокойно отвечали, что считаем за честь служить такому Человеку. Мы гордились своим Учителем и, что греха таить, порой купались в лучах его славы. И как же мы переживали, когда узнавали, что, подав в очередной раз документы на членство в Академию медицинских наук, профессор Ковалев не проходил по конкурсу. И не из-за того, что по каким-то конъюнктурно-политическим соображениям его опережал другой, пусть достойный, но гораздо менее значительный ученый. Сейчас имя его, другого, помнят немногие, а В.В. Ковалева продолжают активно цитировать. Для нас он заведомо был непревзойденным. Зная своего Учителя как рыцаря науки, честолюбие которого соответствовало его таланту, продуктивности и каждодневному напряженному труду, мы понимали, что каждый такой «провал» для него был равноценен инфаркту. Таких «инфарктов» было три...

Сейчас, отмечая 80 лет со дня рождения Владимира Викторовича Ковалева, я благодарю судьбу за то, что у меня был такой Учитель, а у отечественной детской психиатрии такой лидер, на которого можно еще долго равняться.

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

Л.Н. Винокуров, Л.П. Кузма, И.Г. Черная
РЕЗУЛЬТАТЫ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ
РЕГИОНАЛЬНОЙ ЛАБОРАТОРИИ
ПРОБЛЕМ ШКОЛЬНОЙ ДИЗАДАПТАЦИИ

Костромской областной институт повышения квалификации работников образования (Кострома).

Известно, что в последние годы снижение численности детского населения в стране одновременно сопровождалось заметным ухудшением его физического, психического и социально-психологического здоровья, падением уровня воспитанности и образованности, ростом беспризорности, преступности и наркомании, инвалидности и иных социально негативных явлений среди несовершеннолетних.

Одной из актуальных проблем общего образования была и остается школьная дизадаптация (ШД), под которой мы подразумеваем совокупность признаков нарушений приспособления ребенка/подростка к условиям обучения, не отвечающим «актуальному уровню» его развития, состоянию здоровья, природным способностям, либо тем и другим одновременно. В зависимости от механизма возникновения и особенностей дальнейшего развития ШД проявляется медленным усвоением тех или иных учебных дисциплин, нарастающей утратой учебной мотивации и педагогической запущенностью, учащением невротических и поведенческих реакций ребенка на психотравмирующую ситуацию, обусловленную стойкой школьной неуспеваемостью, а также присоединением психосоматических расстройств в ответ на хронический деструктивный школьный стресс.

Установлено, что «корни» ШД уходят глубоко в период раннего развития ребенка, обнаруживая себя уже в дошкольном возрасте и особенно в начале школьного обучения. Так, например, число детей с недостаточным уровнем развития, необходимого для обучения в школе, за 1999-2004 гг. в среднем увеличилось с 20% до 41,1%. (А.А. Баранов), т. е. почти у каждого второго из российских детей семилетнего возраста отсутствует психофизиологическая готовность к усвоению учебной программы.

По мере перехода таких детей из класса в класс школьные трудности, как правило, возрастают. Еще чаще признаки «функциональной незрелости» встречаются у детей 6–6,5 лет, а также среди тех, кто не посещал дошкольные учреждения и проживающих в сельской местности. В свою очередь, недостаточная сформированность «базовых психических функций» - различные сочетания и степени выраженности речевого недоразвития, нарушений фонематического, зрительного и пространственного восприятия, зрительно-моторной координации, недостаточность интеллектуальных предпосылок в виде высокой психической истощаемости, неустойчивости активного внимания, слабой словесной памяти и других важных для обучения чтению, письму и математике являются тем «внутренним фактором», который затрудняет усвоение ребенком школьной информации и навыков в установленные программой сроки.

Таким образом, ШД – сложный, многофакторный по механизму возникновения и развития социально-педагогический феномен, формирующийся в условиях противоречия, с одной стороны – между индивидуальными особенностями, в том числе уровнем психического развития и состоянием здоровья ученика, с другой – предъявляемыми требованиями стандартной учебной программы, игнорирующими эти особенности.

Учитывая актуальность проблемы ШД, Ректорат Костромского областного института повышения квалификации работников образования принял решение о создании соответствующей лаборатории. Лаборатория функционирует с 1 сентября 2006 г. в составе 3 человек: заведующего (детский психиатр, кандидат мед. наук), клинический психолог (кандидат психол. наук) и логопед с большим опытом практической работы.

Основная цель деятельности лаборатории – поэтапное обеспечение Департамента образования и науки достоверной информацией об уровне распространенности в регионе детей с признаками ШД и групп риска для принятия комплекса управленческих решений, направленных на сокращение ШД и предупреждение ее социально-негативных последствий этой проблемы (утрата здоровья, правонарушения несовершеннолетних и др.).

Основными задачами лаборатории на 2007 г. были:

- определение уровня распространенности ШД среди учащихся начального звена сельской школы (1-4 классы), изучения условий обучения этих детей, а также речевых расстройств среди дошкольников, посещающих детсад;
- изучение структуры клинико-психологических особенностей, свойственных исследуемым группам детей и вызывающих их трудности в учебно-воспитательном процессе, для определения содержания учебных программ подготовки и переподготовки школьных психолого-педагогических кадров;
- подготовка пакета предложений по созданию условий, обеспечивающих реализацию требований Закона Российской Федерации «Об образовании» и программы модернизации образования до 2010 г. в части гарантий прав ребенка на адаптивность обучения применительно к индивидуальным способностям, уровню развития и состоянию здоровья.

Методы комплексного исследования: клинико-эпидемиологический, нейропсихологический и логопедический.

Комплексным исследованием были охвачены начальные классы 21 сельской школы 6-и районов Костромской обл. Кроме того, в целях выявления детей с нарушениями речевой функции, нуждающихся в помощи логопедов, обследовались выпускники дошкольных учреждений, расположенных на тех же административных территориях.

Из 546 учащихся начальных классов (1-4) сельских школ были обследованы 347 человек (63,6%). Остальные в силу независимых от нас причин оказались за пределами обследования.

Дети с различными видами ШД, проявляющейся прежде всего школьной неуспешностью, составили 198 чел. или **57%** от общего числа обследованных учащихся. Из них 58 чел. (**29,3%**) нуждались в обучении по программе 8 вида, 140 детей (**40,3%**) - по программе 7 вида. Кроме того, 83 учащихся (**24%**), имеющих весьма посредственную успеваемость, обнаружили признаки недоразвития так называемых «базовых психических функций», по которым их

можно отнести к «группе риска» по ШД. Лишь 61 ребенок (**17,6%**) на момент обследования не имели признаков нарушения функциональной зрелости к усвоению стандартной учебной программы.

Следует заметить, что удельный вес функционально зрелых детей и детей «группы риска» по мере перехода из класса в класс начальной школы имеет тенденцию к сокращению, тогда как **группа «дизадаптированных» возрастает**: от **50,8%** в 1-м классе до **73,3%** в 4-м.

В порядке сопоставления с представленными выше данными сошлемся на результаты аналогичного исследования, проведенного 30 лет назад в Костромской области группой детских психиатров и логопедов совместно с научными работниками НИИ психиатрии МЗ РСФСР: из общего количества неуспевающих учащихся начальных классов (14%) обследованных сельских школ число детей, нуждающихся в обучении по программе 8-го вида составляло от 3,4% до 5% (в зависимости от удаленности района от областного центра), тогда как остальные могли обучаться по облегченной (адаптированной) общеобразовательной программе.

Из 225 выпускников сельских дошкольных учреждений нами выявлен 181 (80,4%) ребенок с речевыми нарушениями, нуждающимися в логопедической помощи, которую они не получали (за редким исключением, когда были основания для направления их в специальную речевую школу г. Костромы). Это означает, что около 4/5 организованных детей-дошкольников имеют высокий риск неуспешности по усвоению навыков чтения и письма, а также ожидаемые трудности при решении задач, требующих логического рассуждения. Между тем, **в ряде районов нет ни одного логопеда**, у которого можно было бы получить хотя бы консультативно-методическую помощь.

В целях сопоставления данных по селу и городу привлечены результаты исследований, проведенных за ряд последних лет логопедами одного из наиболее крупных районных центров области. В **2002 г.** из 426 обследованных дошкольников выявлены 172 ребенка (40,4%) с речевыми нарушениями. В **2003 г.** из 332 выпускников городских ДОУ 139 детей (41,9%) обнаруживали речевые нарушения, требующие помощи со стороны логопеда. В **2006 г.** уровень распространенности детей с речевой патологией среди выпускников ДОУ достиг 55,9% (114 детей - «логопатов» на 204 дошкольника). В **2007 г.** на 3 средние школы и одну гимназию среди 127 поступающих в первый класс были выявлены 77 детей /60,6%/.

Таким образом, на фоне ежегодного снижения численности детей, поступающих в 1-й класс, одновременно имеет место **непрерывный рост числа детей** с недоразвитием одной из важнейших для обучения «базовой функции» - речи.

Предварительные выводы по результатам исследования:

1. Подавляющее большинство сельских детей еще на этапе дошкольного и особенно в начале школьного обучения обнаруживает признаки незрелости так называемых «базовых» психических функций: недоразвитие различных сторон речи, недостаточность двигательной координации, пространственного и фонематического анализа, слабость поведенческой саморегуляции и многих других психических функций, которые, наряду с повышенной истощаемостью ЦНС либо пресыщаемостью ребенка, в существенной степени влияют на темп и качество усвоения навыков чтения, письма, счетных операций и др. Предпо-

жение, что признаки «незрелости» этих психических функций могут быть устранены за время посещения ДООУ, не подтверждается практикой, прежде всего в связи с **многофакторным** характером их происхождения. Несмотря на то, что **каждый второй** из российских детей **семилетнего** возраста не имеет психофизиологической готовности к усвоению учебной программы (Инструктивно-методическое письмо Минобрнауки РФ, 2003), значительная часть сельских малышей начинает школьную жизнь с 6,5–6 лет, многие из них овладевают чтением, письмом и счетными операциями на уровне 1-го класса лишь к концу 4-го года обучения. Не случайно число учащихся с признаками ШД возрастает за счет «группы риска» по мере перехода их из класса в класс.

2. Сокращение числа учащихся в начальной школе сопровождается ростом среди них удельного веса детей с недоразвитием «базовых психических функций». Если отмечаемое в стране повышение рождаемости детей будет сопровождаться теми же проблемами их развития, то сейчас необходимо безотлагательно приступить к разработке и осуществлению комплекса предупредительных мер, отвечающих Закону «Об образовании» РФ в части ст. 2 п. 3, предусматривающей «адаптивность системы образования к уровню и особенностям развития и подготовки обучающихся, воспитанников».

Между тем, недостаточная информированность школьных и дошкольных педагогических работников, а также руководителей образовательных учреждений об особенностях проявлений, динамики и многофакторных причинах формирования ШД у детей **затрудняет их своевременное выявление и соразмерную их численности целенаправленную подготовку специалистов**, в которых остро нуждаются такие дети, имеющие предусмотренное законом **право** на получение образования, соответствующего их индивидуальным возможностям.

Штатная численность областной и территориальных психолого-медико-педагогических консультаций (ПМПК), а также нормативы их рабочей нагрузки таковы, что значительная часть детей, прежде всего с «пограничными» формами психических расстройств и аномалий развития, составляющими «нижнюю часть айсберга», остается не выявленной, обращая на себя внимание лишь в классах основной школы глубокой педагогической запущенностью, повторяющимися поведенческими нарушениями, невротическими реакциями, прогулами, отказами от посещения школы и др. негативными признаками. Отсюда напрашивается необходимость пересмотра штатно-нормативного приказа по ПМПК или поиск иного решения, отвечающего упомянутой ситуации.

Вместе с тем, наличие заключения ПМПК о том или ином виде программы обучения детей с ШД вовсе не гарантирует его автоматического исполнения, поскольку ни одна из обследованных нами школ не располагала соответствующим набором специальных программ, учебников, учебных пособий, а также педагогическими кадрами, подготовленными к работе с этими детьми. Мало того, несмотря на очевидный рост численности детей с речевыми нарушениями, в ряде районов области со ссылкой на нехватку мест в ДООУ сокращается численность логопедических групп. Одновременно, вопреки росту числа детей с «пограничными» формами интеллектуальной недостаточности, в области упразднены классы компенсации (предусмотренные Законом «Об образовании» РФ, ст. 17 п. 4) и в несколько раз сокращены классы коррекционно-развивающего обучения.

4. В подавляющем большинстве трудности, испытываемые детьми в начальной школе, представляют собой отдаленные последствия перинатальной патологии в форме различных вариантов синдрома «минимально-мозговой дисфункции», часто сочетающиеся с влиянием неблагоприятных генетических и социально-психологических факторов.

5. В силу малой плотности населения и других причин сравнительно невысокий уровень обеспеченности районов области квалифицированными врачебными кадрами сказывается на уровне охвата и качества диспансеризации детей, которая, помимо выявления тех или иных расстройств либо заболеваний, предполагает, прежде всего, осуществление регулярного лечения и наблюдения за его эффективностью. Между тем, в карте развития ребенка после записи диагноза нередко отсутствуют указания на то, в чем он нуждается, и срок очередного обследования.

6. Отсутствие контроля ПМПК за исполнением школами своих собственных рекомендаций и выявлением ошибочных решений лишает детей своевременной помощи, а заключения нередко служат для учителей лишь оправданием продолжающейся неуспешности ребенка, который не получает здесь и того, что предусматривают рекомендации ПМПК.

7. Сельская школа (да и не только сельская), будучи «интегративной» в силу неоднородности контингента учащихся в одном классе, сегодня практически не способна обеспечить условия обучения, предусмотренные Законом «Об образовании»: **принцип дифференциации и соразмерности педагогических требований индивидуальным особенностям, уровню развития и состоянию здоровья.** С другой стороны, принцип «подушевого финансирования школы», т. е. выделения средств в зависимости от числа ее учащихся, будучи распространенным на сельскую школу, может еще больше осложнить ее функционирование.

8. Сельский учитель фактически занимается с тремя разнородными категориями учащихся, предполагающих разные программы обучения, тогда как юридические основания для этого отсутствуют, как нет и установленного порядка оплаты учителя, оценки качества его труда, требований к аттестации и т. п.

9. В ряде случаев, на наш взгляд, необходима ранняя (уже после 4–5 классов) профессиональная подготовка ученика за счет сокращения академических часов по предметам, которые ему недоступны. Такой подход мы наблюдали в ряде школ Франции, такой опыт есть и в России.

10. Наряду с расширением знаний среди будущих учителей на психолого-педагогическом факультете университета и слушателей ИПКРО о работе с детьми с признаками ШД, это необходимо и для руководителей образования любого уровня.

11. В целях повышения эффективности взаимодействия между департаментами образования и здравоохранения целесообразно создать проблемный координационный совет при областной администрации по вопросам школьной и социальной дизадаптации с привлечением руководителей школ и ДООУ, наиболее компетентных специалистов по специальной педагогике и психологии, логопедии, врачей-педиатров, детских невропатологов и психиатров, юристов, работников комиссий по делам несовершеннолетних, преподавателей педагогических колледжей, психолого-педагогического факультета и ИПКРО.

Таким образом, результаты предварительных исследований учащихся сельских образовательных учреждений свидетельствуют о сложности и растущем масштабе проблемы ШД, требующей системного подхода как к оценке формирования этого социально-педагогического явления, так и к способам его преодоления.

Т.И. Егорова, И.А. Бурлакова

**РАЗВИТИЕ ПРОДУКТИВНОГО ВОООБРАЖЕНИЯ
И ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СТАРШИХ ДОШКОЛЬНИКОВ**
Зеленоградский центр психолого-медико-социального сопровождения (Москва).

В настоящее время в детских дошкольных учреждениях на регулярных обучающих занятиях ребенка приучают мыслить логически, рационально. Поскольку для этого возраста ведущей деятельностью является игра, а одним из основных психологических новообразований — воображение, акцент на репродуктивное мышление не позволяет в полной мере развивать способность к самостоятельному творческому мышлению.

В работе предложен комплекс занятий по развитию продуктивного воображения старших дошкольников, который включает в себя ряд психолого-педагогических условий гуманистической психологии. Первоначально целью данной работы было выявление особенностей влияния комплекса следующих психолого-педагогических условий:

- эмоциональное раскрепощение детей;
- отсутствие психологических «запретов» на креативность и творчество;
- широкий спектр деятельности для реализации творческих замыслов;
- сотворчество с ровесниками и взрослым;
- создание атмосферы успешности, что создает реальный успех деятельности ребенка.

В процессе работы оказалось, что комплекс упомянутых выше психолого-педагогических условий наряду с развитием творчества способствует коррекции эмоционально-личностной сферы старших дошкольников.

Объектом исследования являлись: дети старшего дошкольного возраста.

Методы исследования: Для диагностики воображения детей использовались методики «Дорисовывание фигур», «Куклы» [2], «Где чье место?» [3], для диагностики эмоционально-личностной сферы ребенка - проективные методики «Дом», «Нарисуй себя», «Рисунок семьи», «Рисунок семьи животных» [1], для социометрического исследования в группе - методика «Два дома». Также проводились наблюдения за детьми во время занятий и во время игры.

Исследования проводились с детьми двух подготовительных групп детского сада № 14 г. Москвы, который работает по программе «Истоки». В каждой группе присутствовало по 16 детей. Помимо занятий по программе «Истоки» с детьми экспериментальной группы проводились дополнительно занятия по развитию воображения. С детьми контрольной группы эти занятия не проводились.

Следующая структура занятий позволяла реализовать упомянутые выше

психолого–педагогические условия:

1. Вступительная часть:

- приветствие;
- разминка, психогимнастика, направленная на сближение, эмоциональное раскрепощение детей.

2. Основная часть:

- творческое задание;
- групповое решение задания;
- индивидуальное графическое решение и сказкотворчество;
- индивидуальная запись сказки.

3. Прощание.

Приветствие и разминка были направлены на налаживание контакта и создание группе детей атмосферы эмпатии и успешности. Суть основной части содержалась в развитии и поддержании инициативы, приветствие новых решений. Работая в группе, дети эмоционально заряжаются инициативой друг друга; создается среда, насыщенная новыми для них идеями, в которой они легко могут дополнить решение товарища или генерировать свое собственное - атмосфера мозгового штурма. Таким образом происходит интериоризация своих и чужих впечатлений, опыта, мыслей. На занятиях креативность детей проявлялась различными способами: анализ, сочинение сказок, рисование, разыгрывание в ролях эпизодов сказок. Во время прощания можно отметить, что понравилось или не понравилось на занятии, высказать свои пожелания на следующее занятие.

Перед началом занятий по развитию воображения в обеих группах была проведена диагностика развития воображения по методике «Дорисовывание фигур» [2]. Средние коэффициенты $K_{ор}$ в группах оказались близкими друг другу и равными 3.8 и 4.1 для экспериментальной и контрольной групп соответственно. Сопоставление коэффициента оригинальности воображения $K_{ор}$ и качества рисунков детей экспериментальной группы показало, что оригинальность рисунка и оригинальность образа не всегда соответствуют друг другу. Так, у детей с высоким $K_{ор}$ рисунки оказались менее оригинальными, чем у некоторых детей со средним $K_{ор}$. Диагностика развития воображения по методикам «Где чье место?» [3] и «Куклы» [2] проводилась только в экспериментальной группе. Максимально высокий бал одновременно по всем методикам не набрал никто. 3 детей показали по трем методикам два высоких и один средний бал. 1 ребенок получил один высокий и два средних балла. На занятиях эти дети проявляли высокий уровень креативности. Они предлагали новые идеи и решения в творческих заданиях. 5 дошкольников получили по всем методикам среднюю оценку. На занятиях активность этих детей была не постоянна и изменялась от высокого до среднего уровня. Остальные дети демонстрировали воображение от среднего до низкого уровня по всем диагностикам. Но именно у этой группы детей произошли максимальные изменения уровня воображения после развивающих занятий.

После окончания занятий в обеих группах была проведена повторная диагностика воображения по методике «Дорисовывание фигур» [2]. Средний коэффициент $K_{ор}$ в группах оказался равным 5.6 и 3.6 для экспериментальной и контрольной групп соответственно. По результатам диагностики $K_{ор}$ в экс

риментальной группе в среднем повысился на 46% (рис. 1), тогда как в контрольной группе он понизился на 12%. Наибольшие изменения $K_{ор}$, как в абсолютном, так и в относительном значении произошли у детей с низким $K_{ор}$.

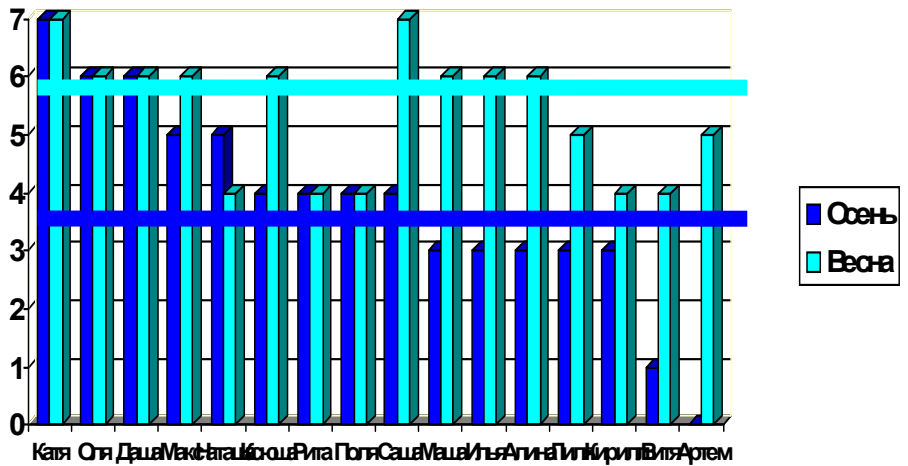
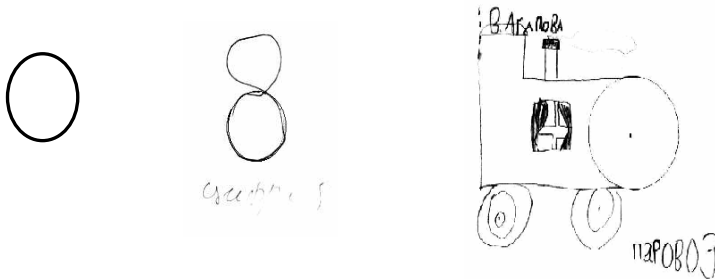


Рис. 1 Коэффициенты оригинальности воображения $K_{ор}$ детей экспериментальной группы до и после занятий («Дорисовывание фигур»).

Качественный показатель в контрольной группе в среднем повысился незначительно. В экспериментальной группе качественный показатель заметно повысился. Например, у О. первичная фигура (рис. 2), осенью была дорисована до «цифры 8» (рис. 3), что по шкале О.М. Дьяченко соответствует типу 1 «Отдельные объекты». Изображение схематично, лишено деталей, образуется достраиванием до элементарного целого. Весной, после проведения курса занятий, та же первичная фигура достраивается ребенком до изображения паровоза (рис. 4), что соответствует типу 5 «Включение», где первичное изображение окружности включается как один из второстепенных элементов воображаемого образа.



Т. о., комплекс упомянутых выше психолого-педагогических условий способствует развитию продуктивного воображения старших дошкольников в результате творческих занятий, о чем свидетельствует значительное повышение количественных и качественных показателей развития продуктивного воображения детей экспериментальной группы. Наибольшие изменения произошли у детей, которые в начале занятий показывали средние и низкие ре-

зультаты. В контрольной группе уровень воображения детей остался практически без изменений.

Эмоционально-личностные изменения. Диагностика воображения детей экспериментальной группы по методике «Куклы» показала, что 3 из 16 детей проявляют эмоциональный вид воображения, а 13 - познавательный. Надо заметить, что наблюдение и результаты (сказки и рисунки) деятельности детей на каждом занятии давали информацию как о типе воображения, так и об уровне их креативности. 4 детей на диагностическом занятии показали познавательный тип воображения, но в процессе занятий они проявляли как познавательный так и эмоциональный тип воображения. 3 детей на первых занятиях прилежно пересказывали один из известных сюжетов сказок или историй, не вводя никаких своих элементов. Например, Л. на первых четырех занятиях не создавала оригинальных произведений. На четвертом занятии она впервые высказала самостоятельное решение. После этого ее сказки стали показывать только эмоциональный тип воображения. Из оставшихся шести занятий в четырех она представляла сказки с конфликтными отношениями как с мамой, так и с другими героями ее сказок.

Тематика детских сказок, а также наблюдение детей на занятиях и во время игры позволила предположить, что у некоторых из них есть проблемы эмоционального характера. Мы разделили их на 3 основные группы: травмирующие взаимоотношения с мамой, плохая коммуникация со сверстниками, недостаток эмоциональных впечатлений. Ниже приводятся некоторые выдержки из сказок детей, которые содержат аффективно-эмоциональные высказывания.

Травмирующие взаимоотношения с мамой. Бабка Ёжка утащила сестренку..... братик прибежал домой рассказал, как найти эту избушку. *А бабка Ёжка там стояла, испугала маму, мама в обморок упала, папа маму отнес домой, а сыночек вернулся и спас сестренку. Они вернулись, и мама дала братику 2 конфетки, а сестренке жвачку.*

Зайчик убежал, мама его хорошо отругала, сказала - все больше не будешь гулять, зайчик очень обиделся, пошел в пещеру другую, а там мишка жил, его звали ворчун, он просто не любил, когда на него орут, и он всегда ворчал на всех. Зайчик спрашивает - почему ты всегда на всех ворчишь, он говорит - потому что все на меня орут так, и мне не нравится. Зайчик пошел домой и сказал - мама я у тебя останусь, мама сказала - иди отсюда, мне к другим надо сходить...

...И ежик побежал искать маму. И прибежал домой. Наступила ночь тогда, когда он прибежал домой. И мама сказала - ты будешь мне помогать?. А он сказал - мам вы меня сами разденьте, пожалуйста, а я вам завтра помогу, а мама сказала - какой же ты бездельник у нас, и он опять встал и побежал маме помогать. ... - я как этот ежик.

Как- то давно жил мальчик, у него была мама, у него умерла мама, он остался один. А потом, он сказал другу своему: «Друг, друг, можно я у тебя буду жить, а он сказал - нет, нельзя. Почему ты маму свою не любил, а он сказал - потому что она ругала меня каждый день.

Взаимоотношения в группе дошкольников. В процессе развивающих занятий проявлялись напряженные эмоциональные взаимоотношения детей друг с другом. Для получения более полной информации о взаимоотношениях в группе

была проведена диагностика по методике «Распределение по двум домам» [1].

Из 16 детей в группе 3 не имеют положительных взаимных выборов, они отвергаются всеми детьми, с которыми хотели бы общаться сами. Еще 3 детей имеют только два совместных положительных выбора. Если учесть, что дети по различным причинам часто отсутствуют и не посещают детский сад, то ребенок с небольшим числом дружеских контактов часто остается в полном одиночестве. Эти дети, находящиеся в группе ежедневно по 8–10 часов в состоянии отвержения ровесниками, постоянно получают вербальные и невербальные сигналы «ты плохой, ты нам не нужен». Наблюдениями установлено, что эмоциональное состояние О. и И. понижено, Вт. и К. отвечают сверстникам вербальной и невербальной агрессией, П. и Кр. внешне остаются оптимистами, но в их сказках часто проявляется вербальная агрессия.

Таким образом, тематика детских сказок, повторение детьми травмирующих сюжетов из занятия в занятие, а также диагностика взаимоотношений детей в группе сверстников и наблюдение детей на занятиях и во время игры позволили нам сделать вывод, что детей старшего дошкольного возраста волнуют проблемы взаимоотношения с мамой, плохая коммуникация со сверстниками, неудовлетворенные потребности в сопереживании.

В процессе работы мы наблюдали позитивные изменения в эмоциональном состоянии детей. Ниже описываются изменения эмоционального состояния девочки из числа «отверженных»

На первых групповых занятиях с психологом О. не вступает во взаимодействия со сверстниками. Дети открыто отказываются вставать с ней рядом, давать руку. Девочка в свою очередь демонстрирует нежелание взаимодействовать с детьми. Со взрослыми она легко идет на контакт. На занятиях О. сочиняла короткие бесконфликтные истории, ее рисунки сделаны в виде пиктограмм. В проективной методике «Нарисуй себя» О. отказывается рисовать себя. После просьбы, повторенной несколько раз, соглашается, идентифицирует себя с героиней фильма «Леон». Леон трогательно опекает девочку по имени Матильда. Леон – верный, и преданный друг всегда на стороне Матильды. О. рисует Матильду с пустым лицом, только овал и волосы (рис. 5).



Рис. 5. «Нарисуй себя».



Рис. 6. «Рисунок семьи животных».

В методике «Рисунок семьи животных» О. рисует маму в виде большой кенгуру, на фоне мамы – старшего брата в виде ежа. Мама и брат располагаются в середине чуть справа центра листа (рис. 6). Папа в виде небольшой птицы в центре наверху. О. отказывается рисовать себя. После просьбы, повторенной несколько раз, рисует себя в виде бантика, подписывает бант:

LEON-МАТИЛЬДА. Бант располагается в нижней части листа, цвета банта не имеют общих цветов с другими членами семьи.

В проективной методике «Дом» О. поселяет Леона+Матильду в отдельной комнате, выделяя их подчеркиванием (рис. 7).

В проективной методике «Рисунок семьи» О. отказывается рисовать себя, потом все-таки рисует отдельно от других членов семьи в виде портрета Матильды (рис. 8), комментируя: «Это папа и брат, папа может орать, это похоже на страшный сон».

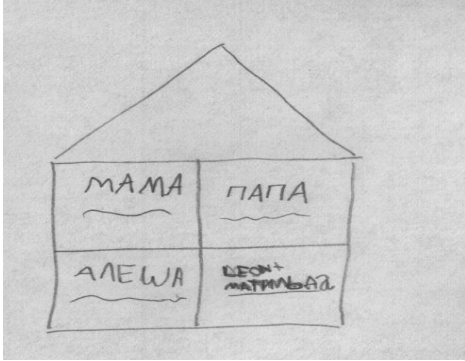


Рис. 7. «Дом».



Рис. 8. «Рисунок семьи».

Т. о., все диагностические методики и результаты наблюдения за ребенком во время занятий и игр указывают на неблагополучие самочувствия девочки в семье и в группе детского сада. Рисунки к ее сказкам представляют собой пиктограммы. От занятия к занятию пиктограммы постепенно становятся более красочными, а сказочные истории развернутыми. На одном из завершающих занятий, О. рисует себя в виде Матильды и впервые прорисовывает лицо. А в конце цикла занятий О. рисует красавицу Аленушку в полный рост и пишет теплую ласковую сказку.

Выводы

1. Разработанный нами комплекс психолого–педагогических условий на занятиях способствует эффективному развитию продуктивного воображения. Наиболее отчетливые изменения выражены у детей с первоначально низким уровнем воображения.

2. Дети в своих творческих работах отражают волнующие их эмоциональные проблемы: взаимоотношения с родителями, неудовлетворенные потребности в сопереживании.

3. Комплекс упомянутых выше психолого-педагогических условий наряду с развитием творчества способствует коррекции эмоционально-личностных проблем старших дошкольников. В работе с детьми с выраженными эмоциональными проблемами разработанные психолого-педагогические условия могут рассматриваться как условия психокоррекционной работы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Венгер Л.А. Психолог в ДОУ. - М. 2004.
2. Дьяченко О.М. Развитие воображения дошкольника. - М., 1996. - 197 с.
3. Кравцова Е.Е. Разбуди в ребенке волшебника. - М.: Просвещение, 1996. - 158 с.

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ

О.Г. Казакова

НЕВРАСТЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ: СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА ПО ДАННЫМ ЛИТЕРАТУРЫ¹

Российская медицинская академия последиplomного образования
(Москва).

Неврастения (от *neurosus* - «возбудимый» и *asthenia* - «слабость») является самым распространенным из трех классических психоневрозов, к которым также относятся истерия и невроз навязчивых состояний, составляющих клинико-концептуальную базу неврологии, в том числе и детско-подросткового возраста [46, 57, 50, 81]. В современной медицинской практике нет единого действующего определения так называемого состояния «нервной слабости». В Америке и Западной Европе термин «неврастения» отсутствует, в то время как в России, Китае, Японии он широко используется [99, 120, 149, 131].

Доминирующим в клинике неврастении является астенический синдром [2, 46]. В настоящее время для обозначения астенических расстройств используются два термина, по сути являющиеся синонимами: «синдром хронической усталости» (Chronic Fatigue Syndrome - CFS) [115, 156, 157] и «астенический синдром» [8, 46, 81]. CFS у взрослых определяется как хроническая усталость, длящаяся более 6 мес. и вызывающая нарушения физических и психических функций (U.S. Centers for Disease Control - CDC) [147]. Американские исследователи считают, что чаще всего CFS встречается у девушек-подростков с высоким уровнем школьного абсентеизма (от лат. *absentia* - отсутствие) [140]. В большинстве случаев, также как и у взрослых, CFS предшествуют воспалительные заболевания, но вопрос о том, насколько определение CFS для взрослых подходит детям, остается дискуссионным. Кроме того, CDC указывает, что CFS маловероятен у детей младше 10 лет [147, 148].

Отечественные детские психиатры используют термин «астенический синдром», определяя это состояние как постоянное ощущение и/или жалобы на чувство общей слабости, повышенной утомляемости (при любом виде нагрузки), а также снижение работоспособности, сочетающиеся с двумя или более из нижеперечисленных жалоб: мышечные боли, головные боли напряжения, головокружение, нарушения сна, диспепсия, неспособность расслабиться, раздражительность, - подчеркивая существенное отличие клинической картины астенических состояний у детей в сравнении со взрослыми [46, 81, 84, 96]. К собственно неврастении относятся состояния психогенной природы, при которых астенический синдром является ведущим на всем протяжении заболевания, а вся клиническая картина ограничивается расстройствами невротического уровня [8, 46, 81, 91].

История изучения неврастении

Термин «невроз» впервые был предложен W. Cullen в 1776 г., что представлялось как «функциональное нарушение». В дальнейшем он претерпел

¹ Начало. Окончание см. в следующем выпуске журнала.

множество изменений [24, 45, 123, 148]. Согласно современному представлению, невроз - это функциональное, психогенное (как правило, конфликтогенное) нервно-психическое расстройство, возникающее в результате нарушения особо значимых жизненных отношений человека, проявляющееся в специфических клинических феноменах и характеризующееся отсутствием психотических явлений [43, 44, 70, 84, 123, 126]. Невротический срыв возможен у любого человека, однако его характер и форма тесно связаны с индивидуальным предрасположением и особенностями личности [5, 80].

Неврастения является самым распространенным из классических психоневрозов. «Отцом» неврастении по праву считается американский врач-невролог George Miller Beard, который впервые описал ее в 1869 г. [цит. 139]. G.M. Beard интерпретировал неврастению, которая в прямом смысле означает «нервную слабость», как болезнь, вызванную быстрым ритмом жизни современности [цит. 118]. Этиопатогенетические механизмы G.M. Beard объяснял способностью организма реагировать на окружающие раздражения, умением освобождать нервную энергию. Если требования к нервной системе превышали уровень ее энергетических ресурсов, возникал срыв, который и обозначался как «неврастения». Дав полное описание болезни, G.M. Beard рассмотрел более 50 различных симптомов в ее клинике. Все эти они были разделены на фундаментальные, содержащие в себе явления физической истощаемости и психической истощаемости, и дополнительные - мышечные боли, головная боль, сонливость, бессонница, нейровегетативные и кардиальные нарушения, сексуальная слабость у мужчин, снижение половой активности у женщин и широкий круг психологических и соматических проявлений [цит. 149]. Кроме того, G.M. Beard различал 7 клинических форм неврастении: церебральная, миелостения, половая, травматическая, половинная, гастроинтестинальная, истероневрастения [цит. 28]. В 1880 г. вышла монография G.M. Beard «Nervous Exhaustion (Neurasthenia)» и в 1881 г. - «American nervousness, Its Causes and Consequences». Это способствовало распространению термина «неврастения» или «американский невроз» в Европе. Одними из первых европейцев, вскоре после G.M. Beard описавшими неврастению, были R. Neisser в Германии и J.M. Charcot во Франции [цит. 120]. J.M. Charcot, занимавшийся в основном изучением головных болей при неврастении, подчеркнул такие ее проявления, как нейромускулярная астения, шейные и поясничные спинальные боли, постоянные головные боли, интеллектуальная астения [цит. 120]. Под его влиянием неврастения заняла место рядом с истерией, став вторым «большим неврозом».

В Германии концепция неврастении как функционального невроза была активно поддержана [142]. Известны работы E. Kraepelin по изучению неврастении, в которых он включает симптомы неврастении и истерии в описание психозов, тем самым указывая на родство и отрицая независимое существование этих патологий [127]. В своей работе F. Kaufmann пишет о неврастенической базе для сексуальных расстройств у мужчин [цит. 145]. В 1897 г. вышла монография голландского ученого G. Jelgersma, в которой освещается проблема неврастении. Примерно в это же время голландские ученые (A. W. van Renterghem и F. van Eeden), стали применять гипноз для лечения неврастении [цит. 100]. В Голландии же впервые в начале XX века заговорили о

неврастении применительно к детям, чаще употребляя термины «нервность» и «слабонервность» [цит. 98].

В 1896 году S. Freud описал так называемый актуальный невроз (от нем. aktuell - нынешний), при котором симптомы нервного расстройства, включая тревогу и астению, связаны со стрессовыми нарушениями зрелой сексуальной жизни. Актуальный невроз S. Freud отличал от психоневроза. Если при актуальных неврозах на первый план выступает конфликт, существующий в настоящее время, то при психоневрозах актуальный конфликт «будит» переживание юности, оживляет фиксационные пункты либидо, старый конфликт вновь оживает. S. Freud выделял два невроза, названных им актуальными: собственно неврастению и невроз страха. С собственно неврастением, рассматриваемой S. Freud как следствие неумеренной мастурбации, соотносились такие симптомы, как усталость, головные боли, желудочно-кишечные нарушения, включая запоры, парестезии и проявления сексуальной слабости [113, 135].

В Англии первое упоминание о неврастении датируется 1886 г. [149]. Еще задолго до описания неврастения G.M. Beard существовала «английская болезнь», характерная для высших сословий общества, в то время как «американский невроз» являлся болезнью рабочего класса. В 1909 г. в Англии выделили травматическую неврастению, появился термин психастения [145], а в 1932 г. неврастению классифицировали как субкатегорию психоневрозов [149].

После I мировой войны диагноз «неврастения» исчезает из неврологической терминологии, оставаясь психиатрической патологией, подразумевая под собой только психологическое нарушение [155]. Начиная с 30-х годов XX века, неврастения постепенно уходит из системы диагнозов в Америке и странах Европы [136, 155]. Впоследствии симптомы хронической усталости относили к таким заболеваниям, как мышечный энцефаломиелит, хроническая форма заболевания, вызванного вирусом Эпштейн-Барр, исландская болезнь, хронический бруцеллез, фибромиалгический синдром [111, 155], а симптомы «нервной слабости» - к тревожным и аффективным расстройствам [107, 122]. В последние десятилетия западная психиатрия придерживается диагноза «синдром хронической усталости» для описания схожих с неврастением состояний [134, 141, 155]. В Китае и Японии диагноз неврастения существует с 1900 г. и до сих пор [104].

В России первое упоминание о возникающих преимущественно в юношеском возрасте состояниях «периодической усталости» появилось в 1899 г., автором был А.Я. Анфимов [79]. Уже в начале XX столетия Н.Е. Осипов впервые дал точное описание неврастения. Он создал собственную неврологическую систему, в основе которой лежало психологическое понимание неврозов, особенно подчеркивалась роль эмоций в их развитии [цит. 71]. В работе И.Б. Гроссмана [28] неврастения трактовалась как психоневроз, в основе которого лежит расстройство равновесия и правильного взаимоотношения между двигательной и чувственной областями, с одной стороны, и сферой интеллекта - с другой. Нозологически неврастения характеризовалась как чрезмерно быстрая раздражительность чувствительных систем и истощаемость двигательных нейронов.

В России в последние 30 лет разрабатывалось динамическое направление в изучении пограничной патологии [44, 55, 83, 84]. В результате исследо-

ваний была установлена закономерность формирования психопатических черт характера у детей под влиянием неправильного воспитания и в длительной психотравмирующей ситуации.

Т. о., в истории изучения неврастения четко прослеживается социокультуральная особенность трактовки этого заболевания, что раскрывает перед исследователями проблему, во-первых, унифицированной терминологии, а во-вторых, классификации данной патологии.

Критерии диагностики неврастения

В МКБ-10 [65] неврастения включена в главу V «Психические расстройства и расстройства поведения», раздел «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» (F48.0). Для диагностики неврастения состояние должно соответствовать следующим критериям:

- 1) одно из двух:
 - стойкое и мучительное чувство снижения умственной продуктивности после незначительных умственных усилий;
 - стойкая мучительная слабость после незначительной физической нагрузки;
- 2) наличие не менее одного из следующих симптомов:
 - острые и хронические мышечные боли;
 - оцепенение и онемение;
 - головная боль, вызванная мышечным напряжением;
 - неспособность расслабиться;
 - раздражительность;
- 3) проявление одного из вариантов критерия 1 не проходят в течение нормального периода покоя, расслабления или отвлечения;
- 4) длительность нарушения превышает 3 месяца;
- 5) расстройство не соответствует критериям органического, аффективного или тревожного синдромов.

В США используется американская классификация (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), ее четвертое издание (DSM-IV, 1994) [99, 110, 141]. В DSM-IV диагноза «неврастения» нет, однако сходные симптомы характеризуются как «синдром хронической усталости», входящий в раздел «соматоформных расстройств». Для диагностики синдрома хронической усталости состояние должно соответствовать следующим критериям [115]:

- 1) Наличие хронической усталости более 6 месяцев или дольше при условии исключения другого клинического диагноза;
- 2) Одновременно иметь четыре или более из следующих симптомов:
 - существенное снижение кратковременной памяти и внимания;
 - болезненность лимфатических узлов;
 - мышечная боль, полиартралгии без припухлости и покраснения;
 - головные боли различной локализации;
 - неосвежающий сон и недомогание более чем 24 часа после физической нагрузки.

Наряду с приведенными классификациями существует еще китайская классификация психических нарушений (Chinese Classification of Mental Disorders, CCMD-3) (2001 год), согласно которой неврастения входит в раз-

дел неврозов. Основными характеристиками неврастения являются: слабость, эмоциональное возбуждение, головная боль и нарушение сна.

Таким образом, во всех классификациях последнего времени отсутствует четкое разделение астенического симптомокомплекса по этиологическому принципу на соматогенный и психогенный (собственно невротический), что крайне важно для выбора основного лечебного подхода – биологического, либо психотерапевтического.

Эпидемиология неврастения

Путем анализа эпидемиологических данных за 25 лет по 60 странам мира было установлено, что средний ежегодный показатель прироста уровня распространенности невротических расстройств составил 10.8%, в том числе в развивающихся странах – 30.4%, в развитых странах – 8.4%, в странах Восточной Европы, включая Россию – 5.4% [36, 112].

По данным эпидемиологических исследований в России, распространенность невротических расстройств составила 33.3%-40% среди городского и 20%-33% среди сельского населения [26].

По данным зарубежных авторов, наиболее распространенными являются невроз страха и фобии, которые составляют примерно 20% всех неврозов, ими страдает не менее 7.8%-23.3% населения. Распространенность невроза навязчивости среди населения стран Западной Европы и США составляет от 0.6% до 1.9%-3.3% [154, 155]. В нашей стране наиболее распространенным невротическим расстройством является неврастения, которой страдают 15.7%-41.9% населения [58]. Согласно данным итальянских авторов, в 24% случаев обращения к врачу ведущей является жалоба на хроническую усталость, 70% подростков (12-15 лет) пребывают в состоянии хронической усталости и испытывают хронические головные боли [151].

Показатель болезненности психическими расстройствами среди российских детей в 1999 г. увеличился на 2,4% по сравнению с 1998 г. [90]. Неврозы, по одним данным, выявляются у 27% [48], по другим – у 45% больных от общего числа детей с нервно-психическими нарушениями [49]. В среднем эта цифра составляет 36%, т. е. условно можно считать, по крайней мере, каждого третьего из детей с нервно-психической патологией больным неврозом [50]. По данным С.В. Лебедева и Г.В. Козловской [47], распространенность невротических расстройств у детей от 0 до 14 лет составляет 38 на 1000, тогда как неврозоподобные расстройства представлены с частотой 24 на 1000.

К ведущим невротическим нарушениям, выявляемым у детей на неврологическом приеме, относятся астеноневротический синдром и недифференцированные невротические реакции [26, 92]. По данным сплошного обследования, наибольшее число неврозов наблюдается у детей школьного возраста [29, 31, 41, 47, 48]. Частота неврозов у школьников возрастает по мере увеличения времени обучения [63]. В возрасте 12-18 лет имеется относительно постоянный уровень невротизации [112], причем расстройства невротического характера преобладают у мальчиков (в 2,2 раза больше, чем девочек) [34].

Т. о., данные литературы говорят о том, что проблема неврозов в детском возрасте остается весьма актуальной. Кроме того, на основании проведенных исследований можно отметить закономерность: в школьном возрасте неврастением чаще болеют мальчики, а во взрослом состоянии – женщины.

Этиология неврастении

Хотя общим причинным фактором психогенных заболеваний является то или иное психотравмирующее воздействие, характер их может быть очень различным [5, 46, 70, 76, 86]. Многие авторы подчеркивают основную роль ситуационных, социально-бытовых, психодинамических и депривационных психотравмирующих факторов в развитии неврастении [5, 30, 34, 46, 93]. К ситуационным факторам относятся кратковременные или хронические психогенные влияния, связанные с той или иной конфликтной ситуацией, возникающей во взаимодействиях между людьми. Социально-бытовые факторы связаны с урбанизацией, приводящей к возрастанию социальных контактов при одновременном ужесточении моральных ограничений, затрудняющем разрядку инстинктивной агрессии. Влияние указанных факторов отражается в таких социально-психологических терминах, как «информационный невроз» [85], «школьный невроз», «административный невроз», «невроз потерянных корней». Психодинамические факторы как бы заложены в самом онтогенезе и связаны с личностной динамикой, вызывающей внутренний конфликт, не решаемый с помощью механизмов психологической защиты [75].

Большинством исследователей подчеркивается неблагоприятное влияние психической депривации и отрыва от матери [38, 47, 91, 102, 138], а также неправильное воспитание в семье и внутрисемейные конфликты, которые являются основными источниками психогений у детей и подростков с неврозами [30, 34, 46, 47, 64, 91].

Основоположник психоанализа З. Фрейд основное патогенное значение придает Эдипову комплексу и ранней психической травматизации. Семья воспринимается только в качестве экрана, отражающего переживания пациента. Внимание сосредоточивается на проблемах сексуального развития, мастурбационных фантазиях и чувстве вины, несовершенстве защитных механизмов [114]. Представители неофрейдистского течения большее значение придают невротическим особенностям личности родителей и их влиянию на отношения с детьми [124]. Чрезмерная строгость считается причиной невротической заторможенности [144].

При анализе внутрисемейных отношений детей, страдающих неврастением, в 100% случаев отмечается длительно существующая психотравмирующая ситуация (алкоголизм отца, аномальные семейные отношения, неполные семьи) [81]. Воспитание ребенка чаще всего происходит по двум типам: гипоопеки или неприятия родителями и гиперсоциализации [8, 67].

Значительную роль в нарушении семейных отношений играет влияние жесткой авторитарной матери, подавляющее отношение матери к ребенку. Все это способствует формированию психологических конфликтов у подростков: 1) конфликт, связанный с переживанием блокады большинства потребностей, эмоциональной депривации; 2) конфликт притязания с ощущением чувства неполноценности – конфликт «не оправдавшего надежд».

Помимо семейной конфликтной ситуации, немаловажную роль в развитии неврастении играет ролевой конфликт [143], в том числе несоответствие семейной роли ребенка и требований школы [34, 75]. Это благоприятная почва для развития так называемого «школьного невроза» [39, 91].

Патогенность того или иного психотравмирующего фактора, с одной

стороны, зависит от силы и темпа воздействия (чем острее и внезапнее действует психическая травма, тем меньшую роль играют личностные особенности, и наоборот), а с другой – от особого склада личности ребенка, от субъективной значимости содержания психотравмирующего фактора для личности ребенка [38, 81].

Согласно Г.Е. Сухаревой [81], в этиологии неврозов особенно велика роль внутренних условий, главным образом, индивидуальных особенностей личности. В анамнезе детей, страдающих неврастениями, часто отмечается предшествующая акцентуация характера по астеническому, эмоционально-лабильному типу, реже – неустойчивому и конформному типам [4, 8, 14, 30, 60]. В.Н. Мясищев [70] обращает внимание на индивидуальную историю развития личности ребенка, поскольку под влиянием неблагоприятно складывающихся отношений с окружающими и неправильного воспитания формируются черты «невротического характера».

Наряду с причинными психотравмирующими факторами в этиологии астенического невроза в качестве одного из ведущих внутренних условий большое внимание авторы уделяют соматической ослабленности вследствие частых, повторных соматических заболеваний [9, 43, 46, 54, 69, 70, 76, 106]. Важным фактором, способствующим возникновению невротических расстройств у детей, является резидуальная церебрально-органическая недостаточность [12, 106, 128], т. к. наблюдаемые при этом изменения психики могут облегчить появление болезненных реакций на психотравмирующее воздействие и способствовать их фиксации [46]. Еще один немаловажный фактор внутренних условий в этиологии неврозов у детей младшего возраста – невропатическое состояние в анамнезе [8, 40, 46, 81].

Говоря о возрастных особенностях заболевания, нельзя не подчеркнуть особенности собственно пубертатного возраста, который большинством авторов рассматривается как возрастной криз с качественным сдвигом в соматоэндокринном, психологическом и социальном планах [30, 46, 58, 60, 77, 81], психологическое созревание с выделением «негативной» и «позитивной» фаз пубертата [16]. «Негативная фаза» пубертата характеризуется также переходящими психическими отклонениями («пубертатные диссоциальные состояния» – Г. Штутте [95]), отражающими эмоционально-волевую дезорганизацию, неврозоподобную, психоэндокринную симптоматику, акцентуации характера. Описаны эмоциональная неустойчивость, повышенная аффективность, противоречивость эмоционального реагирования, спонтанные колебания с дисфорической гипоманиакальной окраской. Волевые расстройства в период негативной фазы проявляются в виде некоторой расторможенности влечений [81, 95]. Также описаны нерезко выраженные эндокринные нарушения, астенические расстройства, в частности своеобразная пубертатная астения [5, 78], акцентуация личностных черт [60, 129]. В «позитивной фазе» пубертата происходит постепенная гармонизация, становление высших форм мышления, самосознания.

Склонность к невротизации в пубертатном возрасте объясняется наличием психического дизонтогенеза, асинхроний (ретардация, акселерация) с высвобождением и фиксацией ранних, онтогенетически незрелых форм нервно-психического реагирования [46], возможно, обусловленных нарушением

регуляторных функций гипоталамуса [74].

Причиной невротизирующей дизадаптации ребенка как младшего школьного, так и юношеского возраста может стать инертность психологических синдромов [19], которые в случае отсутствия своевременных воздействий могут трансформироваться из первично-компенсаторных в архаично-психогенные [93]. Таковыми являются: синдромы хронической неуспешности и тотального регресса, ухода от деятельности и психологической инкапсуляции, негативного самопредъявления и гиперсоциальности, социальной дезориентации и отверженности, семейной и групповой изоляции, интеллектуализма и сужения сферы деятельности, синдром вербализма [19].

Существует теория, отводящая главенствующую роль нейропсихологическим расстройствам в развитии астенического состояния. В случае астении в первую очередь происходят изменения активности ретикулярной формации ствола мозга, обеспечивающей поддержание уровня внимания, восприятия, бодрствования и сна, общей и мышечной активности, вегетативной регуляции. Происходит изменение функционирования гипоталамо-гипофизарно-адреналовой системы, являющейся ключевой нейрогормональной системой в реализации стресса, в т. ч. через гуморальные, гормональные и иммунные реакции [105, 106, 116]. В связи с этим некоторые авторы указывают на возрастную незрелость ствола мозга у детей и подростков как предрасполагающий фактор к развитию неврастения [51].

Спорным остается вопрос о роли наследственных факторов в развитии неврастения [34, 119]. Одни авторы считают отягощенность нервно-психическими заболеваниями при неврозах незначительной, другие отмечают высокую корреляцию между фактом наличия невроза у пациента и пограничного психического расстройства у родственника первой степени родства [137]. Имеется точка зрения, что наследственность при неврозах – это один из аспектов более широкой проблемы генетики индивидуальных реакций на психический стресс [34, 40, 110, 134].

Т. о., анализ литературы показывает, что неврастения является сложным мультифакторным заболеванием. Однако ведущим этиологическим моментом в развитии данного заболевания является наличие психотравмирующей ситуации, характеризуемой как дисгармоничное функционирование семьи в целом. Острая или хроническая психотравматизация в сочетании с внутренней предрасположенностью самой личности так или иначе приводит к развитию невроза.

Патогенез неврастения

Собственно патогенезу невроза предшествует этап психогенеза, который начинается с возникновения комплекса психотравмирующих переживаний, заряженных отрицательным аффектом. Личность отвечает на это образованием психологических компенсаторных механизмов, таких как «уход» от психотравмирующих переживаний, подавление их различными видами деятельности, переключение, прямое сопротивление психотравмирующей ситуации [37, 46]. Способность формировать психологические защитные механизмы, их эффективность зависят от индивидуальных особенностей личности, степени ее зрелости. При значительной силе и стойкости отрицательного аффекта, сопутствующего психотравмирующим переживаниям и в то же время слабости механизмов психологической защиты происходит психологический срыв лично-

сти с возникновением болезненных психогенных проявлений [21, 46, 70, 73].

В детском возрасте (до 8-10 лет) ввиду незрелости личности и недостаточности механизмов психологической защиты этап психогенеза неврозов бывает редуцирован [18, 46]. Это может проявиться в непосредственном переходе ригидного психологического синдрома в клинику того или иного невроза или патохарактерологического развития [19].

В отечественной психиатрии теоретической основой изучения этиопатогенеза неврозов являлись учение И.П. Павлова о физиологии и патологии высшей нервной деятельности (ВНД) человека и материалистическая концепция личности, понимаемая с позиции психологии отношений [24, 34, 43, 66, 70, 76, 84]. К основным патогенетическим механизмам невроза относят срыв ВНД вследствие перенапряжения возбудительного либо тормозного процесса или его подвижности, приводящего к ослаблению основных нервных процессов. Момент срыва становится переходом от психогенеза к патогенезу невроза.

Считается, что патогенетической основой неврастения является ослабление влияния ретикулярной формации ствола на кору головного мозга, т. е. нарушение корково-ретикулярных связей. В результате поток сигналов-импульсов, пришедший извне, почти «не фильтруется» в ретикулярных структурах ствола и «обрушивается» на кору. Кора мозга не справляется с такой нагрузкой, и, следовательно, ослабляется внутреннее торможение, а затем и процессы возбуждения в ней. И, наконец, как следствие перенапряжения нервно-психических процессов в коре в ней наступает запредельное торможение [5, 31, 32, 62]. Ряд исследователей [42, 72, 89] выделял 3 стадии неврастения. В 1 стадии неврастения преобладает слабость внутреннего торможения. Клинически это проявляется в виде раздражительности, вспыльчивости, несдержанности, резкого колебания настроения. Во 2 стадии к слабости внутреннего торможения присоединяется ослабление процесса возбуждения. Проявляется это быстрой утомляемостью, рассеянностью, сниженным вниманием, головной болью, эмоциональными переживаниями. В 3 стадии имеет место слабость обоих процессов с выраженным явлением запредельного торможения. Клинически это проявляется заторможенностью, апатией, безразличием, депрессией. Эти последовательные стадии обозначаются как гиперстеническая, стадия патологической лабильности раздражительного процесса и гипостеническая. Другие [9, 50, 52, 59] считали определение неврастения как стадии или фазы процесса практически нецелесообразным и предлагали обозначать такие стадии, как синдромы: гиперстенический, синдром раздражительной слабости и гипостенический.

Существуют некоторые различия в системной организации электрических потенциалов коры больших полушарий и передних отделов ствола мозга при неврозах. При неврастении отмечаются признаки снижения уровня функционального состояния коры больших полушарий, в особенности ее передних (лобно-центральных) областей, имеющих тесные афферентные связи с базальной активирующей системой. В ЭЭГ-картине определяется преобладание медленных волн и нерегулярного альфа-ритма, а также неодинаковый характер пространственно-временного распределения потенциалов в разных областях коры головного мозга [13, 31].

Известно изменение ряда биохимических показателей при неврозах: по-

вышение содержания в крови пировиноградной кислоты, АТФ и кальция с одновременным снижением в ней количества молочной кислоты, пониженное выведение фосфатов с мочой, колебания уровня сахара в крови [5, 54]. Установлены определенные зависимости между характером эмоционального стресса и функциональной активностью системы гипоталамус-гипофиз-надпочечники, а также активностью щитовидной железы [11, 106, 109, 116].

Т. о., сведения о патогенезе неврастении носят довольно разрозненный характер, в частности патопсихологические, нейропсихологические механизмы и возрастные особенности остаются до конца не ясными и требуют дальнейшего изучения для разработки эффективных методов лечения.

Классификация неврастении

До настоящего времени вопросы группировки неврозов относятся к числу нерешенных. В большинстве группировок психогенные заболевания подразделяются на реактивные состояния и неврозы. В.В. Ковалев [46] выделял общие и системные неврозы, а также невротические формы реактивных состояний. Наиболее часто используется клинико-описательный принцип [25, 125]. Основными формами неврозов, которые входят в большинство классификаций, являются неврастения, истерический невроз и невроз навязчивостей [46, 54, 81, 84]. В ряде классификаций к числу самостоятельных форм неврозов отнесены также психастения [76] и невроз страха [25]. В 50-60 гг. прошлого столетия к числу самостоятельных форм неврозов стали относить депрессивный невроз [55], который в настоящее время выделяют и у детей [46, 132, 138]. Особую группу неврозов, выделяемую в ряде классификаций, составляют системные неврозы и неврозы органов (невроз сердца, желудка и др.) [23, 44, 70]. В.М. Мясищев [70] считал невроз органа своеобразной клинической формой неврастении, которую он называл «общим неврозом».

Для неврастении характерны разнообразные симптомы, поэтому различные авторы, говоря о неврастении, включают сюда разные понятия.

М. Bleuler [101] отличал истинную неврастению, обусловленную чрезмерным нервным напряжением, от ложной неврастении, которая является формой «прикрытия болезнью». Р. Лоо [133] отличал «невротические состояния» от истинных неврозов. Он считал, что неврастения – это «преневротическое состояние», т. е. начальная форма всех неврозов. Автор различал невроз страха, тревожный невроз и невроз навязчивых состояний. Астения и тревожное состояние являются постоянно встречающимися симптомами неврастении. Болезнь в своем течении может приостановиться на неврастеническом синдроме.

В классификации Г.Е. Сухаревой [81] неврозы у детей и подростков (неврастения, истерический невроз, невроз страха и невроз навязчивостей) рассматриваются как разновидности подострых и затяжных психогенных реакций.

Немецкие исследователи G. Nissen, P. Strunk [138] подразделяют неврозы в детском возрасте на 2 группы – психогенные нарушения с преимущественно психической симптоматикой и психогенные нарушения с преимущественно соматической симптоматикой [96].

Т. о., анализ литературы показывает, что на данный момент вопрос классификации неврозов детского возраста остается до конца не решенным, что, возможно, объясняется разными взглядами на критерии диагностики, этиологию, патогенез, а также существование возрастных особенностей у детей.

**РЕЗОЛЮЦИЯ ПО ИТОГАМ
I МЕЖРЕГИОНАЛЬНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
«ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ И ПОГРАНИЧНЫЕ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЕ
РАССТРОЙСТВА В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ»**

4-6 марта 2008 г. в г. Новосибирске была проведена конференция, организованная Научно-исследовательским институтом физиологии СО РАМН, Ассоциацией детских психиатров и психологов и рядом других государственных и общественных организаций и собравшая более 300 участников из многих регионов России (Москвы, Санкт-Петербурга, Волгограда, Омска, Томска, Иркутска, Екатеринбурга, Красноярска, Павлодара, Барнаула и др.)

Особенностью Конференции стал ее междисциплинарный характер, участие специалистов разного профиля, которые заслушали доклады и лекции ведущих российских специалистов – психиатров, психологов, физиологов, в том числе о новейших разработках новосибирских ученых по психофизиологическим коррекционным методам, – и обсудили на секционных заседаниях самые значимые и неотложные проблемы диагностики, коррекции и реабилитации детей и подростков с психосоматическими и пограничными нервно-психическими нарушениями, с проблемами отклоняющегося поведения и социализации. Среди участников были психиатры, неврологи, педиатры, терапевты, психологи, педагоги, социальные работники, научные сотрудники, администраторы разного уровня, студенты.

Многообразие интересов, сложность обсуждаемых тем, научный потенциал исследований нашли свое отражение в сборнике тезисов, выпущенном к открытию Конференции. Особенно важно, что основные доклады и выступления были посвящены актуальным задачам оказания практической помощи детям и подросткам. Проведенные мастер-классы дали возможность участникам приобрести практические знания и навыки в работе в проблемными детьми и их семьями.

Особое значение приобрел круглый стол «Перспективы развития служб охраны психического здоровья детей и подростков», состоявшийся 5 марта 2008 г. В обсуждении приняло участие более 50 специалистов. В ходе дискуссии по поводу актуального состояния организации психокоррекционной помощи подрастающему поколению России было отмечено, что в регионах складывается ситуация, когда дети и подростки, страдающие психическими и психосоматическими расстройствами, лишены профессиональной специализированной помощи современного уровня по причинам нехватки квалифицированных кадров, географической отдаленности мест проживания, устаревшей организации медицинской службы, отсутствия межведомственного взаимодействия. Реформы системы здравоохранения оказались неэффективными в этой области, более того, нанесли вред службам психического здоровья детей и подростков в связи с ликвидацией номенклатурной специальности детского и подросткового психиатра.

В связи с этим был рассмотрен и одобрен участниками круглого стола проект развития детской психиатрической помощи в России, разработанный Ассоциацией детских психиатров и психологов и Российским обществом психиатров. Было решено внести в резолюцию Конференции предложение к Ассоциации детских психиатров и психологов и Российскому обществу психиатров разработать и представить в Правительство Российской Федерации обращение с анализом ситуации в состоянии психического здоровья детского населения России и с конкретными путями модернизации детско-подростковых служб психического здоровья.

Сопредседатели Оргкомитета I Межрегиональной научно-практической конференции ««Психосоматические и пограничные нервно-психические расстройства в детском и подростковом возрасте»

Директор ГУ НИИ физиологии СО РАМН, академик РАМН **В.А. Труфакин**
Президент Ассоциации детских психиатров и психологов **А.А. Северный**
6 марта 2008 г.

КОНФЕРЕНЦИЯ ПАМЯТИ Ю.Ф. ПОЛЯКОВА

В конце декабря 2007 г. в НЦ психического здоровья РАМН состоялась научная конференция по клинической психологии, приуроченная к 80-летию юбилею со дня рождения Юрия Федоровича Полякова (1927-2002). Коллеги и ученики известного отечественного клинического психолога почтили его память проведением научных чтений. Они имели наряду с научным и мемориальное звучание.

Организатором конференции выступил отдел медицинской психологии НЦПЗ РАМН (в прошлом – лаборатория патопсихологии Института психиатрии АМН ССР, которой руководил в течение многих лет Ю.Ф. Поляков). В конференции приняли участие сотрудники отдела и кафедры нейро- и патопсихологии ф-та психологии МГУ им. М.В. Ломоносова, во главе которой Юрий Федорович находился около 20 лет.

Со вступительным словом выступил директор НЦПЗ РАМН, академик РАМН А.С. Тиганов, подчеркнувший значение работ Ю.Ф. Полякова и его школы для отечественной медицины и психиатрии. Руководитель отдела медицинской психологии С.Н. Ениколопов поделился своими воспоминаниями о совместной работе с Ю.Ф. Поляковым как в рамках НЦПЗ, так и на факультете психологии МГУ. Особенно тепло Сергей Николаевич отзывался о личных качествах Ю.Ф. Полякова как руководителя и организатора науки. На конференции выступили с докладами: Т.К. Мелешко и В.П. Критская - Патопсихология эндогенных расстройств: поиски, решения, перспективы; Н.В. Зверева - Патопсихология в клинике эндогенных психозов детского возраста – продолжение традиций и новации; Н.К. Корсакова - Вклад Ю.Ф. Полякова в нейрокогнитивные исследования психических расстройств; Ю.В. Микадзе - Концепция метасиндрома в нейропсихологии детского возраста. Все доклады вызвали интерес и оживленную дискуссию.

Ю.Ф. Поляков - один из выдающихся отечественных медицинских психологов, работы которого в свое время имели большой научный международный резонанс. Отмечалось, что Юрий Федорович, являясь прекрасным психологом-исследователем, заложил основы нового экспериментального подхода в патопсихологии, участвовал в разработке новых направлений научно-практической деятельности клинических психологов. Одним из таких направлений является детская клиническая психология, другим - востребованные в последнее время нейрокогнитивные исследования. Ярким по форме и содержанию было импровизированное выступление Н.Г. Гаранян с воспоминаниями о Ю.Ф. Полякове как ученом, руководителе, педагоге.

На конференции собрались коллеги и ученики Ю.Ф. Полякова, а также представители молодого поколения – студенты психологических факультетов московских вузов. Все собравшиеся отмечали, что Юрий Федорович Поляков был достойным учеников Блюмы Вульфовны Зейгарник, продолжая нелегкое дело научно-практического развития клинической психологии в нашем Отечестве.

Н.В. Зверева

КОНГРЕСС ПО ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ И СМЕЖНЫМ НАУКАМ

С 30 апреля по 3 мая 2008 г. в г. Стамбуле (Турция) проходил 18-й Всемирный конгресс, организованный Международной ассоциацией детской и подростковой психиатрии и смежных специальностей (IACAPAP) и Турецкой ассоциацией психического здоровья детей и подростков (TACAMH) под общим лозунгом «Мост надежды между Востоком и Западом: дети, культура, традиции».

Форум собрал более 2000 специалистов различных профилей из 81 страны мира для обмена опытом по насущным вопросам диагностики, лечения, воспитания, реабилитации детей и подростков, имеющих проблемы с психическим и психологическим здоровьем.

Работа проходила в самых разных формах: в виде ключевых пленарных лекций, курсов, секционных лекций по ведущим проблемам, докладов на симпозиумах (всего

80 различных по направлениям симпозиумов, а также 45 воркшопов), конференций по разборам клинических случаев, видеосессий, узкоспециализированных секций, широкомасштабных постерных сессий, а также многочисленных устных сообщений по различным темам детской психиатрии и смежных наук.

Ключевые лекции отражали основную тематику каждого дня: вопросы глобальной политики в работе с психическим здоровьем детей, психопатология развития, различные клинические синдромы, социокультурные вопросы. Форум оказался по-настоящему мультидисциплинарным сообществом специалистов (психиатров, психологов, психотерапевтов и др.), работающих на благо психического здоровья детей и подростков.

Для психологов большой интерес представляли выступления ведущих специалистов-психиатров, в которых затрагивались вопросы и гуманистические ценности всех работающих с детьми. В частности, в своей лекции Tuula Tamminen (Финляндия) подняла вопрос о связи психического здоровья детей и культурного контекста их жизни в современном мире. Для отечественных психологов особенно важно, что идеи культурно-исторического подхода, разрабатываемого Л.С. Выготским и его последователями в отечественной науке, нашли широкий отклик и развитие в работах современных специалистов в других странах. Были представлены работы по изучению нарушения психического и социального развития детей в странах, где велись или ведутся военные действия (Босния и Герцеговина, Израиль и др.). Значительное число постерных докладов было посвящено психологическим проблемам детей и подростков (изучение нарушения пищевого поведения в разных ракурсах от биохимии до поведения, различных вариантов зависимого, или аддиктивного поведения), их адаптации в случае проблем с психическим здоровьем (например, вопросы организации поддержки детей-мигрантов и эмигрантов в новой культурной и образовательной среде).

Лекция метра мировой науки сэра Michael Rutter (Великобритания) затронула базисные вопросы изучения аутизма – история, достижения, ошибки исследователей, новые направления работы. В докладе H.S. Remschmidt (Германия) внимание было сосредоточено на проблеме шизофрении в детском возрасте, обсуждались подходы, реализуемые в диагностике и лечении в разных странах. Много насыщенных информацией докладов было посвящено вопросам биологической психиатрии, генетики.

Большое место в работе симпозиумов было отведено межкультуральным исследованиям, синдрому гиперактивности с нарушением внимания, а также вопросам диагностики психического здоровья различными средствами, как уже известными и широко применяемыми, так и уникальными диагностическими технологиями.

Существенное место в работе Конгресса заняли вопросы, связанные с различными терапевтическими, психотерапевтическими и психокоррекционными практиками. Вызвали интерес воркшоп R. Schepker (Германия), посвященный игровой терапии детей с тяжелыми психическими расстройствами; курс K. Lorence (Канада) по поведенческой терапии подростков с суицидальным и самоповреждающим поведением; курс T. von Salis (Швейцария) по групповой динамике.

По-новому прозвучали вопросы подготовки специалистов (как на уровне психиатрической, так и психологической подготовки, на уровне студента и специалиста и т.п.) в рамках соответствующих симпозиумов.

Российская делегация была представлена достаточно широко специалистами ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, НЦ психического здоровья РАМН, Московского НИИ психиатрии, Московского городского психолого-педагогического университета, Курганского университета, Новосибирского академгородка и др. Было приятно встретить на форуме коллег из стран СНГ – Казахстана, Грузии, Украины, Литвы. Материалы научных сообщений российских ученых и практиков были представлены устными докладами и на постерных сессиях.

На специализированном симпозиуме, посвященном достижениям и проблемам организации современной детской психиатрической службы в странах Восточной

Европы, Президентом Ассоциации детских психиатров и психологов А.А. Северным был сделан доклад «Детская психиатрическая служба в России». Вызвал интерес и другой доклад, сделанный S. Lesinskiene (Литва), с обзором ситуации с психическим здоровьем и детской психиатрической службы Литвы.

Полученные материалы, опыт общения по научным и практическим вопросам детской и подростковой психиатрии в различных - медицинском, психологическом и педагогическом - аспектах психического здоровья детей и подростков обогатили наши знания¹. Неформальный контакт специалистов также оказался важным, особенно это касалось представителей стран СНГ, имеющих сходные проблемы в вопросах обеспечения психического здоровья детей и подростков.

Н.В. Зверева, Н.К. Кириллина

ТРЕТИЙ ВСЕРОССИЙСКИЙ ФЕСТИВАЛЬ ОСОБЫХ ТЕАТРОВ «ПРОТЕАТР»

С 21 по 30 сентября 2007 г. в Москве прошли мероприятия Третьего Всероссийского Фестиваля особых театров «Протеатр»². Цель фестиваля - поддержка театрального творчества людей с ограниченными возможностями здоровья; помощь в становлении и развитии «особых» театров России. Фактически Третий Фестиваль «Протеатр» стал международным. Впервые в конкурсной программе участвовали и стали лауреатами театры Польши, Португалии, США, Узбекистана, Белоруссии. В различных мероприятиях участвовали также представители следующих государств: Азербайджана, Германии, Испании, Литвы, Франции, Украины. Фестиваль «Протеатр» формирует новое культурное пространство, пространство интеграции, он создает новую - особую - реальность.

В очередной раз фестиваль представил практически все жанровое разнообразие «особых театров»: музыкальное, пластическое, драматическое, кукольное, цирковое, эстрадное. Среди участников – люди, имеющие нарушения различных систем организма: сенсорной, статокинетической, психической (включая эмоциональную и интеллектуальную функции), а также соматической. Фестиваль показывает, что инвалиды - не просто «больные люди» и «социальные потребители», как привыкли воспринимать их в нашем обществе. Театральное искусство людей с инвалидностью не является «инвалидным» - об этом говорят не только зрители, которых у фестиваля «Протеатр» становится все больше, но и профессионалы. За 7 лет существования Фестиваля «Протеатр» стало ясно: «особые театры» способствуют творческой реабилитации, интеграции актеров с инвалидностью - они нашли свое «особое» место в современной культуре.

История и статистика

Первый Всероссийский фестиваль особых театров «Протеатр» (2000–2001 гг.) выявил более 60 «особых» театральных коллективов со всей России. Заявки на участие во Втором Всероссийском фестивале особых театров «Протеатр» (2003–2004 гг.) подали более 70 театральных коллективов из многих регионов России и стран ближнего зарубежья. Заявки на участие в Третьем Всероссийском фестивале особых театров «Протеатр» подали более 60 «особых театров» из многих регионов России, стран

¹ С материалами Конгресса можно ознакомиться на сайте Ассоциации детских психиатров и психологов: www.acpp.ru

² Всероссийский Фестиваль особых театров «Протеатр» проводится в Москве с 2000 года. Инициатором его проведения и основным организатором является Региональная общественная организация социально-творческой реабилитации детей и молодежи с отклонениями в развитии и их семей «Круг» (Москва). Организаторы Третьего Всероссийского Фестиваля особых театров «Протеатр»: Государственный специализированный институт искусств (Москва), Институт Философии РАН (Москва), Московский городской психолого-педагогический университет (Москва), Андикап Энтернасьональ (Франция), Фонд ACER-Russie (Франция).

ближнего и дальнего зарубежья³. 30 театральных коллективов подали свои заявки впервые. За три года со времени проведения Второго фестиваля «Протеатр» 8 театров перестали существовать, 34 коллектива, принимавшие участие в прошлых фестивалях, на этот раз по тем или иным причинам не подали свои заявки. Т. о., общее число «особых театров» России, по данным оргкомитета фестиваля на 2007 г. составляет около 100, за каждым из которых стоит определенная социальная группа и свой зритель.

Театральные события

Основной театральной площадкой фестиваля традиционно является Театр «ГИТИС» Российской академии театрального искусства. На Фестивальной неделе были показаны спектакли 11 театров и большой праздничный Гала-концерт, в котором принимали участие как победители фестиваля, так и его гости⁴. Все спектакли были самобытны и интересны. Программа фестиваля впервые была ориентирована на все возрастные категории зрителей. Были выделены специальные рубрики: «дети играют для детей», «для подростков и не только», «молодежная программа», «спектакли для взрослых».

Уровень качества театральной продукции растет от фестиваля к фестивалю. Постепенно приходит заслуженное внимание и признание со стороны театральных профессионалов. Членом жюри Третьего фестиваля «Протеатр» стал заслуженный артист России, член совета Гильдии режиссеров России, режиссер-постановщик А.А. Житинкин. Во вступительном слове на открытии Фестивальной недели он отметил уникальность и творческий потенциал «особого театра». В приветственном слове М. Н. Суслова, заведующая сектором Комитета общественных связей Правительства Москвы, еще раз подтвердила высокую социальную и культурную значимость фестиваля для Москвы. Председателем жюри Третьего фестиваля «Протеатр» была выбрана Народная артистка СССР О.М. Остроумова. В своем слове на закрытии фестиваля она поблагодарила актеров и режиссеров «особых театров» за самоотверженный творческий вклад в современное искусство. Гала-концерт фестиваля по традиции вели Народный артист РФ Ю.Б. Васильев и ректор ГСИИ И.М. Востров.

Одним из главных театральных событий фестиваля было выступление профессионального коллектива из Португалии - театра «Танцуем по-другому» во Дворце культуры МЭЛЗ. На сцене профессиональные танцоры и люди с ограниченными возможностями здоровья органично дополняли друг друга. Этот коллектив показал, что такое творчество может быть интересно и благодаря своей самобытности и своей профессиональности. Такого «другого танца» Москва еще не видела!

Фестиваль всегда стремится расширить представление широкой общественности о творчестве инвалидов. С этой целью организуются дополнительные паратеатральные мероприятия. Для Третьего фестиваля «Протеатр» таковыми стали: выставка художественных работ «Das Blaumeier-Atelier», г. Бремен (Германия); выставка социальных плакатов студентов ВАШГД, г. Москва; выставка художественной студии Томской региональной общественной организации родителей и опекунов инвалидов детства «Незабудка».

³*География Третьего Всероссийского фестиваля особых театров «Протеатр»:*

Баку (Азербайджан), дер. Богот (Ивановская обл.), Белгород, Вел. Новгород, Владимир, Волгодонск, Волгореченск, Дзержинск (Нижегородская обл.), Екатеринбург, Задонск (Липецкая обл.), Златоуст (Челябинская обл.), Иваново, Киев (Украина), Казань, Киров, Кольцово (Новосибирская обл.), Ковров, Кострома, Курган, Липецк, Львов (Украина), Минск (Белоруссия), Москва, Мурыгино (Кировская обл.), Нальчик (Кабардино-Балкария), Ниж. Новгород, Новокузнецк (Кемеровская обл.), Новинки (Ивановская обл.), Лунинец (Белоруссия), Норильск, Обнинск (Калужская обл.), Омск, Оренбург, Павловск (Воронежская обл.), Пенза, Петрозаводск (Карелия), Плунге (Литва), Прудки (Смоленская обл.), Рязань, Саратов, Санкт-Петербург, Семенов (Нижегородская обл.), Сергиев Посад (Московская обл.), Симферополь (Украина), Сита (Хабаровский край), Ставрополь, Ташкент (Узбекистан), Тверь, Томск, Торжок, Тотьма, Улан-Удэ (Бурятия), Ульяновск, Харьков (Украина), Череповец, Чита, Шадринск (Курганская обл.), Шуя, Электрогорск.

⁴Музыкальное трио «Чистая музыка» под руководством композитора Игоря Горского, студенты ГСИИ, танцевальный коллектив Специальной (коррекционной) школы № 22 и др.

Мероприятия Фестиваля «Протеатр» посетило около 3000 человек. Аншлаги в течение всех семи дней Фестивальной недели свидетельствовали о большом интересе к «особому театру», его своевременности и современности.

Научно-практическая конференция

В рамках фестиваля традиционно проходит научно-практическая конференция специалистов, занимающихся социально-творческой реабилитацией инвалидов, а также широкого круга специалистов в области театра, философии, культурологи, специальной психологии и др., разрабатывающих проблемы особого искусства как в России, так и за рубежом. Конференция носит междисциплинарный характер, который определяется задачей осмыслить и поддержать феномен искусства людей с особенностями развития, а также создать пространство междисциплинарной коммуникации для всех, кто принимает участие в работе с людьми, имеющими ограниченные возможности. В этот раз (21-22 сентября 2007 г.) конференция была посвящена теме «Феномен «особого искусства» и современная культура». Перед участниками конференции стояла задача осмыслить:

(1) нынешнее положение людей с особенностями развития и их творчества в культуре,

(2) современные культурные процессы, которые делают возможным появление интереса к творчеству инвалидов,

(3) возможности культуры как ресурса реабилитации людей с ограниченными возможностями,

(4) потенциал включения инвалидов в творческое развитие и обогащение культуры, ее гуманизацию.

Первый день конференции был посвящен теме – «Особое искусство в современной культуре». Девиз первого дня - «Язык, понятный для всех» - обозначил одну из важнейших целей конференции: создание пространства междисциплинарной коммуникации о возможности творческого участия людей с особенностями развития в современной культуре. На пленарном заседании были заслушаны доклады, анализирующие место «особого искусства» в различных странах мира: Польша, Испания, Латинская Америка, Португалия, Германия, Швейцария. Видные российские философы говорили о сложных темах простым языком, а художники и актеры Театральной студии «Круг» рассказывали о своей работе с помощью перформанса. И те и другие искали «язык понятный для всех».

П.Д. Тищенко в своем сообщении продемонстрировал тесную связь между отношением к людям с особенностями развития и пониманием человеческого в человеке, присущем конкретной культуре. Он проследил историю изменения этого отношения на протяжении нового и новейшего времени и показал, что только сейчас наметились возможности признания искусства инвалидов как особого самобытного вклада в культуру и в понимание современным человеком самого себя. Г.Л. Тульчинский обратил внимание на особенность современной культурной ситуации, связанную с процессом коммерциализации культуры, которая задает условия доступа к источникам финансирования любых культурных проектов, включая и проекты, направленные на развитие искусства инвалидов. Этим обстоятельством задается тактика обеспечения успешности подобных проектов: необходимо формирование запроса на «особое» искусство в обществе, что в условиях рыночных механизмов с неизбежностью подчиняется законам создания и продвижения «брендов». А.Ю. Шеманов в своем выступлении акцентировал внимание на наличии в современном обществе внутреннего запроса на искусство людей с особенностями развития. Эта присущая современной культуре открытость «особому» искусству следует из осознания человеком современной культуры ценности другого. Н.Т. Попова, обосновывая необходимость рассматривать творчество людей с особенностями развития в качестве искусства, обращается к теме истоков искусства и его исторических форм. Она отмечает наличие, наряду с индивидуальной, - социальной или коллективной формы искусства, считая последнюю не просто стадией развития, но органической составляющей искусства

как такового. Именно поэтому даже творчество людей с ограничениями не только физических, но и умственных возможностей оказывается возможным рассматривать как искусство. А поскольку коллективная форма искусства составляет собственный ресурс искусства вообще и именно поэтому является его органической частью, то и творчество людей с ограниченными умственными возможностями может открывать человеку и ресурсы его творчества, питать искусство в целом. В докладе Кр. Фогт (Германия) речь шла о смысле и истоках того движения в театральном искусстве, в рамках которого возникает интеграционный театр с участием людей с ограничениями (в том числе – умственными) вместе с обычными актерами (вместе с «нормально невротизированными актерами», как выразилась Кр. Фогт). Этот театр возникает в русле антипсихиатрического социального движения, которое отстаивает право каждого человека на участие в культуре. Причиной отстранения людей с нарушениями от участия в культурной жизни нередко является вовсе не само нарушение, но социальные и культурные стереотипы. Кр. Фогт настаивает, что та же причина – давление стереотипов и клише – оказывает негативное влияние на художественное творчество в целом, и создание интегрированного театра делает возможным преодоление многих из них. Возникает своя эстетика, позволяющая проявляться новым формам выразительности, выходящим за пределы стереотипов «идеального тела», творчества в категориях, диктуемых интеллектуальной рефлексией. Кроме того, подобный театр дает возможность выразить себя молчаливой социальной группе.

Второй день конференции проходил под темой «Искусство и/или терапия?». Были представлены модели наиболее успешных российских и зарубежных центров особого искусства.

Х. Харттунг, директор театра «Блаумайер-Ателье» (Германия) сделала доклад о многолетнем опыте деятельности профессионального интегративного театра, ставшего заметным явлением культурной жизни широкого социума. Об экспериментальных проектах «Особый танец», «Живое колесо», «Рука на колесе» и «Танцую подружому» рассказал Э. Амоедо, координатор, режиссер и генеральный директор коллектива *“Группо данкандо ком а диференса”* (Португалия). Выступления высочайшего художественного уровня становятся возможными в результате планомерной профессиональной работы. Э. Амоедо «алгеброй поверил гармонию», приведя четкие схемы взаимодействия общественных организаций и интегративных коллективов с государственными структурами. Только при наличии работающих механизмов такого взаимодействия возможно создание особых культурных сред, обеспечивающих поддержку и развитие инвалида. Л. Эрве, актер и режиссер, директор Центра для людей с аутизмом, (Франция), рассказал о многолетнем опыте создания поддерживающей среды для больных с нарушением эмоциональной регуляции. Одним из серьезных фактов его опыта является наблюдение негативной реакции части родителей на выход ребенка из болезни, что свидетельствует о необходимости реабилитационной работы не только с больным, но и с его микросоциумом. Яркую иллюстрацию целенаправленной работы с макросоциумом дал в своем докладе Ф. Дюбан, артдиректор театральной группы *«Турбуленс»* (Франция). Проекты, в которых с участием профессиональных артистов создаются «матрицы», организующие и структурирующие деятельность психически больных участников, поражают эмоциональной насыщенностью, дарят радость общечеловеческого единения.

Психотерапевтические аспекты театральной деятельности людей с Даун-синдромом рассмотрел А.Н. Колесин, президент Санкт-Петербургской общественной организации «Центр практической абилитации детей с нарушением слуха и зрения». Проблемы эстетического развития незрячих подробно раскрыл в своем докладе А.С. Майданов (Институт философии РАН). Проект «Фламенко» с незрячими и слабовидящими подростками, осуществленный В.Н. Никитиным (Москва), позволил ему сформулировать принципы и механизмы целостного развития человека и ввести понятие «осознанное тело». В докладе было наглядно показано значение освоения своей телесности для формирования самосознания подростков с нарушениями зрения. О

реабилитации незлых через ритмику, танец, театр и занятия спортом рассказала М. Бору, инструктор по художественным танцам, сурдопедагог (Польша). И.М. Востров (Москва), сделал интереснейший доклад об органике актера как условии неповторимости особого театра. О свойствах, потенциале и роли «особого театра» рассказала Л.П. Севастьянова (Ташкент). Она утверждает, что «особый театр» по своей сути ближе к подлинному искусству, чем многие обычные театры, т. к. в основе имеет не придуманные ситуации и коллизии, а реальное преодоление, не внешнее блуждание в поисках трюков и формы, а внутреннее стремление к совершенству, преобразению, идеалу. По ее мнению, все работающие в этой области убедились в том, что появление инвалидов на сцене уже само по себе заставляет многих зрителей пересмотреть свою жизнь, изменить шкалу ценностей. А если такие спектакли имеют еще и высокий художественный уровень, то способны положительно воздействовать на душевное состояние зрителей. В докладе «Я» и «другой» через призму отношения к инвалидам» А.М. Щербакова (Москва) предположила, что реакция на ситуацию встречи с инвалидностью позволяет выявить проблемы как в самосознании человека, так и в его отношении к окружающим. Активная пропаганда толерантного отношения к инвалидам далеко не всегда может преодолеть негативные установки избегания «иных» людей, основанные на переживании чувств неприязни и страха. Из приведенного ею материала видно, что результатом подобной пропаганды может быть скрытие (или подавление) истинных чувств и замена их «социально одобряемыми», т. е. использование защитных механизмов. Отказываясь опознать свое «Я» как испытывающее негативное, отвергающее отношение к человеку с ограниченными возможностями здоровья, человек способен приписать это скрытое отношение «Другому». Одновременно происходит идеализация (до мифотворчества) образа инвалида и снижение, обесценивание образа «Другого». Разрешение этой проблемы возможно лишь в продуманной среде продуктивного взаимодействия людей с различными возможностями. О путях создания такой терапевтической среды размышлял М. Становски, (Польша). Этой же теме посвятил свое выступление А.Б. Афонин, один из организаторов фестиваля (Москва). Ставя проблему создания «особой» культурной среды, он говорил о необходимости создания Дома театрального творчества инвалидов. В завершение был показан перформанс Интегрированной театральной студии «Круг» «Есть ли индивидуальность у мух?», ставший художественным итогом конференции.

Теоретическим итогом стало принятие резолюции конференции «Феномен «особого искусства» и современная культура». Среди положений резолюции: «Накопленный в России опыт театральной и иной творческой деятельности людей с особенностями развития свидетельствует о том, что человек может присваивать достижения культуры только в том случае, когда он сам является активным творцом культуры. Творческую деятельность людей с особенностями развития можно называть «особым искусством». Необходима поддержка «особого искусства» на государственном уровне».

Обучающие семинары

По данным отборочного тура фестиваля и по итогам работы научно-практической конференции можно говорить о недостатке квалифицированных специалистов в области «особого театра». В настоящее время отсутствует специализация «режиссер или актер «особого театра». Режиссер «особого театра» должен, с одной стороны, быть профессионалом в области театра, а с другой – иметь общее представление о специальной педагогике и психологии. Согласно статистике, среди коллективов, подавших свои заявки на Третий фестиваль «Протеатр», преобладают характеризующие свою деятельность как любительскую по отношению к театральной деятельности и как реабилитационную по отношению к актерам. Профессиональные театральные коллективы составляют около 10% от общего числа особых театров России.

Во время Фестивальной недели «Протеатр» совместно с ГСИИ были проведены 15 обучающих мастер-классов. В них смогли принять участие более 200 режиссеров и актеров «особых театров». Количество участников мастер-классов по сравнению с

предыдущими фестивалями значительно увеличилось. Кроме того, состав участников стал более разнородным: актеры, танцоры, студенты педагогических и психологических факультетов, актеры и режиссеры особых театров, театральные педагоги, и даже родители и ассистенты, принимающие участие в жизни особых театров. Мастер-классы проводили как российские, так и зарубежные специалисты. Уникальным фактом этого фестиваля стало совместное участие в театральных тренингах людей, имеющих нарушения слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата, интеллектуального развития, задержку психического развития. В практике театральной деятельности участники искали и находили «язык, понятный для всех».

В настоящее время обучающие программы в рамках Фестиваля «Протеатр» являются единственной формой повышения квалификации режиссеров и актеров «особых театров»⁵. Для актеров особых театров, которые по тем или иным причинам не могли посещать обучающие семинары, педагоги РОО СТР «Круг» в течение всех фестивальных дней организовали ремесленные мастерские. Дети и подростки могли в свободное время освоить азы ткацкого ремесла, валяния из шерсти, познакомиться друг с другом в деятельном общении и увезти с собой изделие, изготовленное собственными руками, новое умение, воспоминание о дружеском общении с новыми друзьями.

Информационная политика

Одной из основных задач Первого фестиваля «Протеатр» было налаживание информационных и творческих контактов между «особыми театрами». По итогам первого и второго фестивалей был выпущен информационный «Сборник-реестр особых театров России». Сборник снабжен статьями, в которых ведущие специалисты делятся размышлениями о проблемах становления «особого театра» в России. Он был разослан всем участникам фестиваля, а также заинтересованным ведомствам, организациям и лицам. Отборочный этап Третьего фестиваля «Протеатр» свидетельствует об эффективности данного способа распространения информации. В настоящее время готовится к печати третье издание сборника. Собран большой теоретический и научно-практический материал по различным аспектам «особого искусства». Среди авторов как российские, так и зарубежные специалисты.

Наряду с этим растет значение электронных средств информации. Сайт Фестиваля «Протеатр» занимает первые строчки во всех поисковых системах по теме «особый театр». Информация о фестивале была широко представлена электронными средствами информации, в т.ч. по каналам АСИ, на информационных порталах Федерального агентства по культуре и кинематографии, Московского гражданского форума, Благотворительного проекта «Все вместе», «Кино-театр.ru» и др.

20 сентября 2007 г. в здании Правительства Москвы состоялась пресс-конференция, посвященная фестивалю, организованная Комитетом общественных связей Правительства Москвы, АНО «Студио-диалог» и Оргкомитетом фестиваля. Это событие явилось подтверждением неизменной поддержки со стороны Правительства Москвы Фестиваля «Протеатр» и привлекло внимание прессы.

Впервые для фестиваля был выпущен рекламный радио-ролик «Мы играем сердцем». Озвучить ролик на благотворительных началах согласились популярные актеры театра и кино Юлия Рутберг и Сергей Чонишвили. Музыка к ролику была написана композитором Игорем Горским. Ролик прозвучал на 7 радиостанциях. Каждый театральный показ фестивальной недели также предвещался им. Девиз Третьего фестиваля «Протеатр» - «Мы играем сердцем» прозвучал на открытии фестиваля на 9 языках. На 17 Московском Международном Фестивале рекламы ММФР радио-ролик фестиваля «Мы играем сердцем» получил второе место в номинации «радио-реклама»⁶.

⁵ В России существует только одно высшее учебное заведение - Государственный специализированный институт искусств (ГСИИ, г. Москва), который готовит специалистов в области «особого искусства», однако поступить туда пока не имеют возможности молодые люди, имеющие интеллектуальную недостаточность или психические заболевания.

⁶ Совместное производство Wordshop BBDO, АНО «Студио-Диалог», РОО СТР «Круг». Ролик был полностью создан на безвозмездной благотворительной основе.

Совместно с ВАШГД (Высшая академическая школа графического дизайна - курс Эркена Кагарова) был разработан рекламный стиль фестиваля. Студенты в рамках преддипломных работ создавали плакаты для фестиваля «Протеатр». Среди многих замечательных работ был выбран главный плакат фестиваля. Все остальные работы студентов были выставлены в фойе театра «ГИТИС» в течение всей Фестивальной недели. Впервые для рекламы фестиваля были использована наружная реклама. NewsOutdoor Russia безвозмездно предоставила 7 сити-форматов на центральных перекрестках Москвы сроком на 4 недели для размещения плаката фестиваля.

Большой вклад в развитие информационных связей внесли СМИ. Ряд передач радиопрограммы «Адреса милосердия» (декабрь 2006–сентябрь 2007 гг.) позволил расширить зрительскую аудиторию Фестивальной недели. Мероприятия фестиваля были освещены рядом телекомпаний: ЦАО ТВ, ВКТ «Северо-Восток», ТВ «Столица+», ТВ «Столица-Новости», ТВ «Северо-Запад», «Культура», «3 Канал» - передача «Русский взгляд». Первый день научно-практической конференции и выступление театра из Португалии «Танцуем по-другому» транслировались в полном виде по Всероссийской спутниковой сети «Культура Комсат». О мероприятиях фестиваля писали «Московский комсомолец», газета «Московская среда», журнал «Мир глухих», газета «Надежда», журнал «В едином строю». Также мероприятия фестиваля были освещены в ряде периодических изданий Испании. Готовятся к публикации статьи в журнале «Воспитание и обучение детей с нарушениями развития», журнале «Мир детского театра», газете «Московские новости».

Финансирование

«Особые театры», как и все некоммерческие проекты, не ставят задачи конкуренции, они не должны тратить свои силы на жесткую конкурентную борьбу на рынке театрального искусства. Искусство «особых театров» требует к себе особого - бережного - отношения. Этому уникальному явлению культуры не выжить без поддержки. Все годы, прошедшие со времени Первого фестиваля «Протеатр», такую поддержку фестивалю оказывали и правительственные структуры, и благотворительные фонды, и частные лица. Впервые доля российских грантодателей и спонсоров в финансировании фестиваля превысила 60%. Этот факт свидетельствует в том числе и о возрастающем значении искусства людей с ограниченными возможностями здоровья для российского общества и признании его как на уровне государственных структур, так и на уровне бизнеса.

Региональная общественная организация социально-творческой реабилитации детей и молодежи с отклонениями в развитии и их семей «Круг», являясь основным гарантом проведения фестиваля, подготовила и подала 12 заявок на финансирование мероприятий Третьего Всероссийского фестиваля особых театров «Протеатр» в различные российские и международные организации. По десяти из них была получена финансовая поддержка. Финансовую поддержку Третьему фестивалю «Протеатр» оказали: Правительство Москвы; Комитет общественных связей города Москвы; Префектура Северо-Западного административного округа города Москвы; РАО ЕЭС; Московское городское отделение партии «Единая Россия»; Мемориальный фонд имени Джереми Джакса; Фонд Дмитрия Зимина «Династия»; Фонд ACER-Russie; RGNF; TOPS Business Integrator; РОО «Дом Друзей». Неопенимую роль в поддержке фестиваля оказали Министр иностранных дел РФ С.В. Лавров, Первый заместитель Мэра Москвы Л.И. Швецова.

Волонтерское движение

Большое количество квалифицированных специалистов разных областей знания, деятели науки, искусства, специалисты в области информационных технологий, государственные чиновники, бизнесмены сделали свой безвозмездный вклад в фестиваль «Протеатр». За время проведения трех фестивалей «Протеатр» накоплен большой опыт в области волонтерской деятельности. Была разработана анкета – опросник кандидата в волонтеры, которая помогла волонтерам в самоопределении, а организаторам – в эффективном использовании труда волонтеров. Оргкомитет фес-

тивалия проводил большую работу по поиску, подготовке волонтеров и организации их работы. Члены оргкомитета, жюри осуществляли свою работу также на добровольной основе.

Традиционно в различных мероприятиях фестиваля участвовало большое количество волонтеров из числа студентов. Основной костяк волонтерской группы составляли студенты Московского городского психолого-педагогического университета. За 7-летнюю историю фестиваля в этом вузе возникло движение волонтеров, поддерживающих фестиваль «Протеатр». Студенты помогают в проведении различных мероприятий фестиваля, обсуждают театральные постановки, пишут студенческие рефераты по впечатлениям от спектаклей. По прошествии фестиваля прошла встреча волонтеров МГППУ, участвовавших в мероприятиях фестиваля, с членами оргкомитета фестиваля. Были подведены итоги проделанной работы, анализ удачных и неудачных аспектов волонтерской деятельности. Многие студенты впервые непосредственно встретились с людьми с особенностями в развитии. Важно, что эта встреча произошла в творческой, радостной атмосфере фестиваля. Будущие психологи на практике имели возможность паритетного взаимодействия с людьми с особенностями развития. Студенты также принимали участие в работе обучающих семинаров, знакомясь с передовыми методами и методиками в области «особого» искусства, а также творческой реабилитации. В качестве перспективных целей такой работы можно говорить о воспитании специалистов «нового типа» (из числа волонтеров-студентов).

Памятные призы

В связи с тем что Фестиваль «Протеатр» является смотром и не присуждает призовых мест, Оргкомитет привлекает различные организации для оказания благотворительной поддержки «особым театрам». Комитет общественных связей г. Москвы выделил 50 коробок шоколадных конфет. Префектура СЗАО предоставила памятный приз. Оргкомитет фестиваля и сеть магазинов «М-видео» наградили каждый коллектив-победитель фестиваля, участвовавший в Фестивальной неделе «Протеатр», памятными подарками. Специальный приз учредило Всероссийское общество глухих.

В связи с небольшим временным промежутком, прошедшим после окончания фестиваля, невозможно в полном объеме оценить итоги столь масштабного события. Однако уже можно говорить о ряде событий, ставших логическим продолжением фестиваля. В резолюции научно-практической конференции намечен ряд практических шагов, необходимых для развития «особого искусства» в России. Среди них: работа по разработке законодательной базы и определению ведомственной принадлежности «особого искусства», создание информационно-аналитической базы «особого искусства».

В качестве модели развития творчества людей с особенностями развития участники Конференции предложили создание специализированного Центра – Дома творчества людей с особенностями развития. Центр может служить постоянной (репертуарной) театральной площадкой, на которой смогут регулярно выступать коллективы людей с ограниченными возможностями здоровья - «особые театры», позволит активизировать их собственную самостоятельную культурную деятельность, а также может послужить пилотной моделью, которую можно будет транслировать при организации подобных центров по всей России.

Предполагается организация дальнейшего обучения режиссеров «особых театров», создание совместных обучающих программ профессиональных актеров и актеров «особых театров», организация выставок, а так же благотворительных гастролей зарубежных и российских «особых театров», выпуск методической литературы и т. д.

Готовятся мероприятия по поводу презентаций сборника «Протеатр. Особые театры России» (Сборник-реестр. Выпуск 3), а также рассматриваются предложения по его распространению.

Председатель оргкомитета Н.Т. Попова была приглашена в качестве члена жюри Международного интеграционного театрального фестиваля «Паростки» в октябре 2007 (Киев). Член оргкомитета А.Б. Афонин приглашен в качестве наблюдателя на

Международный интеграционный фестиваль «No limits» в октябре 2007 (Берлин). Т. о., можно говорить о возрастающей роли особого искусства в социальной и культурной жизни российского общества, а также об установлении прочных творческих связей с театральными коллективами и фестивалями особых театров других стран.

Опыт проведения трех Всероссийских фестивалей особых театров «Протеатр» позволяет говорить о том, что фестивали данного типа являются эффективным средством в решении задач, стоящих перед обществом в отношении людей с особенностями развития.

Подробная информация о мероприятиях и планах фестиваля «Протеатр» на сайте www.proteatr.ru

А.Б. Афонин

ИНФОРМАЦИЯ

13 ноября 2008 г. кафедра детской и подростковой психиатрии, психотерапии и медицинской психологии РМАПО проводит Юбилейные ежегодные Ковалевские чтения, на которых по традиции будут представлены научные работы, проводимые в различных учреждениях по проблемам психиатрии, психотерапии и медицинской психологии в рамках кандидатских и докторских диссертаций. Приглашаются все желающие.

Материалы докладов будут опубликованы в журнале «Вопросы психического здоровья детей и подростков».

Подробную информацию можно получить в сентябре месяце по телефону кафедры – (495) 954-1314.

Подписано в печать 28.08.2008. Формат 70х100/16.

Бумага газетная. Гарнитура «Таймс».

Объем 9,8 п. л. Тираж 1000 экз.

ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ. 2008 (8), № 2.

Отпечатано в ООО «Агентство Желтый Кайман»

Г. Москва, т. 662-5377. Зак. № 025