

**АССОЦИАЦИЯ ДЕТСКИХ ПСИХИАТРОВ И ПСИХОЛОГОВ**

**ВОПРОСЫ  
ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ  
ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

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

**2012 (12), № 1**

**Москва. 2012**

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, В.В. Зарецкий, Н.В. Зверева,  
С.А. Игумнов, Н.К. Кириллина, 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. 2012**

Перепечатка запрещена. При цитировании ссылка обязательна.

**Выпуск журнала осуществляется при финансовой поддержке  
Института гармоничного развития и адаптации («ИГРА»).**

# СОДЕРЖАНИЕ

## ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ, СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА И СМЕЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ

<b>Т.Н. Алыко, Н.К. Григорьева, Т.В. Докукина, С.А. Игумнов, И.А. Кононенко, И.Г. Третьяк</b> ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ 5-6-ЛЕТНЕГО ВОЗРАСТА С СИНДРОМОМ АУТИЗМА И ОСОБЕННОСТИ ИГРОВОГО ПРОЦЕССА.....	5
<b>С.В. Трушкина</b> НОРМАТИВНЫЕ МОДЕЛИ МАТЕРИНСТВА У ЖЕНЩИН, ИМЕЮЩИХ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.....	12
<b>Е.В. Серова</b> ЗАМЕЩАЮЩАЯ СЕМЬЯ: ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ, И ПРЕДПОСЫЛКИ ДЛЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ СТРАХОВ У ПРИЕМНОГО РЕБЕНКА.....	21
<b>Е.В. Свистунова, Е.В. Москалева</b> ФАКТОРЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ ЛИЧНОСТИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА.....	28
<b>Е.М. Глушенкова, А.Ю. Хохлова</b> ОСОБЕННОСТИ ОБЩЕНИЯ ГЛУХИХ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА ИЗ СЕМЕЙ ГЛУХИХ И СЛЫШАЩИХ РОДИТЕЛЕЙ В ПРОЦЕССЕ СОВМЕСТНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.....	38
<b>ПРОФИЛАКТИКА, ТЕРАПИЯ, КОРРЕКЦИЯ, РЕАБИЛИТАЦИЯ, ОРГАНИЗАЦИЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ПОМОЩИ</b>	
<b>Ю.С. Шевченко</b> ЭТОЛОГИЧЕСКИ ОРИЕНТИРОВАННЫЕ ПОДХОДЫ К ПСИХОПРОФИЛАКТИКЕ И ПСИХОТЕРАПИИ ДЕТЕЙ-СИРОТ.....	45
<b>Е.В. Корень, Т.А. Куприянова</b> ГРУППОВАЯ ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ С РОДИТЕЛЯМИ В СИСТЕМЕ КОМПЛЕКСНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА.....	54
<b>Е.Л. Инденбаум</b> ТИПОЛОГИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ДИАГНОЗОВ ДЛЯ ШКОЛЬНИКОВ С ЛЕГКИМИ ФОРМАМИ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.....	64
<b>АРХИВ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ, ПСИХОЛОГИИ, СОЦИАЛЬНОЙ И КОРРЕКЦИОННОЙ ПЕДАГОГИКИ</b>	
<b>Н.В.Зверева</b> СУСАННА ЯКОВЛЕВНА РУБИНШТЕЙН. ПАМЯТЬ УЧЕНИКОВ (к 100-летию со дня рождения).....	74

## КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

---

<b>Н.П. Иванова, О.В. Заводилкина</b> СЕМЕЙНОЕ НЕБЛАГОПОЛУЧИЕ КАК ФАКТОР ДЕТСКИХ ДЕВИАЦИЙ.....	79
<b>Ходакова Ю.А.</b> АГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ДЕТЕЙ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ.....	84
<b>Е.А. Лошинская</b> ВЛИЯНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ СОВРЕМЕННОЙ СОЦИАЛЬНОЙ СРЕДЫ НА РАЗВИТИЕ РЕЧИ У ДЕТЕЙ.....	87
<b>Н. А. Ильчевская</b> АКТУАЛЬНЫЕ ЦЕННОСТИ СЕМЕЙНОГО ВОСПИТАНИЯ В РУССКОЙ КЛАССИЧЕСКОЙ ЛИТЕРАТУРЕ.....	91

## ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ, МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

---

<b>С.Н. Масихина, Е.В. Корень</b> ПОДХОДЫ К ПРОВЕДЕНИЮ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В СТРУКТУРЕ КОМПЛЕКСНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ С БИПОЛЯРНЫМИ АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ.....	97
<b>Л.Ю. Данилова, И.П. Киреева</b> ПСИХОТРОПНЫЕ ПРЕПАРАТЫ, РЕКОМЕНДОВАННЫЕ К ПРИМЕНЕНИЮ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.....	109
<b>МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ КОНСИЛИУМ.....</b>	124

## ОФИЦИАЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, РЕЦЕНЗИИ, ИНФОРМАЦИЯ

---

<b>ОБРАЩЕНИЕ В РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ПСИХИАТРОВ.....</b>	134
<b>И.Л. Медведев, М.А. Боброва</b> ШКОЛА ДЕТСКОЙ И ПОДРОСТКОВОЙ НЕЙРОПСИХОФАРМАКОЛОГИИ.....	137

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

1) электронной почтой вложенным файлом в формате Word.rtf на адрес: <[acpp@inbox.ru](mailto:acpp@inbox.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.

---

## ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ, СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА И СМЕЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ

---

Т.Н. Алыко<sup>2</sup>, Н.К. Григорьева<sup>2</sup>, Т.В. Докукина<sup>1</sup>, С.А. Игумнов<sup>1</sup>,  
И.А. Кононенко<sup>1</sup>, И.Г. Третьяк<sup>1</sup>

### ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ 5-6-ЛЕТНЕГО ВОЗРАСТА С СИНДРОМОМ АУТИЗМА И ОСОБЕННОСТИ ИГРОВОГО ПРОЦЕССА

<sup>1</sup>ГУ «РНПЦ психического здоровья» Министерства здравоохранения Республики Беларусь, <sup>2</sup>Белорусский государственный медицинский университет, кафедра психиатрии и медицинской психологии (Минск).

**Резюме.** Психолого-психиатрический анализ историй болезни, анамнез, собственные наблюдения за поведением детей позволили составить представление об особенностях развития детей, принявших участие в данном исследовании. Проведен анализ психологического развития детей 5-6 летнего возраста с синдромом аутизма. Исследования спонтанной игры в неструктурированной ситуации выявили аутистическое замещение окружающего мира. Игра детей, больных аутизмом, не становится той деятельностью, в которой предметные действия наделяются социальным смыслом. Искаженная игровая деятельность оказывает отрицательное влияние на дальнейшее психическое развитие больных детей. Наши исследования должны способствовать коррекционным мероприятиям при установлении эмоционального контакта, работе по коррекции речи и смягчению поведенческих проблем.

**Ключевые слова:** аутизм, дети, спонтанная игра, разыгрывание сюжетов, принятие роли, аутистическая игра.

Психология развития изучает закономерности формирования психики на разных возрастных этапах развития. Видный отечественный психолог Д.Б. Эльконин описал наиболее полную периодизацию развития ребенка (от 0 до 18 лет), основанную на понятии «ведущая деятельность».

Мы остановимся на дошкольном периоде в возрасте 5-6 лет. В этом возрасте, по мнению Д.В. Эльконина [12, 13], ведущая деятельность - сюжетно-ролевая игра. Ребенок осваивает социальные роли, взаимоотношения между людьми.

**Цель исследования:** Изучить психологические особенности развития детей 5-6-летнего возраста, страдающих аутизмом. Сравнить спонтанную игру больных детей с группой здоровых в качестве прогностического критерия развития аутистического замещения окружающего мира.

**Материал исследования:** Обследованы 30 детей 5-6-летнего возраста с синдромом аутизма. Контрольная группа состояла из 30 детей того же возраста, страдающих невротическим расстройством речи в форме заикания.

Нормальное психологическое развитие детей (5-6 лет) предусматривает нарастание дифференцированности и усложненности. Проявляются типологические и индивидуальные черты характера. Ребенок стремится к контактам с другими детьми, к пребыванию в детском коллективе. Речевое развитие 5-6-летнего ребенка характеризуется использованием большого комплекса структур. Ребенок владеет грамматическими структурами, он способен оценивать

предложения как грамматические (неграмматические) структуры и делать исправления. В этом возрасте ребенок развивает понимание шуток и сарказмов, узнает вербальные двусмысленности. В возрасте 5 лет в развитии ребенка происходит большой скачок. К 5 годам он имеет представления об обратимых и необратимых процессах, отличает ситуации, в которых произошло изменение какого-либо признака или количества от ситуации, в которых количество (или признак) остался неизменным.

В отличие от гармоничного развития ребенка, у детей с аутичным поведением выявились «странные» интересы. Дети увлекались дорожными знаками, водопроводными кранами, печатными рекламами, номерами телефонов, всевозможными условными обозначениями, словами на иностранных языках. Один ребенок испытывал сильное влечение к огню, другой - к железнодорожным рельсам. Необычные по содержанию влечения сопровождались патологическим фантазированием. В содержании аутистических фантазий причудливо переплетаются случайно услышанные ребенком сказки, истории, кинофильмы и радиопередачи, вымышленные и реальные события. Патологические фантазии детей отличаются повышенной яркостью, образностью. Нередко содержание фантазий приобретает агрессивный характер. Дети могли часами, причем в течение многих месяцев, а иногда и нескольких лет, рассказывать истории о мертвецах, скелетах, убийствах, поджогах, называть себя «бандитом», «Потрошителем», приписывать себе всевозможные пороки.

Наряду с этим у многих детей обнаруживались несомненные музыкальные способности, некоторые хорошо рисовали. Вместе с тем в этот период усиливались нарушения коммуникативной функции речи, появлялся избирательный мутизм, изменялось интонирование, возникали стереотипные речевые штампы, своеобразные акценты, ударения, растягивания слов. У некоторых детей заострялись аграмматизмы, возникали эхололии, неологизмы. Этот период в жизни детей характеризовался появлением неадекватных страхов. Отмечались страхи меховых предметов и игрушек, лестницы, лифта, увядших цветов, свечей, лампочек, нередко возникал страх незнакомых людей. Многие дети боялись ходить по улице, опасаясь, что на них наедет машина, ездить в транспорте, так как им казалось, что может произойти катастрофа.

Дети испытывали неприязнь, если им случалось испачкать руки, раздражались, когда на одежду попадала вода. Часто появлялись более выраженные, чем в норме, страхи темноты, боязнь остаться одним в квартире.

У части детей отмечалась чрезмерная чувствительность к грустным мелодиям, они часто плакали при просмотре кинофильмов или при чтении книги. Другие, наоборот, любили страшные фильмы и сказки, получали особое удовольствие, когда с героями случались неприятности («не помогу, если мальчик заблудился в лесу»).

С этим сочетались холодность или даже жестокость по отношению к близким взрослым. Нередко дети могли ударить или укусить, стремились все делать назло. Чрезвычайно существенно то обстоятельство, что почти все дети оставались совершенно безразличными к оценкам взрослых. У них отсутствовало характерное для данного возраста желание понравиться, заслужить похвалу, одобрение. Для всех детей без исключения было характерно отсутствие тяготения к детскому коллективу, потребности в общении со сверстниками. На улице, на прогулках, в общественных местах дети производили впечатление слепых или глухих, они не обращали внимания на окружающих, не смотрели на себе-

седника, избегали взгляда других людей.

В.Е. Каганом [5] приводится точное выражение: «ребенок ходит мимо людей... смотрит сквозь людей...».

У некоторых детей периодически появляется интерес к маленьким детям, но и стремление нанести им боль. Родители отмечали, что большее время их дети проводили в одиночестве, никто не был им нужен, они не подключались к домашним занятиям, не стремились помочь. У них полностью отсутствовала потребность в совместной со взрослыми жизни и активном участии в ней.

### **Исследование спонтанной игры у детей, страдающих аутизмом, и контрольной группы детей 5-летнего возраста**

Исследование спонтанной игры проводилось в так называемой неструктурированной ситуации, т. е. отсутствовала сюжетная группировка игрушек. Инструкция давалась в свободной форме, ребенку сообщалось, что он идет в специальную игровую комнату, где может играть так, как ему нравится.

Однако не всегда такая свободная инструкция содействовала проявлению в эксперименте спонтанной игры. Изучению спонтанной игры предшествовал период установления контакта с ребенком. Здесь отметим лишь некоторые специальные приемы, такие как: а) подчеркивание не подавляемой, свободной атмосферы, введение принципа дозволенности; б) переход от беседы на значимые для ребенка темы к рисованию и от него к игре; в) внесение в игру привлекательных для ребенка предметов. Анализировались разыгрывание сюжетов и принятие роли, а также выбор игрушек и характер игровых действий.

Результаты в группе не аутичных детей показали, что при описанном выше изменении условий игры структура самой деятельности почти не меняется. Увеличивается лишь период ориентировочных и подготовительных действий. В первом случае дети дольше рассматривали игрушки, переходили от одной части комнаты к другой, ползали по ковру, одновременно приводя все в некоторый порядок. Параллельно высказывались соображения, содержащие оценку ситуации и планирующие будущую игру.

Таким образом, если в ситуации предложенных сюжетов функция планирования выполнялась экспериментатором, а детям оставалась реализация плана, то в неструктурированной ситуации планирование и организация игрового материала полностью передавались ребенку. Дети сами создавали сюжеты игры, выбирали роль, подбирали необходимые игрушки. Причем сюжеты спонтанной игры структурированной ситуации детей контрольной группы были близки, а часто полностью совпадали с экспериментально заданными сюжетами.

В отличие от них, у аутичных детей переход к ситуации свободной игры приводил к существенным изменениям деятельности по сравнению с игрой по заданным сюжетам.

**А. разыгрывание сюжетов и принятие роли.** Часть исследуемых детей (30 человек) проигрывала особые, не встречающиеся в норме сюжеты. Примерами могут служить игры в стукалку, аккумуляторы, батарейки, паутину, провода, маму- Бабу Ягу и др.

*Пример: Таня, 6 лет. Не обращает внимания на игрушки, ползает, изображая медведей. Говорит: «Медведь с медвежонком идут гулять. У них сестра - медведенька, Медя-тетя, а Ума - медведица - дядя». Охотник подкрадывается. Бегает, изображая охотника. Садится на пол, размахивает руками, говорит: «А вот охотника поймать, гвозди в него забить, а медведь схватит охотника и воткнет иголки прямо в глаз».*

У аутичных детей сюжет игры отображает некоторые стороны воспроизведения действительности. В качестве основного момента в игре обычных детей всегда отражается деятельность взрослых. Содержание спонтанных игр аутичных детей совершенно иное. В них отражаются именно те стороны действительности, которые по аффективным причинам зафиксировались в сознании детей и выступили на первый план. В игре в медведей выделялись дяди, тети и прочие родственники. В качестве второго основного момента сюжета разбираемой игры выделяется отражение агрессивных отношений между медведем и охотником.

Таким образом, в сюжете переплетаются реальные события и отношения с темами известных ребенку сказок. Эта особенность отчетливо проявляется в сюжете спонтанной игры Веры, 6 лет.

Это была игра в Бабу-Ягу, которая превращалась в маму, приходила к детям, заманивала их, уносила к себе в дом, превращалась в бабу-Ягу и съедала детей.

Иногда связь сюжета игры с реальными ситуациями, вызывавшими сильные эмоциональные переживания у детей, выступала совершенно отчетливо. Например, излюбленной игрой Сережи, который действительно с особым восторгом наблюдал разрушение старого дома, стала после этого игра «в разрушение», заключающаяся в разрушении домов или в изображении автомобильной аварии.

В других случаях сюжеты были настолько странными, что трудно было даже предположить, какие реальные события в них отражаются. Такой, к примеру, была игра Коли «в прыгалку»; «прыгалка» была особым предметом, придуманным ребенком. Мальчик стучал палкой и сообщал, что «прыг прошел на 25 метров, это медленный прыг, а вот если на 300 метров - это хороший, быстрый, а вот сейчас хороший прыг прошел на 80 метров под водой».

Таким образом, в сюжетах аутистических игр деятельность взрослых, повседневная, окружающая детей жизнь совершенно игнорируются. Такая игра называется аутистической.

Особенно важным моментом, различающим социализированную и аутистическую игру, является соотношение двух планов игры: плана, связанного с воспроизведением роли, и плана собственного поведения ребенка. Как известно, взяв на себя определенную роль, дети всегда понимают условность игры, у них сохраняется «взгляд со стороны». Более того, именно это внешнее контролирование позволяет детям оценивать, что в игре «по правде», а что «понарошку», что «как настоящее» и что «как не бывает». Известно, что чем правдивее и точнее изображается ребенком реальность, тем интереснее игра. Оказалось, что аутистические игры больных детей лишаются этого критического «взгляда со стороны». В них мы встречаемся не с разыгрыванием роли, а с перевоплощением в тот или иной игровой персонаж. Об этом говорят многочисленные факты потери детьми ощущения собственной индивидуальности. Границы игры и реальности, своего Я и игровой роли, правды и вымысла размываются. Подобные моменты особенно часты у больных детей, однако мы наблюдали у детей потерю «чувства игры» также в относительно спокойные периоды болезни. Спонтанная игра по аутистическим сюжетам характеризуется эмоциональной захваченностью, одержимостью, доходящей до экстаза.

Так, например, Игорь, 5 лет, постоянно играл в «костер». Сюжет его игры заключался в воспроизведении сжигания сухих листьев, веток, мусора. Мальчик собирал мелкие игрушки в кучу, приносил кубики, бруски, коробки, затем как будто поджигал эти предметы. Такой сюжет многократно повторялся в течение одного игрового сеанса, при этом постепенно нарастало возбуждение мальчика,



ускорялся темп речи, увеличивалась громкость, движения становились хаотичными, суетливыми. Ребенок перестал отвечать на замечания в игровой комнате, переставал использовать игрушки. Его игровое поведение совершенно утрачивало черты подконтрольности и осознанности. Вся игровая деятельность превращалась в беспорядочную действенную и речевую активность.

В отличие от обычной неустойчивости игры по социализированным сюжетам, аутистическая игра необычайно стабильна. Детей трудно отвлечь, они практически не поддаются переключению на иную деятельность. Так, в рисунках, выполненных в финале игрового сеанса, неизменно повторялись сюжеты аутистической игры. Весьма было трудно прекратить игровой сеанс, дети отказывались закончить игру, продолжали ее в группе или на улице. Более того, анамнестические данные показывают, что аутистические сюжеты прослеживаются в игре детей на протяжении нескольких лет, оставаясь излюбленными и часто вообще единственными темами, могущими привлечь внимание ребенка. Игра по аутистическим сюжетам приобретает характер непресыщаемой деятельности.

У детей с более выраженными проявлениями аутизма спонтанная игра не носит сюжетного характера, а представляет собой действия с предметами. Причем у каждого ребенка выделяется свой, особый круг предпочитаемых игровых предметов. Одни играли только с электрическими игрушками, с игрушками на «батарейках», другие - исключительно с паровозами. Некоторые дети, игнорируя обычные игрушки, использовали бытовые предметы, такие как телефон, часы, киноаппарат, кофемолка, мясорубка. Например, Глеб, 5 лет 6 месяцев, в течение нескольких лет играл только «батарейками».

Весьма часто возникали игры мебелью, обувью, бумажками, веревочками, тряпочками. На игровых сеансах мы наблюдали также игры, представляющие собой открывание и закрывание дверей, включение и выключение настольной лампы.

**Б. Выбор игрушек и состав игровых действий.** Для разыгрывания аутистического сюжета детям требовалось всего 1-2 игровых предмета. Таким образом, количество игрушек резко сокращается по сравнению с игрой в структурированной ситуации. Более того, часто больные дети обходились без игрушек, манипулируя в игре своими руками, пальцами. Так, девочка играла своими пальцами, рассказывая при этом различные истории, как «пальчик поехал домой, попал в гости к другому пальчику».

Качественный состав используемых в аутистических сюжетах игрушек был разнообразным. Встречались игры со специализированными игрушками, но преобладали действия с неоформленными предметами.

Таким образом, в отличие от игры по заданным сюжетам, в сюжетной аутистической игре преобладали действия в речевом плане, а также замещающие действия, в то время как предметные действия полностью исчезали.

Значительное уменьшение неадекватных манипуляций связано с ограничением числа используемых в спонтанной игре функциональных игрушек.

В игре по аутистическим сюжетам обнаружилось довольно интересное явление, которое было названо «редукцией предметного действия». Дело в том, что первоначально развернутое предметное действие, часто со специализированной игрушкой, упрощалось, отрывалось от предмета и превращалось в манипуляцию предметами. С таким явлением мы столкнулись, например, в игре Сережи. Сначала мальчик строил дом из кубиков или рассаживал кукол, устраивал кукольный дом. Затем экскаватором разрушал построенное. В дальнейшем при усилении возбуждения мальчик уже ничего не строил, не использовал

рычаги экскаватора, а беспорядочно возил его по комнате, наезжая на кукол, зверей и на все другие игрушки. Затем руками и ногами рушил, разваливал, опрокидывал все, что попадалось ему на глаза. Он стучал шкафом по тарелкам, пытаясь их разбить, бросался куклами, наступал на них ногами.

Как видно в предметных аутистических играх, по сравнению с сюжетными, появлялись манипулятивные предметные действия. Однако эти сложные предметные действия, подобно манипуляциям, производились больными исключительно для получения примитивных эффектов. Так, ребенок с помощью подъемного крана, используя систему рычагов, нагружал кубики в машину-самосвал лишь для того, чтобы потом с грохотом их высыпать.

Аутистические игры, которые не носили сюжетного характера и проявлялись у детей с более выраженным аутизмом, оказывались особенно интересными при анализе состава игровых действий. В них отсутствовали как замещающие действия, так и действия в речевом плане, и значительно возрастало число манипуляций, и вся игра сводилась к получению разнообразных эффектов (механических, шумовых, цветовых).

Наблюдались игры с пересыпанием мелких кубиков, которые производились также для получения характерного звука; дети нажимали курок автомата только для того, чтобы загорелась лампочка, с такой же целью открывалась и закрывалась дверь холодильника.

Таким образом, спонтанная игра отличается от игры по социализированным сюжетам и анализ игры приводит к следующим выводам:

- спонтанная игра детей, страдающих аутизмом, эмоционально окрашена, носит непресыщаемый характер и не воспроизводит деятельность взрослых.

В отличие от предметных манипуляторных игр маленьких детей, аутистическая игра лишена воображаемой ситуации, воспроизводящей деятельность окружающих людей.

Здесь мы подходим ко второму, чрезвычайно важному различию нормальной и патологически искаженной игры.

Деятельность здоровых детей проходит по своему содержанию и структуре закономерный путь развития.

Известно, что дети до 6-месячного возраста манипулируют предметами, затем в игре повторяются определенные действия, наконец, позже на первый план выступают отражения отношений между людьми [9, 12, 13]. Таким образом, вместе с более широким вхождением в мир, вместе с углубляющимся познанием окружающей жизни изменяется и субъективная ценность для ребенка отдельных ее сторон. Меняются и объекты деятельности, приносящее наиболее сильное эмоциональное удовлетворение. Эмоциональные переживания аутичных детей не получают такого развития.

Результаты экспериментов показывают, что аутистическая игра побуждается стойкими эмоциональными переживаниями, которые сами по себе не развиваются. О наличии побуждающего к аутистической игре аффекта говорит факт эмоциональной насыщенности таких игр.

Очевидно, примитивность аффекта, побуждающего деятельность аутичных детей, и является тем фактором, который предают аутистической игре чрезвычайную стабильность и непресыщаемый характер. Описанное выше игровое поведение, особенно в случаях предметных аутистических игр, может оцениваться как «чистые» стереотипии, возникающие вследствие болезненной инертности психики, т. е. как активность немотивированная. Однако такому предполо-

жению противоречит то обстоятельство, что «стереотипизируются» лишь объединенные, а не все компоненты активности ребенка. Анализ состава действия в мотивированных играх показал, что эмоционально подкрепляются примитивные манипуляции и не устанавливается опосредование между предметами. Ослабление потребности в коммуникациях приводит к тому, что в предметах игнорируются их функциональные свойства, которые в норме усваиваются в ходе общения со взрослыми [8, 10].

Таким образом, игра аутичных детей не становится той деятельностью, в которой предметные действия формируются, отрабатываются, наделяются социальными смыслами. Следовательно, такая искаженная деятельность оказывает отрицательное влияние на дальнейшее психическое развитие больных детей. В частности, можно ожидать, что описанная игра должна затруднять формирование у детей адекватных представлений о функциональных свойствах предметов.

#### **Выводы:**

1. Психологическое развитие детей 5-6-летнего возраста, страдающих аутизмом, отличается от здоровых сверстников уходом в свой собственный мир, нарушением общения, моторными, речевыми и идеаторными стереотипиями, утратой резонанса с внешними раздражителями.

2. Аутистическая игра необычайно стабильна и эмоционально насыщена.

3. Для разыгрывания аутистического сюжета используются 1-2 игровых предмета с последующей «редукцией предметного действия».

4. В отличие от контрольной группы, игра детей с аутизмом теряет мотивы социализированной игры и не воспроизводит деятельность взрослых.

5. Аутистическая игра затрудняет формирование у детей адекватных представлений о предметах и оказывает отрицательное действие на их дальнейшее психическое развитие.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Бараева Е.И. Психология развития: схемы комментариев. Учебное пособие. - Минск: РИВШ, 2005. - 130 с.

2. Башина В.М. О синдроме раннего детского аутизма Каннера // Журнал невропатологии и психиатрии, 1974, № 10. - С. 1538-1542.

3. Башина В.М. Аутизм в детстве. - М.: Медицина, 1999. - 236 с.

4. Григорьева Н.К., Обьедков В.Г., Алько Т.Н. Аутизм в детстве: Дифференциальная диагностика со сходными расстройствами. - Минск: БГМУ, 2008, - 55 с.

5. Каган В.Е. Аутизм у детей. - Л.: Медицина, 1981. - 206 с.

6. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей. - М.: Медицина, 1979. - 607 с.

7. Никольская О.С., Баенская В.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок. Пути помощи. - М.: Теревинф, 2000. - 332 с.

8. Поливанова К.Н.: Психология возрастных кризов. Учебное пособие. - М.: Издательский центр «Академия», 2000. - 184 с.

9. Славина Л.С. О развитии мотивов игровой деятельности в дошкольном возрасте. - М.: Известия АПИ РСФСР, вып. 14, 1948. - 62 с.

10. Трофимович О.А. Диагностика и коррекция детского аутизма: Методическое пособие. - Минск, 2003. - 48 с.

11. Феррари П. Детский аутизм. - М.: РОО «Образование и здоровье», 2006. - 127 с.

12. Эльконин Б.Д. Символика и ее функции в игре детей // Дошкольное воспитание, 1960, № 3. - С. 48-52.

13. Эльконин Б.Д. Психология развития: Учебное пособие. - М.: Издательский центр «Академия», 2001. - 144 с.

14. Яссман Л.В., Данюков В.П.: Основы детской психопатологии: Учебно-методическое пособие для психологических факультетов. - М.: Олимп, ИНФРА-М, 1999. - 256 с.

С.В. Трушкина

## НОРМАТИВНЫЕ МОДЕЛИ МАТЕРИНСТВА У ЖЕНЩИН, ИМЕЮЩИХ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

ИЦ психического здоровья РАМН (Москва).

Представления женщины о «нормальном материнстве» имеют особое значение как для нее самой, так и для ее ребенка. Очевидно, что убежденность матери в существовании тех или иных норм, связанных с воспитанием детей, их принятие или непринятие во многом определяет то, как женщина будет выстраивать свои отношения с ребенком. Показательно, что среди мотивов деторождения «необходимость соответствовать социальным нормам» имеет самую высокую субъективную значимость для большинства матерей. Наше предварительное исследование показало, что 80% женщин назвали мотив «женщина **должна** иметь детей» в качестве одного из наиболее важных, повлиявших на ее решение родить ребенка [4]. Между тем, вопрос о содержании социальной нормативности женщин и о ее связи с особенностями родительского поведения в отечественной психологии до сих пор не ставился.

Как показал наш практический опыт, представления о нормах материнства у женщин никогда не бывают одинаковыми. Они могут существенно различаться по целому ряду параметров: по содержанию, по степени осознанности, по степени реалистичности, по силе их влияния на реальное материнское поведение. Как правило, эти представления бывают не случайным набором убеждений, а более или менее логически выстроенной системой ожиданий от ситуации материнства. Эта система опирается на семейные традиции, личный опыт, знания, усвоенные из книг для родителей, а также образы, почерпнутые из кинофильмов и художественной литературы. Такую систему взаимосвязанных представлений о том, каким должно быть материнство, мы обозначили термином «**нормативная модель материнства**» (НММ), которая и является предметом настоящего исследования. Особое внимание в нем уделяется изучению представлений о нормах материнства у женщин с явно нарушенным родительским поведением, что представляет, с нашей точки зрения, большой научный и практический интерес.

В своей работе мы исходили из *гипотезы* о том, что в ментальной сфере матери существует относительно самостоятельная когнитивно-мотивационная структура – «нормативная модель материнства», представляющая собой совокупность ожиданий женщины 1) от себя как родителя, 2) от своего ребенка, 3) всей ситуации материнства и взаимоотношений с ребенком. Нормативные модели материнства оказывают определенное воздействие на реальное материнское поведение и через него влияют на уровень и особенности развития детей.

В данном исследовании мы ставили следующие задачи:

1. описание структуры нормативной модели материнства (НММ);
2. выявление и описание различных вариантов НММ у женщин с нормаль-

ным и нарушенным родительским поведением;

3. соотнесение типа НММ с успешностью реального функционирования диады «мать-ребенок».

В исследовании приняли участие 45 диад «мать-ребенок», всего 90 человек – 45 матерей и 45 детей. Все дети были в возрасте от одного года до двух лет, из них 26 девочек и 19 мальчиков. Все дети, принявшие участие в эксперименте, не имели соматических или психических заболеваний, способных заметно повлиять на их развитие. Возрастной диапазон женщин, принявших участие в исследовании был от 18 до 38 лет.

Выборка изначально формировалась из двух групп, условно названных нами «социально благополучные» (1 группа – 35 диад) и «социально неблагополучные» (2 группа – 10 диад). Во всех семьях 2-й группы отмечалось пренебрежение нуждами детей в безопасности, питании, гигиене или медицинской помощи. Все матери этой группы состояли на учете в социально-реабилитационном центре. В отношении двух матерей органами опеки возбуждено ходатайство о лишении их родительских прав.

В исследовании использовались следующие *методики*:

1. Структурированная беседа, в ходе которой задавались вопросы: «Какая вы мама? Какой должна быть мама маленького ребенка? Какой ваш ребенок? Каким должен быть ребенок этого возраста?» и т. п.

2. Методика «Q-сортировка» (У. Стефенсон [2], в авторской модификации). При помощи набора из 40 карточек, содержащих различные характеристики матери, испытуемой предлагалось составить самописание и описание идеальной матери. Методика позволяет получить коэффициент линейной корреляции между «Я-реальная мать» и «Я-идеальная мать», а также иерархию характеристик нормативного и реального материнства.

3. Наблюдение за поведением и взаимодействием матери и ребенка по методике «Игродиагностика», которое позволяло оценить уровень дизадаптирующего влияния тревоги на процессы общения у ребенка раннего возраста [5].

4. Методика «Диагностика психического развития детей от рождения до трех лет» [3].

5. Родительский опросник RCDI, направленный на выяснение уровня психического развития ребенка (Child Development Inventory, 1992 г., адаптированный и стандартизированный русский вариант, 2000 г.) [8].

Обследование диад «мать-дитя» производилось во время домашнего визита продолжительностью около двух часов в отсутствие других членов семьи.

### **Результаты исследования**

#### ***Варианты нормативных моделей материнства в группе социально благополучных матерей***

Анализ содержания бесед позволил выявить пять достоверно отличающихся друг от друга типов «нормативных моделей материнства». Каждый из них включает представления о 1) «нормальной матери», 2) «нормальном ребенке раннего возраста» 3) «нормальной иерархии в диаде».

**1. «Педагогическая» модель (43% группы):** «Мама должна быть строгой, бескомпромиссной, но справедливой. Она должна много заниматься с ребенком, образовывать его во всех сферах. Мама должна быть сама образованной, терпеливой, выдержанной, решительной, никогда не поддаваться панике. Ей должна быть присуща активная жизненная позиция, она быть примером для ребенка. Ей нужно много успевать, так как необходимо, чтобы и она сама, и ребе-

нок достойно выглядели в глазах окружающих. Мама должна быть любящей, заботливой и ответственной. Она не должна давать много самостоятельности ребенку - это небезопасно для него.

Ребенок должен быть подвижный, веселый, здоровый, хорошо развитый и ухоженный. Он должен быть послушным, не нарушать запретов, быть «разумным», то есть понимать, где его подстерегает опасность, и прислушиваться к словам и указаниям взрослых. Дети рождаются со своим характером и развиваются в соответствии с ним. Задача мамы – переделать этот характер в такой, какой надо, хотя это и бывает трудно. Обычно на эту работу уходят годы, нужно терпение, и будет результат.»

Лидер в диаде – мать, ребенок принимает ее инициативу и следует за ней.

**2. «Партнерская» модель (26% группы):** «Мама - внимательная, заботливая, терпеливая, веселая. Она должна стремиться быть как можно ближе ребенку, понимать его. Быть мамой очень приятно; играть и общаться с ребенком очень интересно. Идеальных мам не бывает, на материнство надо смотреть просто: нужно доверять своим чувствам и делать то, что приносит удовольствие маме и ребенку, и это будет правильно. Мама не должна жить только миром ребенка, она должна в равной степени заботиться о себе и о ребенке, т. к. если будет плохо ей, то будет плохо и малышу.

Ребенок должен быть прежде всего здоровый и счастливый. Он не должен драться (варианты - кусаться, закатывать истерики, быть грязнулей и т. п.). Он не может быть правильным или неправильным, если он что-то делает не так, то этому есть причина, ее можно понять. Для ребенка должен существовать минимум запретов, но и всего позволять тоже нельзя.»

Постоянного лидера в диаде нет, ее иерархическая структура изменяется в зависимости от ситуации.

**3. «Психологическая» модель (11% группы):** «Мама должна быть любящей, заботливой и ответственной. На ней лежит вся ответственность за благополучие ребенка, и у нее есть все возможности для его достижения (если нет - она сможет их найти). Мама должна твердо действовать в интересах ребенка, которые она себе очень хорошо представляет. Эмоциональные потребности ребенка – в любви и принятии, в спокойствии, защищенности, чувстве благополучия – очень важны для его оптимального развития и в жизни вообще. Поэтому мама должна хорошо понимать своего ребенка, чутко прислушиваться к нему и осмысливать то, что с ним происходит. Мама должна «вращивать» индивидуальность своего ребенка. Она должна быть думающей, активно ищущей информацию, творческой. В обращении с ребенком – мягкой и эмоциональной.

Образ ребенка: все дети разные, все индивидуальны, нет единого образа. Должны к этому возрасту овладеть некоторыми знаниями и бытовыми навыками (начинать говорить, уметь обозначить свои желания, иметь понятие о запретах и т. п.). Интересы ребенка можно ограничивать ради интересов всей семьи.»

Лидер в диаде – мать, но иногда допускается смена позиций.

**4. Феминная модель (11% группы):** «Мама должна быть женственной, мягкой, очень любить детей, быть доброй, балующей, опекающей, всегда готовой помочь ребенку. Она никогда не должна злиться или раздражаться. Ей свойственно испытывать наслаждение от своего материнства. Такое отношение к ребенку заложено природой, это естественно и по-другому быть не может. Предъявлять требования к ребенку, запрещать и наказывать – не женское дело. Это обязанность отца (варианты - других членов семьи, воспитателей в детских учрежде-

ниях). Для мамы естественно стремление – утешать, любить, создавать комфорт, а не воспитывать. Мама должна позволять ребенку делать что и как он хочет.

Ребенок должен быть здоровым, активным, веселым. Он может злоупотреблять маминой любовью, быть чересчур требовательным, позволять себе слишком много, но это нормально. Он должен быть таким, какой он есть.»

Иерархическая структура в диаде может меняться в зависимости от ситуации».

**5. «Жертвенная» модель (9% группы):** «Мать должна принести себя в жертву ребенку и своей материнской роли. Она должна быть очень любящей, уступчивой, идущей на поводу у ребенка. Она должна всегда давать ребенку все, что ему нужно: быть у нее на руках столько, сколько ему хочется, спать вместе с ней, долго кормиться грудью, всегда иметь возможность тактильного контакта с ней. Она должна быть его защитником во всех конфликтах, все ему прощать, все понимать, все разрешать, никогда не наказывать. Задача мамы – посвятить себя ребенку, так как иначе он будет неправильно развиваться. Мама должна все уметь, все успевать, быть терпеливой, спокойной, уверенной в себе и уравновешенной в конфликтах.

Никаких требований к ребенку быть не должно, так как нельзя «ломать характер». Ребенок с самого рождения - личность. Развитие определяется генами, и бесполезно пытаться изменить генетическую программу. Режим дня в принципе не нужен, так как ребенок должен жить так, как хочет.»

Роль лидера отдается ребенку, мать занимает позицию ведомого, подчиненного.

Достоверность **различий в содержании НММ** была проверена при помощи t-критерия Стьюдента. Наиболее предпочитаемые в разных моделях материнские характеристики (им соответствуют наименьшие рейтинговые оценки) приведены в табл. 1.

Таблица 1.

Средняя рейтинговая оценка некоторых содержательных характеристик образа идеальной матери (по тесту Q-сортировка)

Наиболее предпочитаемые характеристики матери в подгруппах	Средняя рейтинговая оценка по подгруппам (балл)				
	Педагогическая модель	Партнерская модель	Психологическая модель	Феминная модель	Жертвенная модель
Строгая, но справедливая	<b>1,5</b>	3,6	3,0	5,5	5,7
Заботится о развитии своего ребенка	<b>1,3</b>	2,6	<b>1,8</b>	5,8	3,3
Производит хорошее впечатление на окружающих	<b>1,6</b>	4,7	4,5	4,8	4,3
Полностью поглощена своим материнством	5,8	5,9	5,8	3,8	1,0
Добросердечная	3,5	<b>1,3</b>	2,0	<b>1,8</b>	<b>1,7</b>

Из таблицы видно, что при разных моделях материнства женщины по-разному ранжируют желательные для роли матери качества. При педагогиче-

ской модели на первый план выходят строгость, успешность в развитии и соответствие социальным ожиданиям. В психологической модели важнейшей ценностью является забота о развитии своего ребенка. При психологической, феминной и жертвенной моделях главными качествами матери являются доброта и терпимость.

***Степень определенности и последовательности образов матери и ребенка при разных вариантах НММ***

Описанные выше модели материнства существенно различаются по **степени определенности** образов матери и ребенка, т. е. насколько жестко и однозначно определяются данные позиции.

Для оценки **степени определенности** образов матери и ребенка была разработана «Шкала оценки определенности представлений» (см. табл. 2). Средние значения оценок приведены в табл. 3.

Таблица 2.

**Шкала оценки определенности представлений**

Критерии определенности представлений	Оценка (балл)
Представления отсутствуют или отвергаются	1
Представления очень расплывчатые, касаются только общих характеристик	2
Помимо общих приводятся несколько разрозненных конкретных характеристик; настойчиво подчеркивается ситуативная изменчивость и/или индивидуальность образа	3
Приводится достаточно много конкретных характеристик, складывающихся в образ, но оговаривается ситуативная изменчивость и индивидуальность образа	4
Приводится сформированный образ; отклонения от ожиданий допускаются в редких случаях	5
Жесткая система требований и ожиданий	6

В соответствие с этой шкалой для каждого случая была произведена оценка определенности образов матери и ребенка. Полученные данные представлены в табл. 3.

Таблица 3.

Средние значения степени определенности образов матери и ребенка для разных типов НММ

	Среднее значение степени определенности образов (балл)				
	Педагогическая модель	Партнерская модель	Психологическая модель	Феминная модель	Жертвенная модель
Образ матери	4,33	3,33	4,75	4,50	5,0
Образ ребенка	4,60	2,33	3,00	1,75	1,33

Как видно из табл. 3, наибольшая степень определенности и устойчивости образов как матери, так и ребенка характерна для «педагогической» модели.



Такая определенность («Я знаю, какими должны быть ребенок и его мать») задает довольно жесткую позицию матери в вопросах воспитания и обуславливает высокие требования к ребенку и к самой себе. Результаты наблюдения и беседы показали, что матерей из этой подгруппы отличают выраженная ориентация на успех, а также достаточно высокая тревожность, которая часто принимает форму страха оказаться «не на уровне». Матери много внимания уделяют занятиям, развивающим игрушкам и пр. Их озабоченность достижением конкретного результата часто препятствует радости от общения. При возрастании степени определенности образа ребенка до 5-6 баллов воспитательный стиль мамы приобретает черты гиперсоциализации. При этом стремление матери максимально контролировать и направлять развитие ребенка обычно не дает ожидаемого результата, в связи с чем она испытывают чувство разочарования в себе и отчасти в ребенке, а также чувство вины из-за того, что недостаточно занимается своим ребенком.

«Партнерская» модель характеризуется средней степенью определенности нормативных образов и матери, и ребенка. У матери нет высоких требований к себе как к родителю и ожиданий каких-либо жестко заданных результатов и качеств от ребенка. Матери из этой подгруппы отличаются эмоциональной уравновешенностью и высокой способностью к эмпатии по отношению к ребенку. Обращает на себя внимание отсутствие избыточной тревоги по поводу своего материнства. Взаимодействие в диаде хорошо налажено, а отношения отличаются теплотой и доверием к партнеру. Мать, не являясь постоянным организатором деятельности ребенка, тем не менее определяет для него эмоциональный фон ситуации, защищая его от ощущения неопределенности и тревоги.

«Психологическая» модель НММ описывается высокими показателями определенности образа матери и средними – ребенка, т. е. женщины склонны предъявлять высокие требования к себе как к родителю, а ребенка в большей степени готовы принимать таким, каков он есть. Матери из этой подгруппы отличались высоким уровнем интеллекта, творческим складом личности и убежденностью в том, что только они сами ответственны за то, как складывается их материнство. Отношения в диадах спокойные, доверительные, эмоционально насыщенные и практически бесконфликтные.

Для «феминной» и «жертвенной» моделей характерны жестко определенные представления о матери и весьма расплывчатые о ребенке. Низкие показатели определенности представлений о ребенке раннего возраста можно трактовать как отсутствие «образа желаемого результата» их родительских усилий. При этом матери, имеющие «феминную» НММ, вообще и не склонны рассматривать свое материнство как деятельность, направленную на какой-либо результат. Главным для них является радость от общения с ребенком и переживание своей доброты и женственности. Матери, имеющие «жертвенную» НММ, выглядят скорее дезориентированными вследствие некритичного усвоения ими радикальных детоцентристских установок, которые имеют сегодня широкое хождение в Интернете и в псевдопсихологической литературе для родителей и которые призывают посвящать свою жизнь детям и выполнять все их желания.

#### ***Последовательность НММ***

Нормативные модели материнства существенно отличались также логической последовательностью образов себя и ребенка. Так, в некоторых нормативных образах себя и ребенка прослеживались определенные противоречия. Например, женщины могли утверждать, что мать должна предоставлять ребенку

полную свободу в выборе им времени сна и занятий, а ребенка при этом описывали как исключительно послушного и зависимого от взрослого, или же характеризовали идеальную мать одновременно как «полностью поглощенную своим материнством» и «имеющую другие интересы кроме семьи». В этих случаях реальное материнское поведение воспринимается как непоследовательное и непредсказуемое для ребенка.

### *Эффективность разных вариантов НММ*

Психологическое благополучие диады являлось в нашей работе критерием *эффективности* модели материнства. Диада «мать-ребенок» считалась нами «психологически благополучной», если выполнялись следующие требования:

- уровень развития ребенка соответствует возрастным нормам (согласно обеим используемым диагностическим методикам);
- у ребенка не отмечается повышенной тревожности в процессе общения (согласно методике «Игродиагностика»);
- мать в достаточной степени удовлетворена собой как родителем (т. е. значения коэффициента корреляции между «Я-реальное» и «Я-идеальное», полученные методом Q-сортировки, лежат в пределах групповой статистической нормы, определяемой как среднее значение плюс-минус 2 сигма).

Рассмотрение разных типов НММ с позиции данных требований показало, что психологическое благополучие с наибольшей вероятностью возникает в диадах с «партнерской» и «психологической» моделями. В подгруппе матерей с «партнерской» НММ всем трем параметрам благополучия отвечали 89% диад, в подгруппе с «психологической» НММ – 100%.

«Педагогическая» НММ также вполне способна обеспечить психологическое благополучие членов диады, но при условии, что степень определенности образов матери и ребенка не слишком высока (на уровне 3-4 баллов). В случае слишком жестких требований значительно снижаются показатели удовлетворенности матери собой как родителем и некоторые показатели развития ребенка, особенно в сфере общения. Постоянно испытывая на себе воспитательное давление матерей, дети приобретают привычку реагировать на других взрослых с недоверием и негативизмом. При этом, чувствуя себя под защитой сильного и уверенного взрослого, дети не проявляют признаков повышенной тревожности. В этой подгруппе всем трем параметрам благополучия отвечали 67% диад.

В диадах с «феминной» НММ психологическое благополучие напрямую зависело от того, насколько другие члены семьи разделяют представления матери о гендерных и семейных ролях и дополняют данную модель своими воспитательными воздействиями. Если отец или бабушка ребенка принимают на себя социализирующие функции, то ребенок чувствует себя комфортно и не отстает в своем развитии. Но, как показали результаты, такое случается не часто, в нашей выборке - лишь в 25% случаев. В остальных случаях дети имели сниженные показатели по чувствительности к воздействиям взрослого, развитию речи и навыков самообслуживания.

Парадоксальными оказались данные у диад с «жертвенной» НММ: матери, реализующие предельно самоотверженную позицию, получили наиболее низкие результаты. Их дети отстают в развитии по большинству параметров, они отличаются выраженной тревожностью в сфере общения и взаимодействия с другими людьми. Интерпретируя данный факт можно отметить, что маленький ребенок в ситуации крайней неопределенности родительских ожиданий лишен каких-либо ориентиров в своем поведении, он испытывает неуверен-

ность в себе и сильную тревогу, что в свою очередь порождает снижение его инициативности, любознательности, спонтанности в поведении и проявлении эмоций. Сами матери из этой подгруппы в наименьшей степени удовлетворены собой в родительской роли. Естественно им не удастся полностью соответствовать своему нормативному образу и реализовать поведение, соответствующее их представлениям. Все матери из этой подгруппы отмечали у себя бурные эмоциональные срывы и следующие за ними наказания ребенка. Это понижало и без того низкую самооценку матери, порождало ее самообвинения и увеличивало тревогу обоих членов диады. Среди диад с «жертвенной» НММ не оказалось ни одной психологически благополучной.

### ***НММ у матерей с аномальным родительским поведением***

В контексте нашей работы особый интерес представляют **социально неблагополучные** матери. Напомним, что наряду с благополучными семьями мы обследовали 10 диад «мать-ребенок», в которых было зафиксировано пренебрежение физиологическими и психологическими нуждами детей. Все матери этой группы состояли на учете в социально-реабилитационном центре.

Обследование показало, что все характеристики НММ в этой группе принципиально отличались от первой. Ни одну из моделей материнства, описанных выше, нельзя приложить к женщинам данной группы.

Главное отличие заключалось в том, что в НММ неблагополучных матерей вообще не были представлены интересы ребенка. Образ матери у них был связан в первую очередь с ее позицией в социуме и с ее материальными проблемами. Так, на вопрос «Какой должна быть мама маленького ребенка?» у 60% испытуемых из этой группы первыми ответами были следующие: «она не должна ни от кого зависеть материально», «она не должна пить и гулять», «должна иметь нормального мужа и дом», «она должна быть все время дома» «с хорошим мужем, с достатком, хозяйка» и т. п. Такие ответы резко диссонировали с высказываниями матерей из первой группы, которые воспринимали ситуацию материнства как складывающуюся вокруг ребенка (мать должна быть «любящей» «заботливой», «строгой», «внимательной к ребенку» и т. п.). У матерей из второй группы ребенок оказывался «второстепенным персонажем». Описание реального ребенка в этих случаях отличалось бедностью и однообразием приводимых характеристик («веселая», «хорошая», «хохотушка», «веселушка»).

Степень определенности образов как матери, так и ребенка имела тенденцию принимать крайние значения – это были либо крайне неопределенные представления (1-2 балла), либо жесткие, однозначные представления (5-6). При этом в случае полной неопределенности НММ резко снижалась способность данной модели мотивировать материнское поведение. При жестких требованиях к себе и к ребенку материнское поведение утрачивало гибкость и возможность соответствовать меняющейся ситуации.

Практически у всех женщин данной группы отсутствовала логическая последовательность НММ. Между образами матери и ребенка не прослеживалось никакой связи. Представления отличались фрагментарностью, сумбурностью, иногда даже странностью.

Интересно, что представления о нормальном материнстве у 50% женщин из этой группы были далеки от возможностей их реализации, описываемые ими образцы были в принципе недостижимыми. Так, 18-летняя мать, употребляющая наркотики вместе с отцом ребенка и не имеющая работы, рисует картину богатого дома на морском побережье, мужа-олигарха и обеспеченного всеми

мыслимыми благами ребенка. При этом ее реальный ребенок не получает лечения от хронического бронхита, живет в условиях крайней антисанитарии и подвергается побоям. В таких случаях НММ, по-видимому, служит задачам создания психологической защиты (в форме отрицания и защитного фантазирования), а свою мотивационную функцию утрачивает полностью. В связи с этим в число формальных характеристик НММ была добавлена еще одна – ее **принципиальная реализуемость**.

#### **Заключение**

Проведенное исследование показало, что современные городские социально благополучные женщины-матери обладают не одним «единственно верным» представлением о нормальном материнстве, а обнаруживают целый ряд его вариантов, которые достоверно отличаются друг от друга. Такая картина является, по-видимому, следствием неоднородности представлений о семье в современном обществе и высокой степени свободы, существующей в этом вопросе. Сегодня одновременно существуют и пользуются признанием несколько разных типов семей: патриархальная, детоцентристская, супружеская, а также ряд их промежуточных вариантов. Смешение элементов этих типов в становлении каждой конкретной семьи порождает разнообразие представлений ее членов о семейных функциях и нормах. Все выявленные в исследовании варианты НММ, за исключением одного («жертвенная» НММ), способны обеспечить диаде достаточный уровень ее психологического благополучия. Это подтверждает исходную гипотезу о разнообразии нормативных моделей материнства, а также еще раз убеждает в верности тезиса о вариативности нормы. В то же время вероятность эффективного материнства при разных моделях различна.

В отличие от нормальных, отклоняющиеся варианты материнства характеризуются либо жесткими, ригидными установками, либо наоборот, бедными, фрагментарными представлениями о норме. У женщин с нарушенным материнским поведением прослеживается тенденция к упорному игнорированию объективных фактов и обстоятельств жизни с уходом в защитное фантазирование. Их нормативные представления о материнстве часто оказываются фантастическими и принципиально не реализуемыми. Содержание этих представлений отражает нерешенные проблемы самой матери, при этом потребности ребенка, как и он сам, оказываются менее значимы, нежели трудности и потребности женщины. Наше исследование показало, что реализация того или иного типа НММ отражается на особенностях развития и на эмоциональном состоянии ребенка, что еще раз подтверждает важность представлений женщины о нормальном материнстве для формирования личности ребенка.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Петрова А.А. Материнские представления об индивидуально-психологических особенностях ребенка как фактор детско-родительского эмоционального взаимодействия: Канд. дис. - М., 2008
2. Родители и дети: Психология взаимоотношений / Под ред. Е.А. Савиной, Е.О. Смирновой. - М.: Когито-Центр, 2003. – 230 с.
3. Смирнова Е.О., Галигузова Л.Н., Ермолова Т.В., Мещерякова С.Ю. Диагностика психического развития детей от рождения до трех лет. - СПб.: Детство-Пресс, 2005. - С. 55-76.
4. Трушкина С. В. Исследование мотивов рождения ребенка у беременных женщин // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2003, № 2 (3). - С. 21-25.

5. Трушкина С.В., Скобло Г.В. Игродиагностика психического состояния ребенка и его интеракций в рамках «DC: 0-3» / Психология перед вызовом будущего: Материалы научной конференции, приуроченной к 40-летию юбилею факультета психологии МГУ. – М., 2006. - С. 329-331.

6. Филиппова Г.Г. Психология материнства. - М.: Изд-во Института психотерапии, 2002. – 240 с.

7. Шапиро Я., Чистович И. Руководство по оценке уровня развития детей от 1 года 2 месяцев до 3 лет 6 месяцев по русифицированной шкале RCDI-2000. - СПб.: Институт раннего вмешательства, 2000. – 62 с.

8. Wieder, S.( Ed.) Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood. Diagnostic Classification: 0-3. – Arlington: ZERO to THREE/National Center for Clinical Infant Programs, 1994. – 136 p.

**Е.В. Серова**

**ЗАМЕЩАЮЩАЯ СЕМЬЯ: ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ  
НА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ, И ПРЕДПОСЫЛКИ  
ДЛЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ СТРАХОВ У ПРИЕМНОГО РЕБЕНКА**  
Современная гуманитарная академия (Пенза).

Воспитание в детском доме как форма устройства детей, оставшихся без попечения родителей, до недавнего времени была в России традиционной. Однако, как показала практика, значительный процент детей, воспитывающихся в учреждениях, подвержен влиянию деструктивных тенденций и склонен к появлению социально-психологической дизадаптации. Воспитание ребенка вне семьи часто сопровождается нарушениями социального, физического, психического развития. Только в семье ребенок получит поддержку и полноценное развитие, видя пример семейных отношений, сможет в дальнейшем создать полноценную семью. Международный опыт показал, что лучшая альтернатива детскому дому – это замещающая семья. В настоящее время провозглашен курс на расформирование детских домов расформировываются, передачу детей в семьи [2].

Замещающая семья является одной из форм замещающей заботы или приема: эти два термина используются для обозначения воспитания детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. В настоящее время существует три вида замещающей заботы: институциональное воспитание, замещающая семья и профессиональная замещающая семья. Институциональным воспитанием считается воспитание в учреждении для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе и в детских домах семейного типа. Воспитание в замещающей семье имеет четыре формы, три из которых считаются профессиональными. Непрофессиональной формой является опека, так как опекуны являются законными представителями ребенка и получают деньги на его содержание. К профессиональным замещающим семьям относятся следующие три разные формы: приемная семья, патронатная семья, семейная воспитательная группа. Одной из основных целей интеграции детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в профессиональной приемной семье является компенсация нарушений развития. Подобная цель достигается только при наличии в семье определенных условий.

С точки зрения психологии, главной характеристикой замещающих семей является вневременное, неформальное, ответственное отношение членов семьи

друг к другу, погружение ребенка в обыденную сферу чувств, привязанности, что приводит к самоидентификации ребенка, формированию ответственного отношения к себе, другим. Жизнь в семье дает возможность адекватной социализации (переживание различных ролей в семье), наблюдения за образцами детско-родительских отношений, супружеских отношений и, конечно, чувство «тыла» в самостоятельной жизни [4].

Рекомендовать для воспитания покинутых или осиротевших детей можно тех людей, которые обладают следующими качествами:

1. Принимают ребенка в свою семью по причинам, не противоречащим главной цели усыновления: максимальной пользы для общефизического развития и формирования личности ребенка.

2. Находятся в том возрасте, который соответствует возрасту приемного ребенка с точки зрения естественной возрастной разницы между родителями и детьми.

3. Считаются физически и психически здоровыми людьми, а домашние условия, в которые они принимают ребенка, являются гарантией его здорового развития.

4. Предоставляют достаточно убедительную гарантию в постоянстве семейных отношений, сложившихся в то время, когда в семью принимается ребенок.

5. Проявляют такие личностные качества и способности, которые реально обеспечивают общее развитие ребенка, его оптимальное включение в жизнь и деятельность общества [1].

И казалось бы, польза от передачи ребенка в замещающую семью очевидна. Но так бывает не всегда. Существует ряд неблагоприятных факторов, способных не только затормозить развитие потенциальных возможностей личности приемного ребенка, но и нанести урон его психическому здоровью. И в этом случае дети часто остаются «наедине» со своими чувствами, переживаниями и страхами.

К таким факторам, во-первых, относятся мотивы принятия ребенка в семью приемными родителями. Как показывает практика, некоторые мотивы приемными родителями не озвучиваются, хотя имеют место. Отчасти это происходит потому, что приемный родитель сознает - с таким мотивом ребенка ему никто не даст, отчасти потому, что приемный родитель и сам его не осознает. Что это за мотивы? Желание сохранить семью, удержать мужа (жену), самоутвердиться в глазах окружающих, получить внимание и социальное одобрение за хороший поступок, «вылечить» супруга от алкоголизма. Некоторые мотивы могут быть продиктованы личностной проблемой (комплекс неполноценности, потребность в постоянном социальном одобрении) или нарушенными отношениями между супругами (отсутствие взаимопонимания). Попытка решить такие проблемы принятием ребенка в семью изначально обречена на неуспех, так как проблема кроется в личности приемного родителя или его внутрисемейных отношениях. В тех случаях, когда мотив не осознается, человеку кажется, что он просто хочет ребенка, и как только он появится, все наладится. Ребенок появляется, но почему-то вызывает раздражение. Раздражение, опять-таки, связывают не с тем, что подсознательные ожидания от своего шага не оправдались, а с тем, что ребенок «плохой». Рассмотрим некоторые негативные мотивы.

Семьи, не имеющие детей, очень часто прибегают к созданию приемной семьи, с тем чтобы присмотреться к ребенку, пожить какое-то время вместе, а затем принять решение об усыновлении. В обществе широко распространено

мнение о «дурной наследственности» и «неблагодарности» приемных детей, что и является причиной такого «пробного брака». У родителей изначально есть сомнения в том, что ребенок «хороший», они не уверены в своих воспитательных возможностях и своей способности любить. Мотив создания приемной семьи в этих случаях направлен на собственные интересы, но никак не на интересы ребенка. И если приемные родители разочаруются в ребенке, то они могут отдать его обратно. Возвращение ребенка из семьи в интернатное учреждение всегда травматично для ребенка и формирует позицию «Я – плохой. Вы – плохие». При этом у ребенка страдает психоэмоциональная сфера, могут сформироваться неуверенность, тревожность и страхи.

Мотив «хочу реализовать себя в качестве родителя», подготовить ребенка к жизни - естественное желание каждого родителя и хорошо реализуется, если при воспитании ребенка учитываются его личностные особенности и признается его индивидуальность. Бывает, однако, что за заявлением «хочу реализовать себя как родитель» стоит невротическое желание воплотить при воспитании какую-нибудь сверхценную идею или реализовать через ребенка свою потребность в достижении и социальном признании. Такой родитель имеет жесткий образ того, каким должен быть «его» ребенок, и будет стремиться подгонять ребенка под эти представления. Страдать при этом будут обе стороны - и родитель, чьи ожидания скорее всего не оправдаются, и ребенок, который не чувствует себя принятым.

Мотив «обретения смысла жизни» подразумевает потерю смысла жизни, что может быть обусловлено разными причинами. Как острым горем, ситуативным стрессом, нарушенными отношениями в семье, так и плохо сформированными коммуникативными навыками или одиночеством, за которыми иногда стоят личностные нарушения. Создание приемной семьи в данном случае проблему не ликвидирует, хотя и может вызвать чувство субъективного облегчения. Нерешенная личностная проблема в дальнейшем может быть причиной установления патологических взаимоотношений с ребенком, что, в свою очередь, негативно скажется на его личностном развитии.

«Страх одинокой старости» изначально предполагает договорные отношения «ты – мне, я - тебе». Интимность, теплота, взаимное доверие в таких отношениях отсутствуют, а значит, создание приемной семьи вряд ли будет успешным. Желание ухаживать за родителями хорошо, если оно продиктовано любовью и благодарностью к ним, а не отработкой своего долга.

Нередко к созданию приемной семьи прибегают семьи, дети которых умерли. Находясь в состоянии острого горя, родители совершают действия, призванные уменьшить боль от потери. Решение принимается импульсивно, без взвешивания своих возможностей, как мера «скорой помощи». В этом состоянии родители нуждаются в понимании и поддержке и поэтому не способны оказать ее приемному ребенку, испытывающему трудности адаптации в новых для него условиях. Практически всегда родители, потерявшие ребенка, испытывают чувство вины за произошедшее. Неосознанно они пытаются исправить ситуацию, применительно к приемному ребенку. Бессознательное ожидание от приемного ребенка, что он заменит умершего, часто формирует у него патологические черты характера. Практика показывает, что создание приемной семьи, произведенное в момент не прожитого горя, заканчивается отчуждением между ребенком и приемными родителями. Усыновление семьей, потерявшей своего ребенка, возможно, если она прожила свое горе, вышла из него и начала жить в

новой реальности без ребенка.

Что касается мотивов - сохранения семьи, избавления от чувства неполноценности, получения признания за благородный поступок, «лечения от алкоголизма» супруга, самоутверждения, то следует знать, что ожидания, стоящие за ними, никогда не оправдаются. Воспитание по этим мотивам, без любви к ребенку, принятия его, понимания его трудностей, желания помочь ему скорее принесут ему вред, чем помогут. Холодные, жесткие отношения в семье, отвержение ребенка калечат его не меньше, чем воспитание в интернатном учреждении.

Достаточно распространенным мотивом создания приемной семьи является желание семьи иметь оплачиваемую работу. Обычно им руководствуются граждане, проживающие в сельской местности, где затруднительно найти работу. Если желание зарабатывать деньги за воспитание детей на дому не подкреплено любовью к детям, пониманием их потребностей и проблем, то прогноз жизнедеятельности такой семьи неблагоприятный. Через какое-то время приемные родители осознают, что воспитание ребенка - чересчур тяжелый труд, который не окупается зарплатой.

Еще одну категорию граждан, желающих создать приемную семью, представляют женщины после 45-50 лет, уже вырастившие своих детей. Чувствуя себя, с одной стороны, полными сил, а другой - несколько обиженными невниманием своих детей, не впускающими их в свою жизнь, они считают, что оптимальным выходом из ситуации является воспитание приемного ребенка. Взявшись за дело с похвальным рвением, женщины быстро устают, поскольку стремятся к образцовым отношениям, коих не достигли со своими детьми. И чувствуют себя обманутыми, потому что и приемный ребенок «не желает» быть таким, каким он должен быть, по мнению приемной мамы.

К созданию приемной семьи иногда прибегают семьи, имеющие ребенка-инвалида. Руководствуются они желанием приобрести своему ребенку компаньона, а в будущем человека, который будет осуществлять за ним уход.

Еще одним мотивом создания приемной семьи выступает желание женщин «отработать грех за сделанные аборты». То есть, воспитание ребенка рассматривается как своего рода наказание. Руководствуясь таким мотивом, женщина не может адекватно оценить поведение ребенка, а, следовательно, верно построить свои отношения с ним [8].

Некоторые семьи, желающие взять на воспитание ребенка, судят о нем по его внешним данным, не принимая во внимание его предыдущие переживания. Приемные родители до момента появления в их семье ребенка часто фантазируют, формируют свои ожидания и нормы поведения, которые характерны для них в связи с предстоящим усыновлением. Глубокий конфликт между их фантазиями, ожиданиями и поведением и тем, что они реально наблюдают с приходом в семью приемного ребенка, осложняет установление тесного эмоционального контакта между ребенком и приемными родителями и может приводить к отвержению ребенка. Ребенок-сирота, пытаясь интегрироваться в семейную систему, прежде всего сталкивается с барьером из семейных правил и норм, которые и сама семья крайне слабо осознает [4].

При появлении приемного ребенка все члены семьи переживают эмоциональные трудности. Дети переносят на приемных родителей обиды, накопившиеся на биологических родителей, по тем или иным причинам оставивших их. Они бывают в силу своего прежнего воспитания и опыта проживания в асоци-



альной среде склонны к агрессии, лжи, воровству и различным девиациям. Приемные родители испытывают чувство вины, так как их чувства к приемным детям, по крайней мере, на первых порах очень амбивалентны. Постепенно приемный ребенок воспринимает нормы и стиль поведения, установленные в данной семье [4].

Многие замещающие семьи, взявшие детей на воспитание, все-таки не имеют необходимого педагогического опыта, хотя имеют опыт общения с детьми родственников или знакомых. Совершенно очевидно, что приемный ребенок отличается от родительского. Он не имеет позитивного опыта проживания в семье. Наблюдается социокультурная депривация. У родителей в процессе воспитания детей возникают проблемы психологической направленности. Вдруг откуда-то зарождается межличностный конфликт, происходит искажение детско-родительских отношений, возникает непонимание или негативное отношение к ребенку.

В семье, взявшей на воспитание детей, оставшихся без попечения родителей, постоянно происходит изменение имеющегося равновесия (или так называемого социального гомеостаза семьи). Ребенок включается в семейную систему замещающих родителей, имея при этом биологических родителей или родственников. В замещающую семью ребенок входит со своим социальным опытом, который, как правило, не соответствует нормам замещающей семьи. Ребенок в замещающей семье должен пройти процесс интеграции. Кризисы в этой форме семьи сравнимы с проблемами нового семейного организма. Примерно в 17,5% случаев адаптация детей в таких семьях проходит болезненно [3].

Особые черты, характеризующие семьи с приемными детьми в отличие от обычных семей, касаются специфики взаимоотношений в семье и особенностей воспитания приемных детей. А.С. Спиваковская, исследовавшая особенности родительских позиций в приемных семьях, отмечает наряду с общими характеристиками неадекватности, ригидности и непрогностичности некоторую специфику в конкретном проявлении этих неблагоприятных качеств. Например, неадекватность родительской позиции в сфере социально-перцептивных особенностей выражена особенно ярко. Образ ребенка, восприятие присущих ему психологических качеств, характера, темперамента, склонностей, физических особенностей «зашумляет», делает неточным, недифференцируемым, грубо оценочным в основном постоянно сопровождающий родителей страх, что у ребенка «неблагоприятный генофонд», плохая наследственность. Находясь под постоянным давлением особого комплекса страха, родители начинают фиксировать любые, даже самые мелкие черты неправильного поведения, которые вполне могут быть объяснены естественным ходом взросления ребенка, закономерным возрастным кризисом. Образ ребенка окрашивается в представлении родителей в мрачные тона, начинает обосновываться как проявление болезни, а его будущее выступает в красках пессимистического предвидения всевозможных бед, ограничений, непреодолимых трудностей. «Я» ребенка наполняется бессознательно для родителей в основном негативными качествами, а достоинства ребенка преуменьшаются [7].

Кроме этого, рядом авторов выделяются различные страхи и опасения замещающих родителей, что в свою очередь накладывает отпечаток и на детей [5]. Вот некоторые из тревог и опасений замещающих родителей: приемный ребенок окажет негативное воздействие на родных детей и жизнь семьи в целом; поведение кровных родителей ребенка; воздействие на взаимоотношения в при-

емной семье; отношение к семье со стороны ближайшего окружения (соседей, друзей и т. д.); как сложатся отношения между детьми (приемными и родными); недостаток понимания со стороны приемных детей; недостаток отдыха; недостаток помощи специалистов; ощущение беспокойства в отношении будущего приемного ребенка; непонимание и неприятие семьи со стороны других людей; сексуализированное поведение ребенка; ребенок не в состоянии налаживать какие-либо взаимоотношения; невозможность продолжать отношения с ребенком, если он возвращается в родную семью; обвинения родителей (кровных, приемных) детьми; страх не справиться с ребенком; отказ от ребенка; воздействие ситуации на родных детей; конфликты, ссоры между детьми - родными и приемными; как общаться с родной семьей приемного ребенка; как строить взаимоотношения с ребенком с задержкой развития; как помогать ребенку, если он лжет, грубит, агрессивен; нарушение ребенком личного пространства взрослых; ребенок, убегающий из дома; ребенок, воруящий; агрессия со стороны родственников приемного ребенка; как защититься от взрослого приемного ребенка, который, несмотря на все усилия семьи, вырос агрессивным [5].

Главными источниками психологических проблем взаимодействия приемных детей и родителей являются: отсутствие ценностных ориентиров и правил построения взаимоотношений в семье; степень принятия ребенка; дизадаптивная атмосфера в семье; приемный ребенок не соответствует ранее сформировавшимся представлениям родителей; смысловой барьер, когда родители не понимают все более усложняющиеся потребности взрослеющего ребенка, не хотят анализировать мотивы его поступков, приписывают ему несуществующие мотивы и неправильно оценивают поведение ребенка; ограничение активности и самостоятельности ребенка; эмоциональная холодность; проблема положения ребенка в приемной семье; отсутствие опыта взаимодействия; отсутствие специальных «традиций» у самого ребенка; наказание за проступок [6].

Наиболее частыми ошибочными действиями замещающих родителей являются [5]:

1. Создание и поддержание образа ребенка, который в реальной действительности ему не соответствует. Это рождает у замещающих родителей чувство постоянной неудовлетворенности, раздражительности, приводит к необоснованным придиркам, неадекватным оценкам детских действий и шалостей. Все это способствует росту напряженности в отношениях, провоцирует столкновения, протестные реакции, демонстративное самоутверждение приемных детей.

2. Ребенок требует значительных усилий по уходу за собой. Затраты времени на воспитание приемного сына или дочери превосходят те, на которые первоначально рассчитывали замещающие родители. Постепенно накапливающаяся усталость, ухудшение взаимоотношений с супругом, родственниками и друзьями прямо или косвенно сказываются на характере требований, которые предъявляются к принятому ребенку. Окрики, претензии, ограничения, обвинения в неблагодарности - все это делает гнетущей семейную атмосферу, подталкивая приемных детей к неадекватной форме психологической защиты.

3. Ребенок по мере взросления приносит в дом все новые и новые проблемы: болезни, неудачи адаптации в дошкольном учреждении или школе, плохое общественное поведение, непослушание в замещающей семье на фоне усиливающегося страха перед осуждением его действий и семьи окружающими. За-

мещающим родителям кажется, что приемный ребенок портит их общественный имидж, снижает их авторитет, мешает их продвижению по ступенькам карьеры. Они начинают предъявлять категоричные требования к ребенку. В пылу гнева не разводят личность и поступок приемных детей, демонстрируют свое гипертрофированное переживание стыда, отчаяния, все более и более формируя у детей комплекс вины. Приемный ребенок стремится понять причины и, естественно, ищет их у других. Он готов к тому, чтобы легкий намек на отсутствие между ним и взрослыми биологической связи использовать для объяснения натянутости в отношениях. Это еще более усугубляет ситуацию.

4. Из-за ребенка стали возникать конфликты между самими замещающими родителями, особенно если один из них был против принятия нового члена в семью. Взаимные упреки, перерастающие в ссоры, волнуют приемного ребенка, формируют у него ощущение ненужности со всеми вытекающими отсюда последствиями.

5. Разногласия между замещающими родителями относительно содержания, форм и методов воспитания. Оказавшись между двумя стратегиями воспитания, приемный ребенок чаще всего теряет основные ориентиры поведения. В результате этого все прежние достижения быстро нивелируются, а отрицательные проявления угрожающе распространяются.

Эти ошибки свидетельствуют о том, что нередко принятие ребенка в семью происходит неосознанно.

В заключении можно отметить, что только в семье ребенок получит поддержку и полноценное развитие. В настоящее время все большее число специалистов склоняется к передаче детей, оставшихся без попечения родителей, в приемные семьи. Но на этом помощь ребенку не заканчивается, очень важно помочь ему адаптироваться в новой семье.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Воспитание детей в неполной семье / под общ. Ред. Ершовой Н.М. - М., 1980. - 208 с.

2. Гринберг С.Н., Савельева Е.В., Вараева Н.В., Лобанова М.Ю. Приемная семья: психологическое сопровождение и тренинги. - СПб.: Речь, 2007. - 352 с.

3. Гусарова Г.И. Социализация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в Самарской области // Народное образование. - 2001, № 7. - С. 182-184.

4. Диагностика и консультирование детей, находящихся в трудной жизненной ситуации: методическое пособие. Под редакцией Савицкой Б.М. - Самара: Изд-во СНЦ РАН, 2006. - 302 с.

5. Захарова Ж.А., Осипова И.И. Замещающая семья. Методическое пособие. - Москва-Кострома, 2005. - 95 с.

6. Радина Н.К. Изучение самопринятия у детей, воспитывающихся в закрытых детских учреждениях и в семье // Вопросы психологии. - 2000, № 3. - С. 56-67.

7. Спиваковская А.С. Психологическая помощь семьям, взявшим на воспитание детей из государственных учреждений / Лишенные родительского попечительства: Хрестоматия. - М.: Просвещение, 1991. - С. 171-193.

8. Фурманов И.А., Аладьин А.А., Фурманова Н.В. Психологические особенности детей, лишенных родительского попечительства. - Минск: 1999. - 185 с.

**Е.В. Свистунова, Е.В. Москалева**  
**ФАКТОРЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ**  
**ЛИЧНОСТИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПОДРОСТКОВ**  
**С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА**

**Московский городской педагогический университет (Москва).**

Качество жизни – это показатель, интегрирующий большое количество физических, психологических, эмоциональных и социальных характеристик больного, отражающий способность человека адаптироваться к проявлениям болезни. Оценка качества жизни составляет одно из приоритетных направлений клинической психологии, являясь неотъемлемой частью комплексной диагностики, лечения и профилактики у больных с хронической патологией [1, 5, 9]. Особое значение диагностика качества жизни приобретает для молодых людей, находящихся в начале жизненного пути. Ограничения, которые болезнь накладывает на подростков, могут стать важнее для него, чем сама болезнь, обострить невротические черты, затруднить адаптацию в социуме [4, 12]. Измерение качества жизни до и после психологического вмешательства позволяет использовать критерии качества жизни в качестве прогностического фактора для выбора стратегии индивидуальной психотерапии или консультирования больного подростка. Показатели качества жизни, так же как и характеристики картины заболевания подростка, изменяются во времени в зависимости от состояния, что позволяет осуществить мониторинг проводимой психокоррекции, и в случае необходимости вносить изменения [11].

На рубеже столетий многие медицинские проблемы, связанные с тактикой лечения сахарного диабета, в педиатрии решены. Завершены исследования, давшие ответ на основной вопрос в диабетологии о соотношении компенсации диабета и его осложнений, разработаны терапевтические меры при диабетических осложнениях, разработаны инновационные инсулины, а также средства введения инсулина, однако вопрос декомпенсации диабета остается открытым. До конца не раскрыта роль психологических факторов в этом процессе. На современном этапе, эндокринологи осознают, что для успешной терапии сахарного диабета 1 типа недостаточно лишь только правильно выбрать схему и тактику лечения, снабдив пациента необходимыми лекарствами, не менее важно научить больного жить полноценной жизнью и контролировать свое заболевание совместно с врачом. В мировой практике для этого создано множество реабилитационных программ, по которым пациента обучают сознательно и активно участвовать в процессе лечения на основе заложенных базовых представлений о болезни, возможностях лечения и мерах профилактики обострений, методах психологической адаптации, что повышает социальную адаптацию и нормализует качество жизни больного. В такие реабилитационные программы включены как врачи, так и психологи, помогающие заболевшим детям адаптироваться к диабету и принять новую жизнь, подросткам – помочь совладать со страхами, преодолеть стеснение перед сверстниками и преодолеть барьеры в общении, обусловленные диабетом [10].

Подросток, открывая для себя свой внутренний мир, прибегает к помощи друзей, в которых он смотрится, как в зеркало, в поисках сходства. Подростки, изучая себя, представляют, что окружающие его люди постоянно наблюдают за ними и оценивают их. Это явление в западной психологии называют «воображаемой аудиторией». Подросток чувствует себя в центре внимания не только

близких, но иногда совершенно незнакомых прохожих на улице. С одной стороны, подросток считает себя уникальной личностью, а с другой, стремится слиться с группой, ничем не выделяться. Потребность в эмоциональной безопасности обычно рассматривают как механизм психологической защиты и называют социальной мимикрией. Одна из ярких особенностей подросткового возраста - личностная нестабильность: неустойчивая самооценка, частые смены настроения, эмоциональная лабильность, нравственная неустойчивость, противоречивость характера и устремлений. У подростка велика потребность в общении со сверстниками. Возникает страстное желание если не быть, то хотя бы казаться взрослым. Отстаивая свои права, подросток часто идет на конфликты с родителями и другими взрослыми. Именно личностная нестабильность порождает противоречия: подростки стремятся походить на сверстников и пытаются выделиться в группе, хотят заслужить уважение и бравируют недостатками, требуют верности и меняют друзей [2, 6].

Когда этот непростой период взросления сочетается с хроническим заболеванием, возникают специфические проблемы, затрудняющие социально-психологическую адаптацию, вызывающую депрессивные тенденции, проблемы в обучении, что в совокупности накладывает отпечаток на общее качество жизни и психологическое благополучие.

На сегодняшний день во всем мире при лечении хронических заболеваний человека рассматривают как биопсихосоциальную систему, в основе которой не только физическое функционирование человека, но и его внутриличностное развитие и адаптацию в обществе. Понятие адаптации/компенсации раскрывает динамический аспект функционирования человека в изменяющихся условиях. При этом в контексте проблемы качества жизни наибольшее значение приобретает психологическая адаптация, под которой понимают процесс, позволяющий человеку устанавливать оптимальные взаимоотношения с окружающей средой и вместе с тем удовлетворять собственные актуальные потребности, не нарушая адекватного соответствия между его психическими и физиологическими характеристиками, с одной стороны, и требованиями среды – с другой. А значит, при оказании помощи пациентам важнейшей задачей должно стать не только достижение лабораторных показателей компенсации диабета, но и достижение гармоничного психологического функционирования пациентов. Одними из критериев оценки психологической компенсации являются качество жизни и психологическое благополучие пациентов с сахарным диабетом [3, 7, 8].

Таким образом, при планировании нашего исследования одной из целеполагающих задач явилось изучение качества жизни и психологического благополучия подростков с сахарным диабетом 1 типа и их взаимосвязь с показателями компенсации гликированного гемоглобина (HbA1c).

### **Материалы и методы**

В нашем исследовании приняли участие подростки, с сахарным диабетом 1 типа в количестве 86 человек (31 мальчик и 55 девочек), находящиеся на стационарном лечении в детском отделении сахарного диабета Эндокринологического научного центра Минздрава РФ. Возраст больных составил от 13 до 18 лет (в среднем  $15,3 \pm 2,6$ ), средний стаж заболевания подростков составил  $7,4 \pm 2,8$  (от 4 месяцев до 12 лет), возраст дебюта заболевания с 3 месяцев до 17 лет ( $9,4 \pm 4,5$ ). Анализируя взаимосвязь особенностей психологического благополучия личности подростков и показателей компенсации заболевания, мы учитывали показатели HbA1c. Уровень HbA1 составил в

среднем  $11,2 \pm 2,3\%$  среди всех респондентов при норме 6-7%.

Для сравнения показателей качества жизни больных со здоровыми подростками была подобрана группа контроля условно здоровых (основная группа здоровья в школе) учащихся средних школ. В контрольную группу вошли 65 подростков, соответствующих экспериментальной группе по полу и возрасту.

При изучении качества жизни и субъективного психологического благополучия личности использовался следующий инструментарий:

1. Специально разработанная анкета для сбора социально-демографических данных (сведений о семье, о школе, о здоровье).

2. Педиатрический опросник качества жизни PedsQL™4.0 – общий и диабетический модули (James W. Varni). Он имеет общие шкалы, представляющие собой отдельную версию опросника — PedsQL™4.0 Generic Core Scales и модули для использования при различных заболеваниях — PedsQL™4.0 Disease Specific Modules. Общий модуль состоит из 23 вопросов, которые объединены в следующие шкалы: физическое функционирование (ФФ) — 8 вопросов, эмоциональное функционирование (ЭФ) - 5 вопросов, социальное функционирование (СФ) — 5 вопросов, жизнь в школе (ЖШ) — 3 или 5 вопросов (в зависимости от возраста детей). Так же в нашем исследовании для оценки качества жизни подростков с сахарным диабетом 1 типа использовался специальный опросник - Pediatric Quality of Life Inventory - PedsQL™4.0 Diabetes Module (Диабетический модуль), состоящий из 28 вопросов, формирующих 5 шкал: симптомы диабета (СД) - 11 вопросов, барьеры, обусловленные лечением (БЛ) – 4 вопроса, приверженность лечению (ПЛ) – 7 вопросов, беспокойство из-за диабета (БД) – 3 вопроса, общение (ОБ) – 3 вопроса. Количество баллов по шкалам опросника рассчитывается по 100-балльной шкале после процедуры шкалирования; чем выше итоговая величина, тем лучше качество жизни [4].

3. Методика «Шкалы психологического благополучия» - это адаптированный русскоязычный вариант опросника «The scales of psychological well-being», предложенного Carol D. Ryff. Наиболее распространенная версия содержит 84 пункта, при этом на каждую из шести шкал приходится по 14 утверждений. Набранные баллы суммируются в следующие шкалы: «Самопринятие», «Автономия», «Управление средой», «Личностный рост», «Позитивные отношения с окружающими», «Цели в жизни»[5].

Статистический анализ данных исследования проведен с помощью прикладной компьютерной программы Statistica 6.0, с применением непараметрического метода – U критерий Манна-Уитни, позволяющего оценить достоверность различий между несвязанными выборками; корреляционного анализа, дисперсионного анализа.

### **Результаты и обсуждение**

Исходной гипотезой нашего исследования было предположение, что качество жизни подростков с сахарным диабетом 1 типа взаимосвязано с характеристиками психологического благополучия и показателями компенсации сахарного диабета (HbA1c).

По результатам педиатрического опросника качества жизни PedsQL среди больных обнаружено, что большинство из них имеет сниженные показатели качества жизни по всем шкалам (при норме 100 баллов). Так, по шкале физическое функционирование (ФФ) 27 подростков из общей выборочной совокупности имеют низкий уровень качества жизни, по шкале эмоциональное функционирование (ЭФ) – 35 подростков, по шкале социальное функционирование (СФ)

– 47 человек и по шкале жизнь в школе (ЖШ) – 76 человек.

По результатам опроса при использовании методики «Шкалы психологического благополучия» установлено, что 44 человека из общей выборки имеют низкие показатели по шкале «Позитивные отношения с окружающими». У 32 человек снижены показатели по шкале «Автономия», у 21 – «Управление средой», у 38 – «Личностный рост», у 26 – «Цели в жизни» и у 51 – «Самопринятие».

Полученные данные позволяют предположить, что болезнь в большей степени сказывается на взаимоотношениях с окружающими людьми, а именно со сверстниками и родственниками, а также что болезнь оказывает влияние на степень напряжения, связанного с повседневными школьными делами. Мы можем говорить о том, что подростки с сахарным диабетом более подвержены утомляемости в школе, эмоциональному истощению, что в свою очередь сказывается на успеваемости. Кроме того, подростки с диабетом сталкиваются с проблемой самопринятия. Для них составляет большую сложность принять себя с болезнью, с новым состоянием, с новыми привычками и в целом с жизнью, отличной от здоровых сверстников.

Для оценки качества жизни подростков с сахарным диабетом мы провели сравнительный анализ показателей общего качества жизни подростков с диабетом в сравнении с группой здоровых подростков (рис. 1).

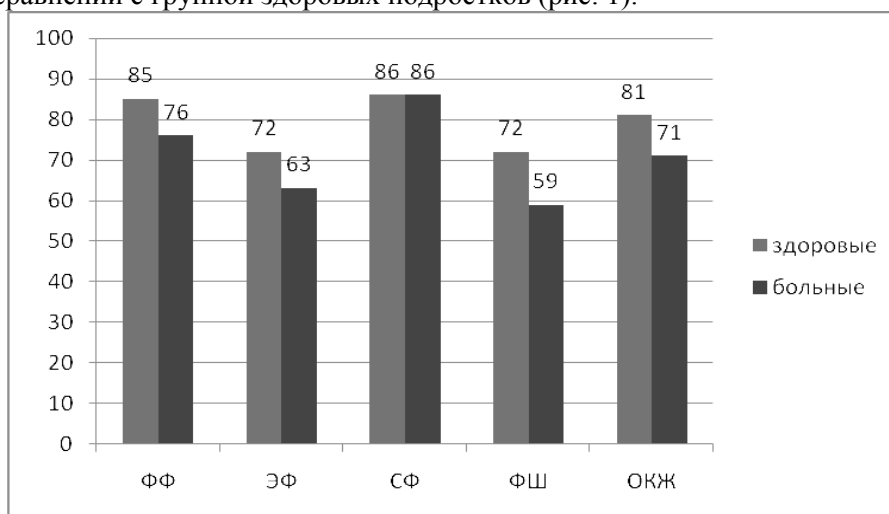


Рисунок 1. Соотношение показателей качества жизни подростков с сахарным диабетом и здоровых подростков по методике «Педиатрический опросник качества жизни – общий модуль»

Анализ результатов показал статистически значимое снижение показателей у больных сахарным диабетом в сравнении с контрольной группой по всем шкалам, кроме шкалы Социальное Функционирование (СФ). Отметим, что с наибольшей достоверностью различия обнаружены по шкалам «Физическое функционирование» и «Функционирование в школе», что говорит нам о том, что их физическое самочувствие ниже, чем у здоровых подростков, а так же школьное функционирование имеет низкие показатели. Многие подростки проходят домашнее обучение.

Таким образом, мы видим, что общее качество жизни у подростков с сахарным диабетом по всем показателям, кроме «Социального Функционирования», ниже, чем у здоровых подростков, что отражается на их образе жизни,

взаимоотношениях с родителями, эмоциональной сфере, успеваемости в школе. Полученные данные подтверждают, что наличие эндокринного заболевания и тем более его возникновение в подростковом возрасте являются негативными факторами, воздействующими на становление личности и способствующими формированию неадаптивных форм поведения.

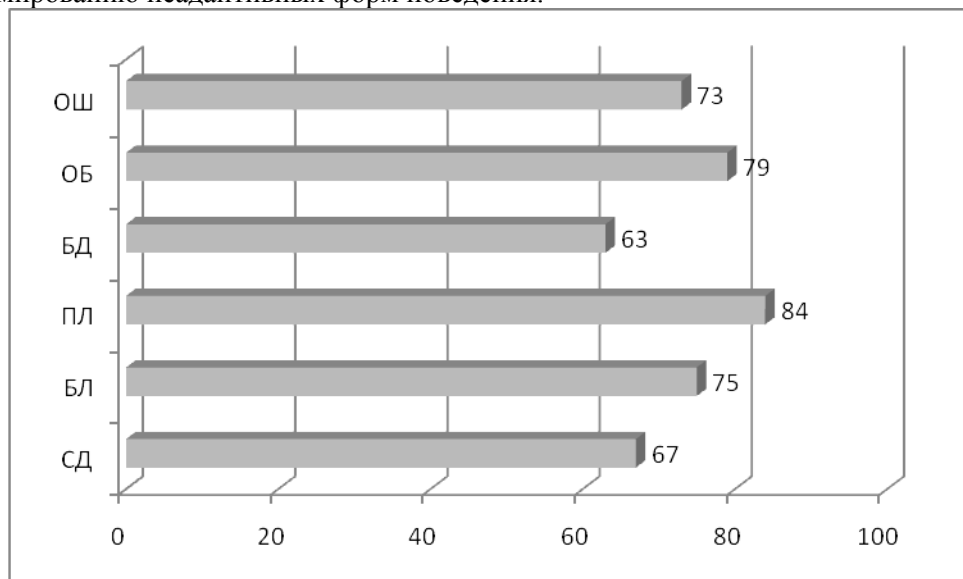


Рисунок 2. Средние показатели диабетического качества жизни подростков с сахарным диабетом 1 типа по методике «Педиатрический опросник качества жизни – диабетический модуль»

Как видно из рис. 2, наиболее низкие показатели обнаружены по шкале «Беспокойство из-за диабета» (в среднем по общей выборочной совокупности  $63,9 \pm 21,8$  при норме 100), свидетельствующее о том, что подростки с диабетом испытывают тревожность по проблемам, связанным со спецификой заболевания, таким как: беспокойство по поводу приступов слабости, положительного действия лечения, а так же по поводу отдаленных осложнений диабета. В связи с этим подростки находятся в состоянии хронического страха, что значительно мешает полноценному жизненному функционированию.

Показатели по шкале «Симптомы диабета» в среднем по общей выборочной совокупности были равны  $67,5 \pm 15,4$  при норме 100. Данные свидетельствуют о яркой выраженности соматических симптомов диабета, таких как: хронический голод, жажда, частое мочеиспускание, боли в животе и голове, гипогликемические реакции, хроническая усталость, беспокойный сон и раздражительность. При наличии комплекса всех вышеперечисленных признаков человеку становится сложно жить полноценно, поэтому актуальна и важна такая психологическая поддержка, которая позволяет в большинстве случаев избежать некоторых симптомов, что приводит к улучшению качества жизни.

По шкалам «Барьеры, обусловленные лечением» и «Приверженность лечению» (в среднем по общей выборочной совокупности БЛ -  $75,6 \pm 17,7$ ; ПЛ -  $84,1 \pm 18,3$  при норме 100) в сравнении с нормой данные достоверно отличаются, поэтому мы можем говорить о дискомфорте, связанном с лечением диабета, а именно: боль при проколе пальца для самоконтроля, скованность, связанная с заболеванием, конфликты с родителями по поводу лечения, трудности в соблю-



дении режима лечения, дискомфорт во время уколов инсулина, сложности в соблюдении режима питания и регулярных физических нагрузках, неудобства, связанные с ношением глюкометра, продуктов для перекуса и др. предметов, необходимых при инсулинотерапии.

Все вышеперечисленные трудности связаны с физиологической и психологической адаптацией к заболеванию. У подростков с сахарным диабетом часто на ранних стадиях заболевания возникают конфликты с родителями, формируются страхи перед инсулинотерапией, комплексы, связанные с заболеванием, что приводит к понижению уровня качества жизни и декомпенсации диабета. При своевременном профессиональном вмешательстве психолога можно избежать конфликтов с окружающими и освобождению от страхов.

Предполагается, что проблемы, связанные с диабетом напрямую сказываются на социальном функционировании подростков (в среднем по общей выборочной совокупности Общение -  $79,5 \pm 20,6$  при норме 100), в том числе на контактах с медицинским персоналом, с родственниками, а так же со сверстниками – наиболее значимым окружением в этом возрастном периоде. Нарушение контактной сферы приводит к неполноценному развитию личности подростка, к нарастанию комплексов, связанных с заболеванием, а значит и к снижению показателей качества жизни.

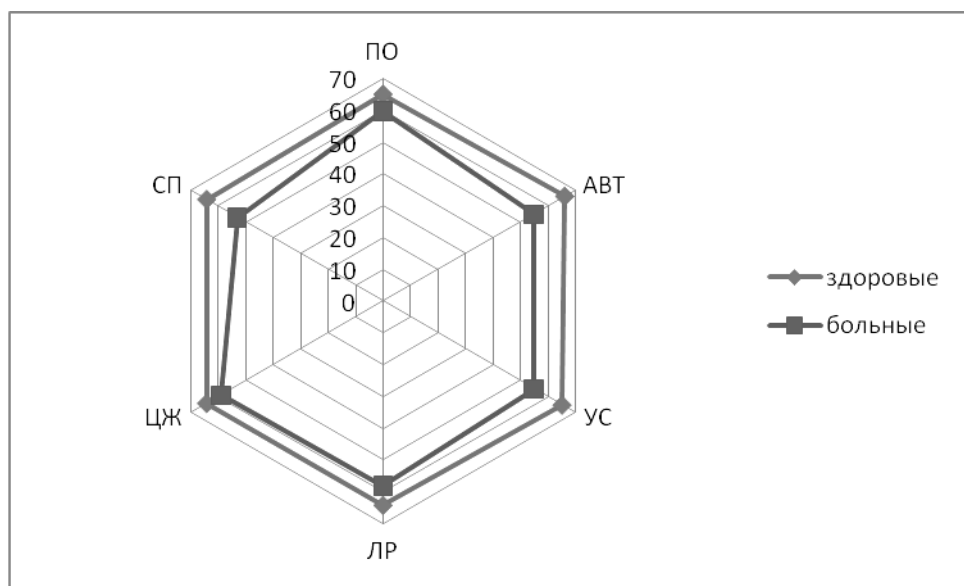


Рисунок 3. Соотношение показателей психологического благополучия подростков с сахарным диабетом и здоровых подростков по методике «Шкалы психологического благополучия».

По результатам проведенного анализа были установлены достоверные различия показателей по всем шкалам психологического благополучия: «Позитивные отношения с окружающими» ( $f=12,6$ ;  $p<0,001$ ), «Автономия» ( $f=12,9$ ;  $p<0,05$ ), «Управление средой» ( $f=6,4$ ;  $p<0,05$ ), «Самопринятие» ( $f=0,23$ ;  $p<0,05$ ), «Личностный рост» ( $f=27$ ;  $p<0,05$ ) и «Цели в жизни» ( $f=20,3$ ;  $p<0,0001$ ) (рис. 3). На основе данных мы можем предположить, что психологические характеристики качества жизни подростков с сахарным диабетом ниже, чем у здоровых

подростков по всем показателям, что обусловлено в первую очередь хроническим заболеванием. Подростки с диабетом испытывают трудности в общении со сверстниками, кроме того, ощущение страхов, связанных с будущим, сказывается на возможности постановки целей в жизни. В совокупности все эти трудности непосредственно оказывают влияние на личность подростков.

Для более детального и точного исследования медико-психологических аспектов качества жизни подростков с сахарным диабетом, мы провели сравнительный анализ показателей общего качества жизни и психологического благополучия подростков в зависимости от пола и от уровня HbA1c. Достоверных различий между мальчиками и девочками по показателям HbA1c не обнаружено.

В исследованиях зарубежных авторов показано, что имеются различия по половому признаку качества жизни больных сахарным диабетом 1 типа. Так, девочки более чувствительны, а мальчики более устойчивы к возникновению депрессивных состояний (табл. 1).

Таблица 1.

Соотношение показателей психологического благополучия, общего и диабетического качества жизни подростков с сахарным диабетом 1 типа

Значимость различий: \* -  $p < 0,05$ ; \*\* -  $p < 0,01$ .

Шкалы	Мальчики	Девочки	t
<b>PedsQL – общий модуль</b>			
Физическое Функционирование	83,8±18,1	72,7±15,8**	0,001
Эмоциональное Функционирование	69,1±19,1	59,8±14,4**	0,004
Социальное Функционирование	86,5±10,4	86,8±12,8	0,890
Жизнь в школе	61,1±15,6	58,2±13,4**	0,004
Общее Качество Жизни	74,9±11,4	69,1±9,9*	0,026
<b>PedsQL – диабетический модуль</b>			
Симптомы диабета	71,5±15,5	65,1±15,1*	0,026
Барьеры лечения	80,1±16,1	72,8±18,2*	0,013
Приверженность лечению	87,5±15,2	82,1±19,9	0,104
Беспокойство	70,41±23,5	60,0±20,1*	0,014
Общение	84,0±16,9	76,8±22,3	0,053
<b>Шкала «Субъективное психологическое благополучие»</b>			
Позитивные взаимоотношения	59,2±10,7	61,4±8,3	0,221
Автономия	54,2±6,1	56,3±10,3	0,185
Управление средой	56,8±7,2	55,3±7,6	0,278
Личностный рост	56,6±6,5	59,9±6,1**	0,006
Цели в жизни	58,6±9,4	59,5±6,7	0,554
Самопринятие	53,5±8,5	53,6±11,3	0,957

При сравнении переменных достоверные различия обнаружены по следующим шкалам: «Симптомы диабета», «Физическое функционирование», «Эмоциональное функционирование», «Жизнь в школе», «Барьеры при лечении», «Беспокойства из-за диабета» и «Личностный рост».

Показатели по шкале «Симптомы диабета» у мальчиков достоверно отличаются от показателей у девочек ( $t=0,026$ ;  $p < 0,05$ ), а также установлены достоверные различия и по шкале «Физическое функционирование» общего модуля качества жизни ( $t=0,001$ ;  $p < 0,01$ ).

Мы предполагаем, что девушки больше склонны к соблюдению режима

питания, выполнению физических нагрузок, самоконтролю глюкозы, что в свою очередь позитивно сказывается на состоянии здоровья, однако может негативно влиять на психологическое функционирование. Отличия обнаружены по шкалам «Эмоциональное функционирование» ( $t=0,004$ ;  $p<0,05$ ) и «Жизнь в школе» ( $t=0,004$ ;  $p<0,05$ ); у мальчиков в среднем показатели выше, чем у девочек. Мы предполагаем, что данные обусловлены большей склонностью девочек к тревожным расстройствам и наличием комплексов, связанных с диабетом, создающих барьеры в общении с окружающими людьми.

Также обнаружены достоверные различия по шкалам «Барьеры при лечении» ( $t=0,013$ ;  $p<0,05$ ) и «Беспокойства из-за диабета» ( $t=0,014$ ;  $p<0,05$ ); у девочек по данным показателям качество жизни ниже, чем у мальчиков, что может свидетельствовать о том, что девочки испытывают больший дискомфорт относительно лечения, а именно сложности обсуждения лечения с врачами и родными, беспокойства из-за отдаленных последствий диабета и в целом более тревожны, чем мальчики. Данные по шкале «Беспокойство из-за диабета» подтверждают данные, полученные по шкалам тревожности Спилбергер-Ханина. Достоверные различия обнаружены и по шкале субъективного психологического благополучия «Личностный рост». У мальчиков ( $56,6\pm 6,5$ ) показатели ниже, чем у девочек ( $59,9\pm 6,1$ ;  $p<0,05$ ). Мы можем предположить, что девочки в большей степени склонны к саморазвитию, развитию личностного потенциала.

По остальным шкалам опросников качества жизни и субъективного психологического благополучия достоверных различий по половому признаку не установлено, что может свидетельствовать о схожем психологическом и физическом состоянии подростков с диабетом вне зависимости от пола.

В ряде зарубежных исследований установлено, что уровень качества жизни и психологического благополучия подростков с диабетом, зависит от показателей HbA<sub>1c</sub> [8].

Как отмечалось выше, физическое функционирование подростков с диабетом оказывает существенное влияние на возникновение психологических проблем, на конфликтность и самооценку подростков и в целом на качество жизни.

Среди всех обследованных подростков 72% составили пациенты с уровнем HbA<sub>1c</sub> >9%, 15% с уровнем HbA<sub>1c</sub> 8–9%, и только 13% с уровнем HbA<sub>1c</sub> <8%. Для сравнительного анализа качества жизни подростков в зависимости от уровня компенсации сахарного диабета 1 типа условно были выделены группы подростков по HbA<sub>1c</sub> <8% и ≥8%. В результате мы получили данные, представленные в табл. 2.

Как видно из таблицы 2, чем выше показатели гликированного гемоглобина, тем ниже показатели качества жизни и психологического благополучия. Достоверные различия установлены по следующим шкалам общего качества жизни: «Социальное функционирование» ( $t=0,000$ ;  $p<0,05$ ) и «Жизнь в школе» ( $t=0,009$ ;  $p<0,05$ ). Подростки с уровнем HbA<sub>1c</sub> ≥ 8% имеют более высокие показатели по данным шкалам, поскольку они достигли уровня компенсации (субкомпенсации), поэтому обучаются в общеобразовательных школах, а не на домашнем обучении, полноценно общаются со сверстниками, посещают занятия и делают уроки.

По шкалам диабетического модуля качества жизни, не установлено достоверных различий ни по одной из шкал, что дает нам основание предполагать независимость психологических компонентов качества жизни (тревожность относительно заболевания, сложности с соблюдением режима питания, самоконтроля, инсулинотерапии) от уровня компенсации. Таким образом, подростки

испытывают беспокойство вне зависимости от физического функционирования и состояния течения диабета.

Таблица 2.

Соотношение показателей психологического благополучия, общего и диабетического качества жизни в зависимости от компенсации сахарного диабета

Шкалы	HbA1c < 8%	HbA1c ≥ 8%	t
<b>PedsQL – общий модуль</b>			
Физическое Функционирование	77,2±18,1	75,9±14,8	0,680
Эмоциональное Функционирование	63,4±17,2	63,0±15,4	0,895
Социальное Функционирование	85,5±12,4	92,5±6,7*	0,000
Жизнь в Школе	58,1±14,1	65,0±13,9*	0,009
Общее Качество Жизни	70,7±11,1	73,9±9,7	0,101
<b>PedsQL – Диабетический модуль</b>			
Симптомы Диабета	67,6±15,5	66,7±15,4	0,754
Барьеры Лечения	76,1±18,2	73,2±14,8	0,349
Приверженность Лечению	83,7±19,6	85,8±11,1	0,480
Беспокойство	63,4±22,8	66,5±17,1	0,409
Общение	78,8±20,8	82,9±19,8	0,279
<b>Шкала «Субъективное психологическое благополучие»</b>			
Позитивные взаимоотношение	59,1±8,6	67,3±9,9*	0,000
Автономия	54,7±8,9	58,7±9,1**	0,018
Управление Средой	55,7±7,7	56,7±6,4	0,449
Личностный Рост	58,1±6,3	61,7±6,3*	0,003
Цели в Жизни	59,1±8,2	59,8±5,7	0,595
Самопринятие	52,6±10,3	58,2±9,4*	0,003

Значимость различий: \* –  $p < 0,05$ ; \*\* –  $p < 0,01$

При сравнении показателей качества жизни и психологического благополучия между подростками с уровнем HbA1c < 8 и HbA1c > 8 установлены достоверные различия по следующим шкалам субъективного психологического благополучия: «Позитивные отношения» (HbA1c < 8 - 59,1±8,6; (HbA1c > 8 - 67,3±9,9;  $t = 0,000$ ;  $p < 0,05$ ), «Автономия» (HbA1c < 8 - 54,7±8,9; HbA1c > 8 - 58,7±9,1;  $t = 0,018$ ;  $p < 0,01$ ). Как отмечалось выше, чем ниже уровень HbA1c, тем вероятнее возможность достижения компенсации диабета, а значит и высоких показателей качества жизни и психологического благополучия, поэтому подростки, достигшие компенсации, имеют меньше трудностей в общении с окружающими, менее конфликты и выбирают конструктивные модели выстраивания взаимоотношений и разрешения конфликтов. При достижении компенсации/субкомпенсации подростки имеют как хорошее физическое состояние, так и психологическое, поэтому, постепенно адаптируясь к болезни, принимая себя с диабетом, они учатся быть независимыми психологически от своего недуга. Следовательно, при хороших показателях HbA1c подростки более независимы от болезни и быстрее проходят психологическую адаптацию.

Нами установлены достоверные различия по шкале «Самопринятие» (HbA1c < 8 - 52,6±10,3; HbA1c > 8 - 58,2±9,4;  $t = 0,03$ ;  $p < 0,05$ ). Как известно, подростки, имеющие хорошие показатели HbA1c имеют стаж заболевания свыше 5 лет, следовательно, при длительном стаже, особенно если заболевание возникло

в раннем детстве, адаптация проходит легче, и в подростковый возраст ребенок входит с практически полным принятием себя с болезнью, без возникновения психологических трудностей, связанных с заболеванием.

Таким образом, на основе полученных результатов можно сделать вывод о том, что уровень гликированного гемоглобина имеет взаимосвязь с такими психологическими характеристиками, как самопринятие, личностный рост, автономия и позитивные взаимоотношения с окружающими. Отсутствие достоверных различий по большинству шкал, скорее всего, свидетельствует о низком уровне качества жизни вне зависимости от уровня HbA1c.

### **Заключение**

Полученные данные позволили детально рассмотреть феномен качества жизни и субъективного психологического благополучия у подростков с сахарным диабетом. По всем показателям, кроме «Социального Функционирования», он оказался ниже, чем у здоровых подростков, что позволяет наметить основные векторы коррекционной работы, и строить программы психологической реабилитации подростков с сахарным диабетом для достижения не только физического, но и психологического гармоничного функционирования.

Для улучшения качества жизни подростков с сахарным диабетом необходимо, чтобы работа строилась не только с самими подростками, но и с медицинскими работниками, учителями и родителями. При необходимости подростку и семье должна быть оказана психотерапевтическая, психопрофилактическая и психотерапевтическая помощь, направленная на улучшение качества жизни. На сегодняшний день остается актуальным вопрос поиска способов оптимизации оказания профессиональной психологической помощи данной группе подростков. Это имеет не меньшее значение, чем биологические методы лечения, и зачастую является решающим фактором, определяющим исход заболевания.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Анциферов, М.Б., Критерии качества жизни при лечении больных сахарным диабетом // Сахарный диабет. – 2006. – № 3 – С. 13–19.
2. Вассерман, Л.И. Методология исследования качества жизни в контексте психосоматических и соматопсихических соотношений // Исследования. – 2006. – № 4 – С. 25–31.
3. Машенко, И.В. Метод оценки индивидуального качества жизни // Эндокринология. – 2004. – № 4 – С. 19–23.
4. Мусихина, И.Г. Изменения мотивационно-смысловой сферы у больных сахарным диабетом // Педиатрия. – 2005. – № 3 – С. 12–19.
5. Никитина, Т.П., А.В. Киштович, Е.И. Моисеенко, А.В. Сабирова. Исследование качества жизни в педиатрии: разработка русской версии опросника PedsQL 4.0 Generic Core Scales для оценки качества жизни детей 8-12 лет // Вестник Межнародного Центра Исследования Качества Жизни. – 2003. – № 1-2 – С. 35–41.
6. Павлова Л.Б. Психологические проблемы и личностные особенности подростков с сахарным диабетом // Известия Российского педагогического университета им. А.И. Герцена. № 35 (76): (Педагогика, психология, теория и методика обучения): Научный журнал. – СПб., 2008. - С. 191-197.
7. Панина, Е.Н. Взаимосвязь суверенности психологического пространства и субъективного благополучия личности // Психология. – 2006. – № 1 – С. 90–92.
8. Шевеленкова Т.Д., Фесенко П.П. Психологическое благополучие личности: обзор основных концепций и методика // Психологическая диагностика. –

2005. – № 3 – С. 95–129.

9. Bryden, K.S., R.C. Peveler, A. Stein, A. Neil, R.A. Mayou, D.B. Dunger. Clinical and psychological course of diabetes from adolescence to young adulthood // *Diabetes Care*. – 2001. – Vol. 24 – P. 1536–1540.

10. Delamater, A.M. Quality of Life in Youths with Diabetes // *Diabetes Spectrum*. – 2000. – Vol. 13 – P. 42–47.

11. Lori, M.B., Connell, L. Vangness, A. Goebel-Fabbri, A. Mansfield, B. J. Anderson. General Quality of Life in Youth With Type 1 Diabetes A // *Diabetes Care*. – 2003. – Vol. 26 – P. 3067–3073.

12. Skinner, T.C. Personal models of diabetes in relation to self-care, wellbeing and glycemic control // *Diabetes Care*. – 2001. – Vol. 24 – P. 828–833.

**Е.М. Глушенкова, А.Ю. Хохлова**

**ОСОБЕННОСТИ ОБЩЕНИЯ ГЛУХИХ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА ИЗ СЕМЕЙ ГЛУХИХ И СЛЫШАЩИХ РОДИТЕЛЕЙ В ПРОЦЕССЕ СОВМЕСТНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ  
Московский городской психолого-педагогический университет (Москва).**

**Аннотация.** *Статья посвящена изучению общения глухих детей друг с другом в процессе совместного рисования. Экспериментальную группу составили 40 глухих детей, обучающиеся в специальных школах, из семей глухих и слышащих родителей, а также сорок слышащих детей, обучающиеся в массовых школах. Дети должны были выполнить совместный рисунок в парах по собственному замыслу. В выборке глухих детей присутствовали три типа пар: где оба ребенка имеют глухих родителей, где оба ребенка имеют слышащих родителей, смешанные пары (один ребенок из семьи глухих, второй – из семьи слышащих). Оценивались активность речевой (словесной, жестовой) коммуникации, использование речи как средства регуляции совместной деятельности, инициатива в принятии решений. Показано, что глухие дети 11-13 лет в меньшей степени пользуются речью в процессе совместной деятельности, чем их слышащие сверстники. Глухие дети, чьи родители также имеют нарушение слуха, активнее используют речь (жестовую) как средство организации и сопровождения совместной деятельности, чем глухие дети слышащих родителей. Глухие дети из семей глухих чаще, чем глухие дети из семей слышащих, берут на себя инициативу в организации совместной деятельности и стремятся занять позицию лидера.*

**Ключевые слова:** *межличностное общение, жестовая речь, глухие дети из семей глухих и слышащих.*

Настоящая работа освещает тему общения и особенностей межличностного общения глухих детей в возрасте 11-13 лет в процессе совместной деятельности. Как в нашей стране, так и за рубежом проводилось достаточно много исследований, затрагивающих вопросы общения глухих детей с их родителями, а общение глухих детей друг с другом остается мало изученной проблемой.

Характер общения глухого ребенка со взрослыми в семье, несомненно, влияет на его коммуникативную компетентность и выбор своей позиции в общении. Исследования показывают, что дети, у которых родители тоже имеют нарушение слуха и общаются с помощью жестового языка, более активны в общении, чаще занимают лидерскую позицию [2, 4].

В семьях, где слышащие родители пользуются чисто устным способом общения (или устно-дактильным), дети тоже могут в достаточно высокой степени овладевать коммуникативными навыками. Но проблема в том, что в большинстве семей, где слышащие родители воспитывают глухих детей, используются преимущественно смешанные средства общения – слова и жесты, причем жесты не устойчивые, значение которых меняются от ситуации к ситуации, не превращаясь в устойчивые понятия, и поэтому не усваиваются детьми в полной мере [9].

Не менее важно для ребенка общение со сверстниками. Известно несколько линий, по которым общение со сверстниками воздействует на психическое развитие ребенка: первая состоит в формировании у ребенка новой сферы деятельности – коммуникации с другими детьми; вторая линия связана с овладением отдельными видами деятельности, которые нельзя осуществлять в одиночку (в дошкольном и младшем школьном возрасте это, прежде всего, игра); третья линия связана с влиянием коммуникации на развитие личности детей.

Раннее овладение жестовым языком оказывает влияние на личностное и познавательное развитие глухого ребенка. Существуют данные о том, что с возрастом в специальной школе глухие дети все меньше используют устную речь в общении друг с другом, полностью переходя на жестовое общение [3]. В связи с ограничениями социального взаимодействия у глухих детей возникают личностные проблемы коммуникации – более позднее овладение речевыми обозначениями эмоций и пониманием социального контекста, в котором возникают те или иные чувства; более позднее понимание сути товарищеских и дружеских отношений [5, 6, 8, 9]. Ограниченность контактов с широким социумом порождает страх и неуверенность в общении со слышащими [6]. А глухие дети из семей слышащих иногда, стесняясь того, что они плохо владеют жестами, чувствуют неуверенность даже в общении с другими глухими [4].

Наше исследование имело своей целью изучить особенности общения глухих детей друг с другом и сравнить его с общением между слышащими сверстниками; оценить средства общения, которые используют в общении между собой дети 10-13 лет, инициативу и вовлеченность каждого ребенка в процесс совместной деятельности (совместное рисование); а так же влияние семьи (семьи глухих и слышащих родителей) на особенности общения глухих детей со сверстниками.

Мы предполагали, что в парах детей без нарушения слуха будет больше моментов обсуждения, нежели в парах глухих детей; глухие дети глухих родителей будут больше высказываться в процессе рисования и чаще брать на себя инициативу в выдвижении идеи рисунка и придумывании его названия, чем глухие дети из слышащих семей.

**Характеристика выборки.** В исследовании принимали участие ученики московских школ для глухих, а также учащиеся общеобразовательной школы без диагностированных нарушений развития.

Таблица № 1.

Характеристика состава детей, принявших участие в исследовании

Характеристики	Глухие дети	Дети без нарушения слуха
Кол-во	40	40
Пол	М-20; Ж-20	М-20; Ж-20
Возраст	11-13 лет	10-13 лет
Семья	Из семей глухих - 14 чел. Из семей слышащих – 26 чел.	Все из семей слышащих

**Методика.** Детям, разделенным на пары, предлагали чистый лист бумаги формата А4 и набор цветных карандашей (включая простой карандаш) и ластик. Инструкция: «Попробуйте сделать рисунок вместе. Для этого вам нужно договориться, что и как вы будете рисовать, а потом вместе нарисовать это». После окончания рисования детям предлагалось придумать название рисунка.

Процесс рисования снимался на видеокамеру.

Оценивались следующие параметры:

- Кто из детей предложил идею для рисунка.
- Наличие общей композиции в рисунке.
- Кто из детей придумал название рисунка.
- Степень эмоциональной вовлеченности ребенка в действия сверстника – отражает интерес к сверстнику, чувствительность к тому, что он делает, оценивались по следующим показателям:
  - полное отсутствие интереса к действиям партнера (не обращает внимания, смотрит по сторонам) (0 баллов);
  - беглые заинтересованные взгляды в сторону сверстника (1 балл);
  - периодическое пристальное наблюдение за действиями сверстника, отдельные вопросы или комментарии к действиям сверстника (2 балла);
  - пристальное наблюдение и активное вмешательство в действия сверстника (3 балла).
- Общее количество моментов обсуждения рисования.
- Общее количество высказываний в процессе рисования каждого из участников.
- Средства общения: устная речь, жестовая речь, дактильная речь.
- Время рисования.

Для обеспечения статистической достоверности результатов применялись дисперсионный анализ и критерий независимости Хи-квадрат.

**Результаты.** Большинство глухих детей, независимо от, того, как слышат их родители, в общении друг с другом использовали русский жестовый язык и иногда дактилологию (например, когда придумывали название рисунка).

При сравнении с помощью дисперсионного анализа результатов глухих детей и детей не имеющих нарушения слуха, были получены значимые различия по параметру «общее количество моментов обсуждения» ( $F(4,09)=10,16$ ;  $p<0,01$ ). Средний показатель в группе слышащих детей составил 28,2, минимальное количество моментов обсуждения - 8, а максимальное - 73, стандартное отклонение - 20,12. В группе глухих детей средний результат 12,55, минимальный - 2, а максимальный - 30, стандартное отклонение - 8,78. Следует отметить, что в контрольной группе разброс значений значительно больше, чем в группе глухих детей.

Диаграмма № 1 отображает разброс данных по параметру «общее количество обсуждений» в контрольной (слышащие) и экспериментальной (глухие) группах.

Далее оценивалось количество высказываний каждого из участников рисования в смешанных парах (один ребенок из семьи глухих, второй из семьи слышащих). У глухих детей глухих родителей количество высказываний было значимо больше ( $F(4,41)=0,54$ ;  $p<0,5$ ). Среднее значение составило 19,8, минимальное значение - 3, максимальное - 43, а стандартное отклонение - 13,48. В то время как в группе глухих детей слышащих родителей средний показатель составил 16, минимальное значение - 2, максимальное - 30, а стандартное отклонение - 9,18. Разброс значений оказался заметно больше в группе глухих детей глухих родителей.



Диаграмма № 1.

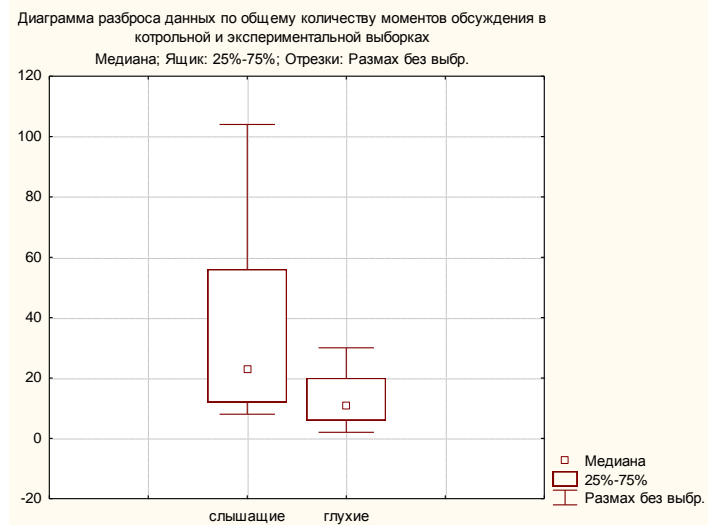
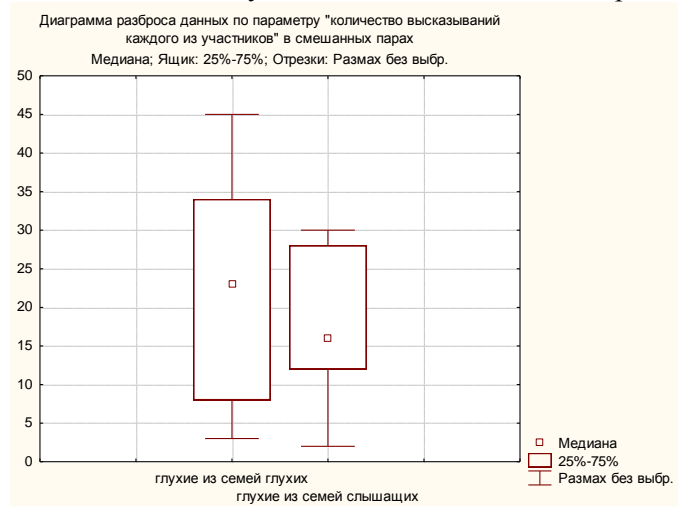


Диаграмма № 2 отображает разброс данных по параметру «количество высказываний каждого из участников» в смешанных парах.



Также дети из семей глухих чаще выдвигают идею рисунка и придумывают название для него. Эти показатели сравнивались с помощью критерия Хи-квадрат ( $\chi^2=3,2$ ,  $p<0,74$  – идея;  $\chi^2=5,051$ ,  $p<0,025$  - название).

По параметру «вовлеченность в процесс рисования» большинству детей (27 из 40) был присвоен максимальный балл (3 балла), то есть вовлеченность ребенка в действия сверстника заключалась в пристальном наблюдении и активном вмешательстве в действия сверстника.

Практически во всех парах детей (19 из 20) наблюдалась общая композиция рисунка. Каждая пара придумала своему рисунку название. Стоит отметить, что для большинства глухих детей, в отличие от их слышащих сверстников, задание придумать название вызывало значительные трудности и им требовалось для этого гораздо больше времени.

Неоднозначные результаты получились по параметру «время рисования». Наименьшее время было зафиксировано у пары номер пять (две девочки из се-

мей глухих) - 3,12 мин. Наибольшее время – 29,17 мин. у тринадцатой пары (два мальчика из семей слышащих).

**Обсуждение результатов.** Сравнивая результаты по параметру «общее количество моментов обсуждения» в группах детей без нарушения слуха и глухих детей, можно заключить, что слышащие дети обсуждают процесс рисования значительно активнее, чем глухие, что подтверждает нашу гипотезу. Жестовый язык в данном случае не может в полной мере заменить устную речь, так как для общения жестами, в отличие от устного разговора, чаще всего детям приходится положить карандаш и прервать процесс рисования.

В нескольких парах глухих детей число моментов обсуждения оказалось больше, чем средний показатель в группе слышащих сверстников. Это может быть связано с большим погружением в процесс рисования, и, возможно, наличием дружеских отношений между партнерами.

В парах детей без нарушения слуха был обнаружен большой разброс значений по параметру «общее количество моментов обсуждения», что может объясняться целым рядом причин:

- разной включенностью в процесс выполнения задания,
- реакцией на постороннего наблюдателя,
- отношениями с партнером (дружба или неприязнь),
- разным временем рисования и т. д.

Детям без нарушения слуха было довольно просто придумать название для рисунка, оно вытекало из идеи рисунка. Напротив, глухим детям придумать название было сложно, они обычно долго обдумывали его и во многих случаях делали грамматические ошибки в написании. Например, восемнадцатая пара, две девочки - одна из семьи слышащих, вторая из семьи глухих родителей - назвали свою картину «Морских» (на рисунке были изображено море и его обитатели). Девочки не смогли образовать правильное название «морская», а когда им указали на ошибку, отказались придумывать другое название.

В некоторых случаях данное детьми название не соответствовало содержанию рисунка. Дети путали или просто не знали названия объектов и явлений. Например, девочки в восьмой паре (обе из семей слышащих родителей) нарисовали дом и рядом цветущие тюльпаны, а назвали рисунок «Осень». Еще один пример - седьмая пара - одна девочка из семьи глухих, вторая из семьи слышащих. Нарисовав зеленую траву и двух девочек, они назвали рисунок «Снег и солнце». Стоит отметить, что это была единственная пара, у которой не было общей композиции, т. е. девочки не согласовывали содержание рисунка друг с другом, на общем листе каждая рисовала сама по себе.

Анализ совместного рисования в смешанных парах (один ребенок из семьи слышащих родителей, другой из семьи глухих) показал, что глухие дети глухих родителей намного активнее в речевом отношении (в данном случае, в использовании жестовой речи), чем глухие дети слышащих родителей. Разброс значений по параметру «количество высказываний каждого из участников рисования» значительно больше в группе глухих детей, воспитывающихся в семьях глухих (от 3 до 43). Большой разброс в количестве высказываний в процессе рисования был отмечен и в группе слышащих детей. Это значит, что глухие дети глухих родителей, как и слышащие сверстники, общались с партнером активно или пассивно в зависимости от степени вовлеченности в совместную деятельность и характера отношений в паре и их не сковывал недостаток в средствах общения. А у глухих детей слышащих родителей имеются сложности в ис-

пользовании дактильной и жестовой речи как инструмента для организации и сопровождения совместной деятельности.

В смешанных парах глухие дети, воспитывающиеся в семье глухих, чаще придумывали идею и название рисунка. Они предлагали также больше способов осуществления задуманной идеи, старались контролировать действия партнера или же просто давать ему советы в процессе рисования. Это говорит о том, что они свободнее чувствуют себя в общении, более инициативны и больше стремятся к лидерству. Эти результаты согласуются с данными других исследователей [1, 2 и др.], в которых описывалось влияние семьи на личностные особенности глухих детей. Причем, в большинстве пар, как смешанных, так и однородных, тот ребенок, который придумал идею рисунка, чаще придумывал и его название.

На продолжительность рисования и вовлеченность в эту деятельность принадлежность глухого ребенка к семье глухих или слышащих существенно не влияет. Большинство детей получило высшую оценку по параметру вовлеченности. Это свидетельствует о сформированной потребности в общении со сверстниками независимо от степени владения речевыми средствами коммуникации.

Большинство детей использовало жестовый язык в качестве основного средства общения. Таким образом, глухие дети из семей слышащих родителей, где в большинстве случаев жестовый язык не является ведущим средством коммуникации, преимущественно используют его для общения со сверстниками.

#### **Описание взаимодействия в процессе рисования в некоторых парах глухих детей.**

Первая пара: два мальчика из семей глухих родителей, А. и Б. В качестве основного средства общения используют жестовую речь, иногда дактилологию. Инициативу на себя берет Б., он предлагает идею рисунка и первый начинает рисовать, указывая А., что именно ему надо рисовать и раскрашивать. Процесс рисования достаточно длительный, мальчики постоянно придумывают новые детали картины. Оба очень увлечены процессом рисования и активно обсуждают рисунок. Количество моментов обсуждения – 11. Высказывания Б. – 30, высказывания А. – 21.

Четвертая пара: два мальчика, К. и Ж., оба из семей слышащих. Название и идею рисунка предлагает К., однако далее инициативу берет на себя Ж. - выхватывает из рук партнера карандаш и дает ему советы относительно дальнейших действий. Ж. не всегда откликается на предложения партнера что-то изменить или добавить в рисунок. Количество моментов обсуждения – 8. Высказывания К. – 16, высказывания Ж. – 27.

Шестая пара: две девочки, Э. из семьи слышащих родителей, М. - из семьи глухих. Идею для рисунка предлагает Э., однако после этого не проявляет никакой активности в воплощении этой идеи. М. активно привлекает Э. к своим действиям, предлагает различные варианты взаимодействия, но Э. не отвечает на предложения партнерши. Количество моментов обсуждения – 5. Высказывания М. – 15, высказывания Э. – 8.

Седьмая пара: две девочки, А.- из семьи глухих, Ш.- из семьи слышащих родителей. А. предлагает название и идею рисунка, при этом практически не обсуждая их с Ш. Ш. пассивно следует указаниям А. и полностью копирует ее рисунок на другой половине листа. Количество моментов обсуждения – 2. Высказывания А. – 8, высказывания Ш. – 3.

Тринадцатая пара: два мальчика, К. и Д., оба из семей слышащих. Идею и название предлагает К. Оба мальчика очень увлеченно и эмоционально рисуют.

К. постоянно отбирает карандаш у Д., и пытается контролировать весь процесс, стирая ластиком все нарисованное Д.. Потом участникам удается договориться, и они начинают рисовать по очереди и спрашивать мнения друг у друга. Они самостоятельно организуют пространство деятельности (меняются местами, чтобы им было удобней рисовать). Название тоже вызывает споры о том, как именно и где его написать. Окончательное решение принимает К. Количество моментов обсуждения – 14. Высказывания К. – 24, высказывания Д. – 25.

Двадцатая пара: две девочки - А. из семьи слышащих родителей, Н. из семьи глухих родителей. Идею и название придумывает Н. Она берет инициативу на себя и поручает А. рисовать определенные элементы картины. Обе девочки очень эмоционально реагируют на действия друг друга. И в один момент даже возникает небольшая ссора (при выборе цветов для раскрашивания), но затем девочки все-таки договариваются и продолжают работу. Стоит отметить, что А. предлагает технические способы осуществления задуманного (они придумала нарисовать кратеры на одной из планет замаской, нарисовать круг с помощью двух карандашей и др.). Количество моментов обсуждения – 20. Высказывания Н. – 26, высказывания А. – 21.

### **Выводы**

1. Глухие дети 11-13 лет в меньшей степени пользуются речью в процессе совместной деятельности, чем их слышащие сверстники.

2. Глухие дети, чьи родители также имеют нарушение слуха, активнее используют речь (жестовую) как средство организации и сопровождения совместной деятельности, чем глухие дети слышащих родителей.

3. Глухие дети из семей глухих чаще, чем глухие дети из семей слышащих, берут на себя инициативу в организации совместной деятельности и стремятся занять позицию лидера.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Богданова Т.Г. Сурдопсихология. - М.: Академия, 2002. – 203 с.
2. Богданова Т.Г., Мазурова Н.В. Влияние внутрисемейных отношений на развитие личности глухого младшего школьника // Дефектология, 1998, № 3. – С. 40-44.
3. Волкова К.А. Использование глухими учащимися устной речи как средства общения во внеклассное время // Пути интенсификации изучения, обучения и воспитания детей с недостатками слуха. - М., 1986. – С. 3-9.
4. Герасименко Ю.А., Карпова Г.А. Межличностные отношения учащихся с нарушениями слуха: диагностика и коррекция. – Екатеринбург: Урал. гос. пед. ун-т., 2004.
5. Пуйк Т. Э. Особенности оценки и самооценки социально значимых черт личности у глухих школьников // Исследование личности детей с нарушениями слуха. - М.: Педагогика, 1988. – С. 13-17.
6. Соловьева И. Л., Цукерман И. В. Социальный педагог в школе для глухих // Дефектология, 1998, № 4. – С. 46-49.
7. Хватцев М. Е., Шабалин С. Н. Особенности психологии глухого школьника. - М.: Просвещение, 1961. – 109 с.
8. Rieffe, C.; Terwogt, M. Anger communication in deaf children // *Cognition & Emotion*; Dec2006, Vol. 20, Issue 8. – P-1261-1273.
9. Wallis, D.; Musselman, C.; MacKay, S. Hearing mothers and their deaf children: the relationship between early, ongoing mode match and subsequent mental health functioning in adolescence // *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*; 2004, Winter, Vol. 9 (1). – P.2-14.

---

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

---

Ю.С. Шевченко

### ЭТОЛОГИЧЕСКИ ОРИЕНТИРОВАННЫЕ ПОДХОДЫ К ПСИХОПРОФИЛАКТИКЕ И ПСИХОТЕРАПИИ ДЕТЕЙ-СИРОТ Российская медицинская академия последипломного образования МЗ РФ (Москва).

Фрустрация естественных детско-родительских взаимодействий, в норме базирующихся на врожденных поведенческих моделях, требует от персонала детских учреждений специальных знаний и умений, позволяющих строить коммуникации с детьми не в противоречии, а в согласии с филогенетически-инстинктивными механизмами социализации ребенка. В первую очередь это касается детей раннего возраста, но остается весьма актуальным и на последующих этапах онтогенеза [1, 4, 6]. В противном случае сиротское учреждение рискует уподобиться территориальному изоляту, в котором воспитатели-«миссионеры» тщетно пытаются найти общий язык с детьми-«туземцами» и обратить их в свою веру, искренне удивляясь «неблагодарному» и «неразумному» поведению последних. Основной же постулат этологии заключается в том, что нет абсолютно бессмысленного поведения, любое поведение изначально носит защитный и/или приспособительный характер, поскольку отобрано эволюцией и проявляется в фило- и онтогенезе [9].

Ниже приводятся некоторые психопрофилактические, коррекционно-педагогические и психотерапевтические приемы, отработанные нами в контексте онтогенетически-ориентированной (реконструктивно-кондуктивной) психотерапии [10] и применимые в условиях дома ребенка, в детских домах и иных лечебно-воспитательных учреждениях.

Уже в роддоме, если матери-отказницы не кормят детей грудью, то из соски кормить их надо, держа на руках распеленатыми. **Имитации грудного кормления** может помочь предварительный контакт лица ребенка с ворсистой материей, что побуждает к инстинктивному поиску соска. **Персоналу, ухаживающему за новорожденными**, следует предлагать переносить их, сажая себе на бедро, которое ребенок инстинктивно обхватывает. Кстати, такая традиция, сохранившаяся в архаических культурах, служит естественной формой профилактики осложнений при врожденной дисплазии тазобедренного сустава.

Отказные дети еще более, чем все, нуждаются в том, чтобы не затормаживалась их врожденная способность плавать, поэтому с первых же дней жизни они **должны посещать бассейн**. Плавание, а так же прыжки на батуте облегчают восприятие ребенком собственного тела, а через схему тела - формирование ориентации в окружающем пространстве. Кстати, император Японии еще в XVI веке издал закон, по которому плавание стало обязательным предметом в школах. Не в этом ли один из секретов «японского чуда»?!

**Укладывать новорожденного спать** следует со свободными руками (а может быть и ногами), положив рядом достаточно большую пушистую игрушку, внутри которой находится грелка (бутылка) с горячей водой. И в более старшем возрасте, схватившись за пушистый предмет, имитирующий материн-

ские волосы ( меховая игрушка, одеяло, ворсистый халат ухаживающего лица) ребенок успокаивается и согревается так же, как рядом с матерью. Отсутствие такой возможности может спровоцировать у него трихотилломанию.

Стремление все предметы, особенно подбираемые с земли, пробовать на вкус является врожденной реакцией, общей для всех приматов, равно как и стремление при волнении ухватиться за юбку матери (раз нет хвоста). Выходя с малышами на прогулку воспитатель, повязав на свой пояс несколько искусственных «хвостов» за которые дети в состоянии при желании ухватиться, может освободить собственные руки без ущерба для их спокойствия.

**Укладывая детей на сон** воспитатель дома ребенка должен обязательно подойти и хотя бы прикоснуться к каждому, осуществляя тем самым тактильное общение – базисное для иных невербальных и вербальных форм коммуникации.

**На спинку кровати малыша** полезно прикреплять фотографию его матери (родной, приемной) или воспитательницы, к которой он привязан. В последующем фотография родителей или лиц, их заменяющих, может помещаться на столике перед кроватью ребенка. Это своего рода аналог «памятного подарка», ладанки, медальона, оберега, пряди волос, пяди земли и других традиционных символов родственной связи. Кстати, кровать, стоящая не у стены, противоречит инстинктивной потребности ребенка спать, повернувшись к закрытому темному пространству.

**Формированию биоритмов** способствует сочетание синхронизирующих и десинхронизирующих стимулов. Так, чем активнее ребенок во время бодрствования, тем лучше он спит во время отдыха, чем больше мышечной радости он получает, тем спокойнее в режимные моменты, чем больше внешних источников разнообразных впечатлений, ритмической стимуляции, социализированных форм экспансии, эмоционального моделирования поведения, тем больше доверия к окружающему миру, меньше необходимость в ритмической аутоактивности, агрессивном поведении, больше способность к синтонности, сочувствию, эмоциональному отклику.

Ключевыми стимулами социальной имитации являются сочетание голоса и движения, поэтому, **разговаривая с младенцем**, взрослый должен быть выразительным не только интонационно и мимически, но и пантомимически.

Воспитатели должны следить за тем, чтобы их **речевые обращения к детям** не ограничивались шаблонными инструкциями (типа «сядьзастол», что воспринимается ребенком как одно слово), поскольку это может привести к затруднениям в освоении речи.

Выявить и объективизировать **поведенческие стереотипы воспитателя**, обнаружить детей отверженных и недополучающих внимания, установить сформировавшуюся иерархию детей в группе может помочь этологический анализ видеоматериалов – невербальный аналог социограммы.

В доме ребенка следует обеспечить **сохранение сформировавшихся эмоциональных связей в искусственной семье**, базирующейся на непроизвольной, инстинктивной любви взрослых к детям и не только к своим.

Этот инстинкт проявляется во время игры в куклы у девочек, которые, достигнув подросткового возраста, жаждут уже нянчить живых детей. Кстати, самочки шимпанзе играют в «дочки-матери» с куклой-палочкой вплоть до рождения собственного первенца. Такие искусственные семьи существуют у всех приматов, когда воспитанием осиротевшего детеныша занимается вся стая, реализуя тем самым обобщенный инстинкт сохранения вида.

В то же время, большими шансами выживания обладает детеныш, взятый под **персональную опеку** кем-то из старших, берущего на себя роль «родной тетки». Не случайно возникло выражение: «Голод не тетка, пирожка не подложит». Кстати, у некоторых народов существует древняя традиция поручать воспитание мальчика дядьке по линии матери. В связи с этим необходимо отказаться от существующей психотравмирующей практики многократной смены воспитателей в связи с переходом ребенка из одной возрастной группы в другую.

В качестве **профилактики «детдомовской дедовщины»**, легко возникающей из инстинктивной детской иерархии и нередко процветающей в изолированных сообществах, может быть предложен следующий прием. самого беззащитного ребенка следует попробовать поместить в группу более старших детей, которые к нему будут относиться как к «живой игрушке», младшему сородичу, и опекать. В группе сверстников субординация, как правило, устанавливается на основании этологического принципа силового превосходства, визуальным признаком которого является превосходство в росте. В связи с этим самым маленьким следует надевать обувь на высокой платформе.

Разделению сфер лидерства может способствовать **моделирование успешности** низкоранговых членов группы в той или иной сфере деятельности.

Например, воспитатель может отдельно научить такого ребенка строить стены и башни из песка, а на следующий день предложить всей группе построить общую крепость. Продемонстрировав то, что не умеют другие и побывав в роли «эксперта», ребенок-изгой приобретет более высокое место в детской социальной иерархии.

Интеграции ребенка в основной группе («общине») способствуют различные формы посвящения, смоделированные в соответствии с социобиологическими **обрядами инициации**, от общих праздников по поводу дня рождения до торжественного принятия в более взрослую организационную структуру.

В современной России обряды инициации, ранее существовавшие в институтах «октябрят», «пионеров», «комсомольцев», военно-спортивных организаций, студенческих строительных отрядов и проч., частично выродились, частично насильственно отменены. Блокирование социально-биологической потребности в инициации проявляется в признаках агрессивного-асоциального поведения и психических расстройствах, типологически сходных с переживаниями во время инициации [2, 8].

Разработанная нами в рамках концепции «Онтогенетически ориентированной (реконструктивно-кондуктивной) психотерапии и психокоррекции программа методики интенсивно-экспрессивной психотерапии (ИНТЭКС) воссоздает в трансформированном и рафинированном виде ключевые моменты подготовки и осуществления сложного обряда инициации (посвящения в новый, более высокий социально-психологический ранг), существующий в любой традиционной культуре и избилующий чувственными агрессивными-героическими испытаниями (смена стереотипов, парциальная изоляция, система табу, тотемическая имитация, символическая смерть всего «плохого» и «детского» и «второе рождение» в зрелом, здоровом, умудренном качестве, слияние с возвышенным идеальным образом, открывающим перспективы духовного роста и т. п.). Данная методика успешно применяемая, в том числе и в детских домах для трудно-воспитуемых, служит альтернативой беспорядочному инстинктивному поиску способов удовлетворения онтогенетически обусловленной потребности в инициации [10].

В любой группе существуют «**дети-психотерапевты**», «детские мамы». Задача воспитателя – выявить такого альтруистичного ребенка и с его помощью повысить эффективность воздействия на всю группу. В противном случае они могут стать отрицательными лидерами, организаторами системы круговой поруки, конфронтации против взрослых, создателями детской субкультуры, подобно шаманам в архаических сообществах [7].

И в детском учреждении и дома, помимо общей с другими миграционной территории, у ребенка должна быть «**своя территория**», предполагающая наличие индивидуального пространства (включая личные вещи и возможность самостоятельно регулировать расстояние от других людей). Это оптимизирует социальные коммуникации человека, ориентированные, как и у остальных приматов, по принципу доминирования и иерархии. При отсутствии личной территории (где ребенок при желании свободно может **побывать в одиночестве**) либо при нежелательном вторжении на нее взрослых и других детей у ребенка развивается явная или скрытая («психосоматическая») тревога, бессознательные территориальные претензии в виде разбрасывания вещей и игрушек, феромонной маркировки (в частности, в форме энкопреза и энуреза), шумовом и звуковом (в т. ч. с помощью громкой речи или гремящей музыки) обозначении границ пространства, на которое ребенок претендует.

В игровой ситуации привлекательными для ребенка являются палатки (готовые или смастеренные из простыней), пустые надувные бассейны, пространство шкафов, столы со свисающей скатертью и т. п.

К территориальному поведению примыкает бессознательное стремление метить пространство, оставляя зарубки, повреждения, царапины, пометки, знаки, рисунки, надписи, **маркирующие окружающий мир**, «очеловечивающие» его, придающие разнообразие, организовывающие и упорядочивающие внешнюю среду во временной, пространственной и событийной последовательности.

В основе «забывчивости», «рассеянности» ребенка нередко лежит непроизвольное оставление своих вещей, маркирующих новые территории, на которых ребенок чувствует себя неуверенно. Указанное поведение следует рассматривать как вероятный сигнал психического дискомфорта. Соответствующий психотерапевтический смысл просматривается в присущем всем женщинам стремлении обустроить новое место проживания с помощью переклеивания обоев, замены штор, развешивания фотографий или просто перестановки мебели или мытья полов, преобразующих чуждое пространство в свое уютное «гнездышко».

В этом смысле рисование на партах, столах, стенах – естественное (инстинктивное) маркировочное поведение, и это должно учитываться персоналом, склонным запрещать «пачкать и разрисовывать», не предлагая альтернативы. Последней могла бы быть специально выделенная стена, ограждающая территорию детского учреждения, столб или ствол засохшего дерева. В дальнейшем неприличным надписям и рисункам на стенах туалета ребенок может предпочесть красочные граффити, не лишённые своеобразной эстетики.

Не имея личных вещей, не обладая собственностью, ребенок ведет себя по принципу: «Все, что наше, – то мое», становясь завистливым, вороватым и агрессивным. С точки зрения этологии, **детское воровство** – проявление инстинкта собственности, а **ложь** – замещающее поведение (смещенная активность), сбивающее с толку тех, кто собирается наказать [12]. Неподключение к инстинкту воровства врожденного предвосхищения: «Поймают – побьют» - нивелирует страх наказания и делает малолетнего девианта все более наглым и



циничным. На исламском Востоке и в Китае за воровство отрубали палец, кисть, руку и даже в наши дни малолетнему воришке могут искалечить руку, проехав по ней колесом машины. В г. Киселевске директор кирпичного завода предлагал альтернативу – уволиться либо в течение дня простоять на проходной с табличкой: «Я вор». После нескольких таких эпизодов воровство на заводе практически прекратилось. В закрытом детском учреждении подобное моральное наказание может оказаться даже более радикальным, чем публичная порка. Кроме того, следует помнить о таких социокультуральных мерах воздействия как конфискация имущества в пользу потерпевшего или общественные работы по возмещению ущерба.

С другой стороны, даже маленький ребенок нуждается не только в личных вещах, но и **личных «ценностях»**, которые он может накапливать, реализуя древний инстинкт собирателя [1]. Девочки собирают тряпочки, календари, фантики, строят «секреты» из разнообразных предметов, уложенных по определенному принципу. В последующем это инстинктивное поведение трансформируется у девочек в «гнездостроительное» поведение с наведением порядка в доме. Мужское поведение в виде собирания материала для строительства семейного «гнезда» прослеживается в склонности мальчиков приносить в дом «всякий хлам».

Воевать с этим инстинктом бессмысленно. Возможно, в детском учреждении полезно предусмотреть места для хранения детьми личных «ценностей» по аналогии с «личной ячейкой» в банке. Удовлетворение данной врожденной потребности служит основой принятия культурной традиции, запрещающей рыть в чужих вещах и читать чужие письма.

**Стремление «не отдать» и «обладать»** отмечается в архаических культурах уже у детей 1-2-го года жизни. Эта биологическая потребность такая же, как и потребность в личной территории, проявляется в том, что ребенок просто не способен отдать свой предмет ребенку или взрослому просто так. Он должен получить что-то взамен, пусть обмен будет объективно и не равнозначным, символическим (например, машинка на светлячка, опасный для ребенка нож на лист бумаги с написанными на нем буквами). Иначе следуют плач, обида и агрессия. Такой обмен «личными ценностями» является актом социальной коммуникации и, если сопровождается словами и прикосновениями к ребенку, проходит менее стрессорно и даже способен доставлять радость (как это бывает при взаимном кормлении матери и ребенка изо рта в рот). Используя механизмы инстинктивного ритуала дарения следует не настаивать на том, чтобы ребенок угостил другого своим куском пирога, а, разломив его поровну, оба куска отдать ему же. В этом случае он с удовольствием поделится едой с другим ребенком.

Стремление **прятать пищу** характерно для состояний депривации и эндогенной депрессии при которой к вечеру повышается потребность в углеводах. Расторможение инстинктивных механизмов поведения в условиях воспитательного учреждения может проявиться в актуализации существующей у многих видов животных врожденной программы присвоения чужого. При этом она может срабатывать не только в трудных ситуациях выживания, но при полном благополучии в форме игры (то есть мотивироваться как пищевым, так и игровым инстинктом, а кроме того включаться в контекст иерархического поведения). В этом смысле становится понятным, легкое возникновение у асоциальных детей поведения, напоминающего взрослый рэкет. По тому же принципу построены многие игры и соревнования, **основанные на азарте конкурентного овладения**. Социальной альтернативой грабежа являются спортивные игры,

построенные на принципе отнимания – футбол, хоккей, ручной мяч, водное поло, регби и т. п.

Возрастное продвижение по иерархической лестнице, особенно в закрытых учреждениях, сопровождается: приобретением **престижных символов**; приобретением к недоступной ранее информации; доступом к предметному или пищевому дефициту (играющих ту же этологическую роль, что у взрослых черная иномарка со спецномером, мигалкой и сиреной, «вертушка» для связи с Кремлем, vip-ложа в театре, обслуживание в спецполиклинике и отоваривание в спецраспределителе).

Обладатели символов ранга (у животных – размер и сексуальность, у людей – принятые в данной культуре признаки достатка и власти, у детей – физические или социальные знаки доминирования) составляют высший иерархический уровень любого коллектива – «патриции». Под ними располагается «средний класс» приближенных, которым разрешено прикосновение к обладателям символов и посвящение в высший класс (своеобразная инаугурация). Низшую ступень занимают «плебеи», не имеющие доступа к символам. Стремление отделиться от других проявляется даже при внешней унифицированности форм и правил (школьный фартук из шелка или с оборками, престижная ручка, портфель, ранец, обувь, прическа, дорогой сотовый телефон и т. п.), что усиливает конкурентные отношения и создает иерархию, основанную на формальных признаках превосходства.

Отказ от **общешкольной формы** ужесточил спонтанную иерархическую конкуренцию в детских классах за счет «парада мод», вернув ее к чисто животному уровню (по типу «чья шерсть пушистее» и «у кого рога ветвистее»).

Изменить стихийно сложившуюся иерархию можно, изменив качество или количество символов престижности, посвятив нижестоящих в более высокий ранг, **развенчав «патрициев»**. Последнего можно достичь с помощью как физического, так и морального давления («холдинг», «горячий стул», публичное высмеивание, карикатура в стенной газете, видеозапись неблаговидного поведения, «суд чести» и т. п.). В то же время следует помнить, что каждый из рангов имеет как преимущества, так и недостатки. Об этом свидетельствует древняя социобиологическая традиция подхалимажа.

Рослый и физически сильный, но не акселерированный по другим психологическим параметрам ребенок, оказавшийся по законам инстинктивной иерархии в ранге «патрициев», рискует быть преждевременно посвященным в несоответствующую его возрасту информацию и деятельность, не справиться с возлагаемой на него психоэмоциональной нагрузкой, не оправдать возложенного доверия и ожиданий, адекватных для детей более старшего возраста, но завышенных для него.

Маленький рост или болезнь ребенка предполагают снижение ранга, но благодаря этому он получает больше «материнской» любви, так как воспринимается как более слабый и побуждает усиление опеки. Отказ от речи ребенком с элективным мутизмом обеспечивает ему покровительством сверстников, снисходительность учителей и полное подчинение матери или опекуна, которые становятся для него бесплатными переводчиками и экскурсоводами по жизни [11].

В детском сообществе одни из таких детей-плебеев становятся любимчиками лидера (порой искусно манипулируя им в роли «шестерки»), другие упорно пробиваются «наверх» с помощью компенсаторного и гиперкомпенсаторного поведения, одержимые «комплексом Наполеона». Прообраз такой динамики

«из грязи в князи», можно наблюдать в волчьей стае. Там тоже есть свои «мальчики для битья», «опущенные», которых охотно кусают остальные волки. При этом угнетаемая особь усиленно визжит, чтобы доставить большее удовольствие развлекающимся сородичам. Одновременно она подставляет самые уязвимые места (брюхо, шею, гениталии), демонстрируя покорность и тем самым, инстинктивно ограничивая агрессивное поведение обидчиков. Но некоторые из этих «изгоев» уходят из стаи и, соединившись с другими одиночками, создают новые семейства, становясь их вожаками. Так в животном мире реализуется человеческий лозунг: «Кто был ничем, тот станет всем».

Создать **«блеф» доминирования** (с целью увеличить шанс победить в соперничестве и повысить свой иерархический ранг) **или субмиссивности** (с целью избежать конкурентной агрессивности, грозящей обидой и снижением ранга, поскольку инстинктивно конкурируют особи, стоящие рядом на иерархической лестнице, вожак же инстинктивно становится на защиту слабейшего), можно целенаправленно используя их этологические признаки в невербальном поведении.

Так, опущенная голова (создающая для стоящего напротив впечатление более детского лица - «минус лицо») и плечи, съеживание, прятанье рук, избегание взгляда, слабый голос, являясь признаками подчинения (субмиссии) побуждают взрослого к поведению опеки, подавляя воспитательную агрессию. Это поведение автоматически включается провинившимся ребенком (равно как и взрослыми), вызванным «на ковер» к начальству. Поднятая голова создает впечатление преобладания лицевого черепа над мозговым, что характерно для более взрослой и высокоранговой особи. Совет - «Выше голову», иногда выражаемый фразой - «Держи хвост пистолетом» опирается на этологические признаки доминантности, силы и благополучия. К ним же относятся гордая осанка («грудь колесом»), руки фиксированные на поясе или бедрах (увеличивающие плечо и создающие эффект большей массы тела), подчеркнутая демонстрация генитального дисплея с помощью расставленных ног, длинного галстука, больших пальцев, торчащих из карманов брюк и т. п. У детей, занимающихся гимнастикой, танцами больше шансов выглядеть доминантно («вырасти» в глазах окружающих) за счет всего лишь осанки и походки.

Прекрасную иллюстрацию поведенческих проявлений доминирования и субмиссии (с целенаправленным воздействием на окружающих) дает А.С. Грибоедов при описании Максима Петровича в «Горе от ума». У детей аналогичное коммуникативно-иерархическое поведение реализуется порой совершенно бессознательно или вторично осознанно, что позволяет им успешно манипулировать окружающими.

В период экономических трудностей строительство детской иерархии основывается не на символических ценностях (высушенные тыквы у народности гимба, раковины у детей, живущих в Микронезии, сетки на голове у детей айпо и т. п.), а на основе доступа к пище. Также как и приматы, дети образуют **возрастные «банды»** для совместного добывания пищи. Доступ к пищевому и предметному дефициту определяет построение иерархии в закрытых детских учреждениях. При этом сам персонал неосознанно подкрепляет стремление к первоочередности в порядке «клевания», систематически давая наиболее сильным и открытым лидерам больше пищи, в частности масла.

**Близость к учителю**, воспитателю как обладателю информации и символу социальных ценностей делает учеников, сидящих на первых партах потенциальными отличниками в глазах других детей, а сидящих за последними партами

– реально «последними». Чем ближе сидят ученики, тем реже они проявляют социальный протест и тем выше оценивает их способности учитель. Пересаживая учеников на разные парты в смысле приближенности (ближе-дальше) и сторонности (справа-слева) по отношению к учителю можно влиять на иерархию в классе. Оптимальным представляется ситуация, когда все ученики сидят полукругом в одном ряду перед столом учителя.

Так же, как и для профилактики сиблингового соперничества в семье, в закрытом детском учреждении совместные мероприятия следует чередовать с индивидуальным времяпрепровождением. При этом воспитатель «в рабочем порядке» может брать с собой то одного, то другого ребенка в магазин, в деловую поездку, предложить совместно посетить в больнице болеющего товарища и т. п.

В профилактическом плане проблема девиантного поведения заключается в обеспечении **разрядки накопившейся агрессивности** в социально приемлемых формах. Для этого существует ряд общебиологических и чисто человеческих механизмов: переориентация агрессии на эрзац-объекты (например, боксерскую грушу) или регламентация процедуры прямого соперничества (дуэль по правилам); сублимация агрессии в не менее воодушевляющих, но допустимых и социально полезных видах деятельности и творчества; социально одобряемые формы реализации потенциальной агрессии в борьбе с общим врагом; катарсис при осуществлении агрессии в отношении представителей других видов; отреагирование агрессии в мечтах, фантазиях, воображении, азартных играх и жестоких зрелищах; ритуализированные формы внутривидовой агрессии – спорт, в том числе экстремальный (способный выступать в качестве альтернативы аддиктивному поведению), параспорт (болельщики-фанаты), военизированные и скаутские лагеря.

Негативное или безразличное отношение к людям **при сохранении любви к животным и растениям**, способности жалеть, сочувствовать и заботиться о щенке, котенке, канарейке (контакт с которыми нередко несет встречный психотерапевтический эффект – «анималотерапия»), свидетельствует о сохранении первичной морали (общей у человека и животных), в которую входит запрет причинять ущерб тем, кто нам доверяет, кто поселился среди нас и пользуется нашей защитой. В этих случаях причину эмоциональных нарушений у ребенка следует искать в психогенных или дидактогенных влияниях.

Врожденные **психотехнические приемы аффективной саморегуляции** [3, 5], поддерживающие оптимальный психический тонус, остаются актуальными в течение всей жизни человека. Воспитание и жизненный опыт лишь социализируют поведенческие модели, обеспечивающие соответствующие инстинктивные механизмы. Так, на *уровне полевого реагирования* чередующиеся периоды двигательного возбуждения с поиском внешней сенсорной стимуляции и самоизоляции, минимизирующей поток внешних импульсов, с возрастом сменяются сознательным поведением, характеризующимся сменой бурной активности с многочисленными контактами и разнообразными впечатлениями в условиях города на пассивно-созерцательное уединение дачно-деревенской жизни.

*Уровень стереотипов*, проявляющийся у ребенка в простых двигательных автоматизмах (раскачивания, бег по кругу или от стены к стене, стереотипные манипулирования с собственным телом и проч.), обеспечивающие защищающе-восстанавливающий транс, у взрослых проявляется в различных формах произвольной ритмической деятельности (от «успокаивающего» вязания, создания орнаментов до увлечения танцами или джазом).

*Уровень аффективной экспансии*, инстинктивно проявляющийся у ребенка в стремлении овладеть «запретным плодом» (груши в соседском саду всегда вкуснее), нарушить устоявшийся порядок, подчинить окружающих собственной воле путем вызывающего поведения, у взрослых элевирруется в межличностную конкуренцию, экспансивные манеры поведения, увлечение детективами и триллерами, выбором соответствующей профессии или экстремального хобби. Можно сказать, что если уж «солдатами не рождаются», то становятся довольно рано, предпочитая активное овладение окружающим миром, «копинг-стратегии» остальным формам адаптации.

Социальная же направленность саморегулирующей экспансивности (которая формально может быть в равной степени выражена и у стража правопорядка, пожарного, военнослужащего, и у преступника) во многом определяется степенью развития следующего, наиболее зрелого уровня саморегуляции базальной аффективности – *уровня социального контроля*. У ребенка этот уровень проявляется в инстинктивной жалости к маленьким детям и бессознательной любви к животным, синтонности с эмоциональным состоянием матери, аффективном созвучии с невербальным поведением окружающих, неосознанном стремлении получить их одобрение. На базе этого уровня развиваются произвольные формы поведения, позволяющие регулировать собственный аффективный фон за счет «хороших», «правильных», «красивых», «добрых», «человечных» поступков, а также за счет сопереживания героям сказок, мелодрам и реальным людям. Выражение: «Над вымыслом слезами обольюсь» характеризует данный уровень аффективной саморегуляции. «Доска почета» и «Доска позора», адресованные к осознанному уровню социального контроля, весьма эффективны в закрытых детских коллективах.

В психокоррекционные задачи входит помощь конкретному ребенку в формировании, социализации и субординации всех врожденных уровней саморегуляции базальной аффективности (поскольку «пассивный гуманист» столь же ущербен, как и «безжалостный воин»). При таком условии психотерапевтические приемы (от гипнотического внушения до арт-терапии, бихевиорально-когнитивных, психоаналитических и коллективно-групповых методик) могут воздействовать не только на индивидуально- и социально-психические уровни личности ребенка, но и на ее природно-психические основы, включающие инстинкты, влечения, темперамент и низшую (базальную) аффективность.

Приведенные коррекционно-воспитательные приемы, ориентированные на этологические механизмы поведения ребенка, ни в коей мере не являются альтернативой социально-личностному подходу, а лишь облегчают его осуществление в реализации основного принципа детской психотерапии – принципа «Радостного взросления».

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Дольник В.Р. Непослушное дитя биосферы. Беседы о поведении человека в компании птиц, зверей и детей. Изд. 4-е. - СПб.: ЧеРо-на-Неве, Петроглиф, 2004.- 352 с.
2. Клинков В.Н. Обряды инициации и эволюция подростковой психопатологии // Acta Psychiatri, Psychother., et Ethologica Taurica, № 3, 1995. - P. 131-137.
3. Лебединский В.В., Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. – М.: Изд. МГУ, 1990. –197 с.
4. Моррис Д. Людской зверинец /пер. с англ./ - СПб.: Амфора. ТИД Амфо-

ра, 2004. - 287 с.

5. Никольская О.Н. Аффективная сфера человека. Взгляд сквозь призму детского аутизма. - М.: Центр лечебной педагогики, 2000. - 363 с.

6. Протопович А.И., Вязовский А.В. Инстинкты человека (попытка описания и классификации). - Якутск: Компания «Дани АлмаС», 2011. - 144 с.

7. Самохвалов В.П. История души и эволюция помешательства. - Сургут: Северный дом, 1995. - 420 с.

8. Самохвалов В.П. Этология человека: некоторые последствия объективных исследований поведения для медицины и антропологии (обзор) // Таврический журнал психиатрии. Т.1, № 2, 1997. - С. 50-80.

9. Самохвалов В.П., Гильбурд О.А., Егоров В.И. Социобиология в психиатрии. - М.: Изд-й дом Видар-М, 2011. - 336 с.

10. Шевченко Ю.С., Добридень В.П. Радостное взросление: развитие личности ребенка (Методика ИНТЭКС). - СПб.: Речь, 2004.- 202 с.

11. Шевченко Ю.С., Кириллина Н.К., Захаров Н.П. Элективный мутизм. Красноречивое молчание: клиника, диагностика, терапия, психологическая коррекция.- СПб.: Речь, 2007.- 336 с.

12. Шевченко Ю.С. /Ред./ Детская и подростковая психиатрия. Клинические лекции для профессионалов. - М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2011. - 928 с.

**Е.В. Корень, Т.А. Куприянова**

**ГРУППОВАЯ ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ С РОДИТЕЛЯМИ  
В СИСТЕМЕ КОМПЛЕКСНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ  
С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА  
Московский НИИ психиатрии МЗ РФ (Москва).**

***Резюме.** В статье приводится оценка влияния групповой психосоциальной терапии с родителями детей и подростков, страдающих расстройствами шизофренического спектра, на динамику социального функционирования и качества жизни больных через уменьшение семейного бремени, которое оценивалось с помощью опросника CGSQ в основной и группе сравнения. Показано статистически значимое улучшение базовых показателей социального функционирования в разных возрастных группах (опросник ILK), что указывает на эффективность включения мультисемейных групповых занятий с родителями в систему комплексной помощи детям и подросткам с расстройствами шизофренического спектра.*

***Ключевые слова:** социальное функционирование, групповая психосоциальная терапия, родители, дети и подростки, расстройства шизофренического спектра*

В настоящее время психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация рассматриваются в качестве стратегических направлений совершенствования психиатрической помощи детям и подросткам с психическими расстройствами с особым акцентом на широком внедрении в мультидисциплинарную клиническую практику психосоциальной работы с родителями [4, 5, 8, 13, 14]. С учетом определяющей роли родителей и ближайшего окружения в развитии детей и их последующей жизненной траектории данное положение представляется важным как в плане практической реализации развиваемой нами концепции «делегирова-

ния полномочий», преломляющей через родителей принцип активного участия больного в лечении и реабилитации для повышения их роли в совместном построении индивидуальных лечебно-реабилитационных программ помощи ребенку с одновременным усилением ответственности за результаты проводимых вмешательств, так и в отношении мобилизации имеющихся психосоциальных ресурсов для преодоления последствий психического расстройства [3, 5].

В свете меняющихся требований к службам охраны психического здоровья детей и подросткам представляется очевидным, что психофармакотерапия, как базовая терапевтическая стратегия, не позволяет охватить всего многообразия потребностей детей и родителей в контексте психического здоровья. Поэтому достаточно широко дискутируются вопросы обоснованности и эффективности мультимодальных подходов, направленных на повышение уровня социального функционирования и качества жизни больных и родителей как интегральных параметров, отражающих степень психосоциального благополучия и создания условий для максимально благоприятного психосоциального развития детей и подростков с психическими расстройствами [2, 5, 6, 16, 21]. В данном контексте семья психически больного ребенка рассматривается в качестве наиболее значимого источника поддержки в достижении успешного социального приспособления и обеспечения адекватных условий формирования личности ребенка. Учитывая это, вовлечение родителей в терапевтический процесс должно рассматриваться как обязательный компонент комплексной помощи, включающей проведение направленных психосоциальных вмешательств, учитывающих потребности родителей и детей [9, 19].

Отсюда следует, что одной из основных задач при проведении психосоциальной терапии с родителями детей, страдающих психическими расстройствами, является выявление их потребностей с целью коррекции представлений о проблемах ребенка и лучшего понимания его состояния, преодоления собственной растерянности, страха и потрясения, чувства личной вины по отношению к заболеванию ребенка. Это также является необходимым условием формирования терапевтического сообщества, которое обеспечивает эффективность всей последующей работы с членами семьи для создания обстановки сотрудничества, без чего опосредованное воздействие на ребенка дает лишь частичный и нестойкий результат [11, 15].

В литературе имеются отдельные указания на эффективность данного вида интервенций при отдельных формах психических расстройств в детском возрасте в плане редукции симптоматики и длительности ремиссии, повышении комплаенса, качества жизни и уровня социального функционирования детей, снижения семейного бремени. Социальная поддержка со стороны близких ведет к более благоприятному течению психических расстройств и напрямую способна улучшить социальное функционирование больных, в то время как критика и чрезмерная эмоциональная вовлеченность со стороны членов семьи могут стать причиной дополнительного стресса и ухудшить течение заболевания [7, 8, 21]. Относительно малое число исследований, значительная вариативность в длительности проведения, содержательной стороне занятий, выделении позитивно или негативно ассоциированных факторов и объяснении механизмов влияния на те или иные параметры семейного функционирования и взаимодействия родителей с психически больным ребенком затрудняют использование полученных результатов в практической работе. Кроме того, высказываются опасения в плане прямой экстраполяции подходов, используемых при работе с

семьями взрослых больных на детский контингент, а также подчеркивается предпочтительность групповых форм работы [3, 13, 17, 18].

Работа с группами родителей способствует приобретению и расширению знаний о проявлениях болезни, улучшает коммуникативные навыки, повышает родительскую компетентность, обучает родителей навыкам, необходимым для решения проблем, в том числе связанных с уменьшением вероятности обострения или рецидива заболевания, поддерживает надежду на перемены, дает перспективы для будущего, что, свою очередь, способствует формированию у родителей чувства взаимной поддержки, сплоченности, положительного отношения к жизни, смягчению чувства одиночества [7, 14]. Одним из основных результатов психосоциальной терапии с родителями должна стать перестройка отношения к психическому расстройству своего ребенка через формирование адекватных представлений о болезни, навыков проблемно-разрешающего поведения, совладания со стрессом и взаимодействия с больным ребенком, опирающихся на снижение уровня семейного бремени (в первую очередь, эмоционального), предоставление профессиональной поддержки и установление партнерских отношений с врачом, достигаемого с помощью приемов нацеленного информирования и разъяснения, направленных на переубеждение, снятие эмоционального напряжения и формирование позитивных установок [10, 22, 23].

Дети и подростки с расстройствами шизофренического спектра относятся к наиболее тяжелой категории больных со значительными негативными социальными последствиями, с чем связаны выраженные социальные потери семьи (субъективное и объективное бремя) [12, 22]. В семьях, имеющих детей с расстройствами шизофренического спектра, выявлены специфические психосоциальные проблемы, такие как гиперболизация тяжести состояния, сверхвключенность родителей в проблемы больного ребенка с высоким уровнем стигматизации, что должно учитываться при проведении психосоциальной терапии и находить отражение в содержательной стороне модулей психосоциальной работы с семьями [12, 14, 18]. Психическое расстройство ребенка оказывает серьезное негативное влияние на семью в целом, что часто недооценивается врачами в плане негативного влияния на симптоматику, функционирование ребенка и результаты проводимых лечебно-реабилитационных вмешательств. Уход за психически больными детьми включает в себя экономические потери, финансовые трудности, ухудшение физического здоровья, разрыв семейных отношений, взаимоотношений с родственниками, сокращение социальных контактов, а также несет в себе субъективное бремя, связанное с чувством беспокойства, собственной вины, стыда, депрессивными переживаниями со страхом, гневом и растерянностью [19, 22].

С учетом изложенного семейное бремя рассматривается нами как один из ключевых проблемных аспектов помощи детям, что влечет за собой необходимость его учета при разработке мероприятий по психосоциальной поддержке семьи, направленных на повышение уровня социального функционирования детей, страдающих расстройствами шизофренического спектра. Основная роль при этом отводится мультисемейной психосоциальной терапии с родителями, направленной на снижение бремени семьи и социальную поддержку. Такое вмешательство, встроенное в программу лечения, представляется эффективным в плане повышения родительской компетентности как базового компонента в построении и успешном обеспечении лечебно-реабилитационного процесса, опирающегося на клиничко-социальные потребности детей и родителей.



Целью проведенного исследования являлась оценка влияния групповой психосоциальной терапии с родителями на динамику социального функционирования и качества жизни детей и подростков, страдающих расстройствами шизофренического спектра.

Непосредственной задачей при проведении психосоциальной терапии являлось достижение родителями информационной, эмоциональной и проблемно-разрешающей компетентности, направленной на оптимизацию лечебно-реабилитационного процесса.

В работу были включены 119 детей и подростков с расстройствами шизофренического спектра и их родители. Мальчиков было 82, девочек – 37, возраст детей был от 8 до 17 лет (средний возраст  $14,7 \pm 2,1$ ). Дети и подростки были разделены на 2 группы: основную - 73 человека и группу сравнения – 46 человек.

По критериям МКБ–10, у 55 детей (46,2%) диагностирована шизофрения (основная группа - 35 человек, группа сравнения– 20 человек), у 30 детей (25,2%) – шизотипическое личностное расстройство (соответственно 20 и 10 человек), у 18 детей (15,2%) - шизоаффективное расстройство (11 человек и 7 человек), у 16 детей (13,4%) – биполярное аффективное расстройство (7 человек и 9 человек).

У 30 человек (25,2%) течение заболевания приближалось к острому (основная группа – 17 человек, группа сравнения – 13 человек), у 65 детей (54,6%) - к подострому (соответственно – 39 человек и 26 человек), у 24 пациентов (20,2%) заболевание имело хроническое течение (17 человек и 7 человек). Впервые лечились по поводу возникшего приступа болезни 28 больных (основная группа – 16 человек, группа сравнения – 12 человек). Средняя длительность заболевания составила  $3,1 \pm 1,2$  года. Таким образом, группы были сопоставимы по основным возрастным и клинико-социальным характеристикам. Все дети получали стандартную медикаментозную терапию в соответствии с современными клиническими рекомендациями.

73 родственникам больных было предложено участие в мультисемейной группе; из них посетили все занятия 68 человек. Трое выбыли по объективным причинам (выписка из стационара). Две матери отказались от участия в работе группы. Из группы сравнения к финальной оценке выбыли 9 человек.

В 1-й группе (основная группа) с родителями детей с расстройствами шизофренического спектра проводилась групповая мультисемейная психосоциальная терапия (68 человек); во 2-й группе (группа сравнения) психосоциальная терапия с родителями больных детей не проводилась (46 человек).

Для определения потребностей и последующей оценки эффективности проводимой психосоциальной терапии на снижение бремени (объективного и субъективного), поддержание комплаенса, динамику социального функционирования и качества жизни детей с расстройствами шизофренического спектра на первой встрече, через 1 месяц и через 3 месяца родители и дети в обеих группах заполняли ряд опросников.

Для оценки субъективного и объективного бремени семьи была использована русская версия опросника для оценки проблем, возникающих при уходе за больным ребенком (Caregiver strain questionnaire - CGSQ, 1997) [10], который содержит 21 вопрос, условно разделенный на три блока, оценивающих степень выраженности объективной и субъективной сторон бремени семьи. Первый блок относится к объективной оценке бремени (семейные отношения, отношения на работе, с соседями, материальное положение), второй блок оценивает субъективные внешние проявления, такие как обида, злость, смущение родст-

венников, и третий блок затрагивает субъективные внутренние чувства родственников – чувство вины, усталость, беспокойство, тревога. Ответы оцениваются по 5-балльной шкале.

Дополнительно была использована шкала оценки нагрузки на семью (Experience of caregiving inventory – ECI, 1994) [23], где определяется степень нагрузки, которая ложится на семью больного ребенка. Она состоит из нескольких субшкал, которые можно объединить в позитивные и негативные. В негативных оцениваются проблемы поведения больного ребенка, влияние болезни на семью, стигмы, тот ущерб, который наносит болезнь ребенку и семье, необходимость поддержки больного.

И родители, и дети заполняли также опросник по исследованию качества жизни детей и подростков ILK (Inventory of Quality of Life in Children and Adolescents) для детей и подростков с психическими расстройствами в возрасте 8-17 лет (Н. Remschmidt, 1998, адаптированный Т.Н. Дмитриевой) [1, 2, 20]. Преимуществом его является возможность оценивать как объективные, так и субъективные аспекты качества жизни пациентов в таких значимых сферах, как школа, семья, социальные контакты со сверстниками, интересы и организация досуга, соматическое здоровье, психическое здоровье, общая оценка качества жизни, а также загруженность в связи с имеющимся психическим расстройством, загруженность диагностическими и терапевтическими мероприятиями.

Прежде чем включить мать (или другого родственника) в мультисемейную группу по психосоциальной терапии, был проведен предварительный отбор, включающий в себя изучение медицинской документации пациентов, беседу с матерью и получение ее согласия на участие в работе группы. При отказе от подобного вида терапии были предусмотрены индивидуальные занятия с матерями.

В ходе предварительных бесед с матерями было установлено, что более 75% родителей не могли четко сформулировать свой запрос врачу о проблемах ребенка, около 60% родителей не были довольны качеством предыдущих взаимоотношений с врачом, негативное отношение к ребенку со стороны окружающих, в том числе, родных, было выявлено более чем у 70% семей, почти 50% родителей сообщили, что состояние ребенка влияет на их возможность продуктивно взаимодействовать с врачом, практически все родители отмечали чувство личной вины в связи с заболеванием ребенка, растерянность, страх.

Родителями были выделены три основных проблемы, связанные с наличием у ребенка психического расстройства:

- изоляция;
- трудности преодоления последствий психического расстройства;
- необходимость информации о том, как справляться с заболеванием.

Формат групп предполагал участие близких родственников, заботящихся о больном ребенке, подавляющее число составили матери, средний возраст которых был 37,7 года (от 25 до 58 лет). Большинство матерей имело высшее образование (71,4%), остальные 28,6% – средне специальное образование. Работали 62% матерей, из них по специальности – 53,8%, остальные – не по специальности, на работах, требующих меньшей квалификации, но дающих возможность выполнять ее в домашних условиях, постоянно находясь рядом с больным ребенком. Около 75% семей были полными, остальные – неполными, где ребенок воспитывался только матерью, отцы, как правило, не принимали участия в его воспитании, лечении, в ряде случаев ограничивались лишь материальной помощью.

Более половины матерей характеризовали себя впечатлительными, эмо-

циональными, мягкими и добрыми, уравновешенными и спокойными. В то же время часть из них отметила, что после заболевания ребенка стремление к общению существенно уменьшилось, появилось «желание спрятаться ото всех», усилились тревога, неуверенность в собственных силах и возможностях, появились колебания настроения с идеями самообвинения.

По нозологической принадлежности детей состав групп был однородным, но в одну группу объединялись матери, отличающиеся по возрасту, образованию, другим социальным характеристикам, а также - по реакции на болезнь ребенка. Это в ряде случаев способствовало повышению терапевтического потенциала группы.

Работа с семьями детей с психическими нарушениями проводилась с учётом трех основных принципов:

- опора на сильные стороны и возможности родителей;
- установление и поддержание партнерских отношений;
- совместная работа врача и родителей (терапевтический альянс).

Процессу психосоциальной терапии предшествовала подготовительная стадия. Во время первой, индивидуальной, беседы с матерью больного ребенка врачом выявлялись особенности личности родителей, их отношения к ребенку, степень осведомленности о психическом расстройстве (клинические проявления, причины, прогноз, обучение и лечение и т. п.), воспитательная тактика и общая психологическая атмосфера в семье. Учитывалось наличие невротических состояний и прочих расстройств у родителей. Помимо этого, отмечалось, как болезнь ребенка повлияла на всю семью, на взаимоотношения в семье, а также то, какие способы преодоления кризисной ситуации используются в семье.

Кроме того, первая встреча с матерью больного ребенка была нацелена на выявление потребностей родителей, выяснение нерешенных вопросов, а также – на формирование в будущем терапевтического альянса, без которого эффективность проводимых мероприятий будет невысокой и непродолжительной. Нередко такая встреча впервые дает возможность матери рассказать о своих проблемах и переживаниях в связи с болезнью ребенка.

Как показала практика, успешное проведение этой подготовительной стадии, установление доверительных отношений с врачом обеспечивает эффективность последующей работы с членами семьи.

Целесообразным представляется проведение психосоциальной работы с родителями по модульному принципу в группах с количеством участников в каждой 8-9 человек, что, по данным литературы, способствует большей эффективности работы мультисемейной группы. Общее количество рабочих сессий - от 8 до 10 занятий. Частота занятий - 2 раза в неделю. Продолжительность каждого занятия – 90 мин.

При проведении психосоциальной работы с родителями в группе каждое занятие условно можно разделить на три части. Первая часть – вводная, где происходит определение темы занятия с учетом потребностей участников. Во второй, основной, части обсуждается тема занятия с выступлением всех желающих. В третьей части, заключительной, планируется тема следующего занятия, возможно, с каким-нибудь домашним заданием. Последовательность изложения материала может варьировать в зависимости от потребностей родителей, но логически все занятия должны быть связаны друг с другом.

На первых встречах упор делается на конкретных ответах на вопросы, которые беспокоят матерей (диагноз, обследование, лечение, прогноз). При этом

врач должен быть тактичен и деликатен, особенно в вопросах диагностики и прогноза, т. к. матери склонны к самообвинению и депрессивным реакциям, что ведет к сокращению социальных контактов и, нередко, к уменьшению уверенности в необходимости планомерной и длительной терапии ребенка.

В дальнейшем работа направлена на то, чтобы сформировать у матерей более правильное и адекватное отношение к ребенку с психическим заболеванием, а если необходимо, то изменить это отношение, а также зачастую по-новому построить свои взаимоотношения с ним. Для этого матери получали информацию о самом заболевании, его причинах, проявлениях, прогнозе. К 3–5 занятиям атмосфера в группе становится более непринужденной, доверительной, исчезают недоверие и настороженность, которые могли отмечаться в начале, и участники получают информацию не только от врача, но и от других членов общества, обмениваясь с ними собственным опытом, вместе обучаясь искать решение проблем путем свободного обмена мнениями. Это способствует объединению родителей, их взаимной поддержке и контактам в последующем.

Немаловажное значение имеет формирование положительной эмоциональной установки родителей и поддержание ее от занятия к занятию. Это ведет к созданию твердой базы для успешного усвоения информации, что способствует уменьшению сопротивления получаемой информации, чувства вины, особенно при тяжелых психических расстройствах, а также тщательному следованию всем назначениям и рекомендациям врача.

В результате к последнему занятию у матерей (в зависимости от их потребностей и нужд) должно сформироваться более адекватное восприятие проблем ребенка с психической патологией, появиться новые цели и пути решения проблем, уверенность в своих действиях, направленных на адаптацию ребенка, уменьшиться или исчезнуть чувства вины. Но одним из основных результатов групповой психосоциальной терапии является то, что у родителей, имеющих детей с психическими расстройствами, формируется постоянный источник психосоциальной поддержки в виде сообщества родителей детей с подобными проблемами.

Повышение самостоятельности в принятии решений родителями, вовлечение их в совместную деятельность (ответственность) явилось одним из основных итогов профессионального партнерства врача с родителями. Специалисты и родители, работающие вместе, смогут достичь лучших результатов в интересах детей, которые не могут быть достигнуты, действуя они поодиночке.

Улучшение эмоционального состояния матерей в результате проведения групповой психосоциальной работы, отмечаемое при беседах, общении, наблюдении за ними, коррелировало с позитивными изменениями, полученными при оценке результатов предлагаемых опросников. В первую очередь, это касалось отчетливого снижения бремени семьи, что в последующем положительно сказывалось на улучшении социального функционирования и повышении качества жизни больных детей.

Сравнительный анализ данных начальной оценки и оценки через 3 месяца по шкале CGSQ в основной группе больных показал явную тенденцию к уменьшению бремени, особенно в субшкале, касающейся субъективных внутренних чувств ( $p < 0,05$ ) - с 5,38 до 3,07. В группе сравнения снижение также отмечалось, но не достигало статистически значимых результатов: с 5,40 до 4,35. Отчетливое снижение показателей отмечено и по субшкале субъективного внешнего бремени, также более выраженное в основной группе, чем в группе сравнения – с 5,13 до 3,45 и с 4,99 до 3,48, соответственно. Менее значительные

изменения произошли в показателях объективного бремени семьи – с 4,99 до 4,01 в основной группе, с 5,08 до 4,55 в группе сравнения. С учетом полученных данных, касающихся уменьшения как субъективного внутреннего, так и субъективного внешнего бремени семьи, можно говорить о тенденции к позитивным изменениям в уровне семейного функционирования в основной группе больных при промежуточной оценке, проводившейся после завершения родительского модуля, которая сохранялась к финальной оценке.

С уменьшением подавленности, чувства вины, растерянности родители стали больше внимания уделять вопросам не только лечения детей, но и их социальной реадaptации, стремясь по возможности вернуть в школьный учебный процесс, увеличить общение с другими детьми. Отношения с детьми стали более тесными и близкими. Родители научились распознавать ухудшение состояния и вовремя обращаться за помощью, четко выполняя все назначения и инструкции, что также способствовало улучшению состояния ребенка. Объективное бремя семьи также имело тенденцию к уменьшению.

При анализе субшкал опросника нагрузки на семью (ЕСІ), в первую очередь, отмечена тенденция к уменьшению степени своей вины у матерей, снижения социальной активности из-за чувства смущения, неловкости в связи с поведением ребенка, ухудшения взаимоотношений в семье за счет положительной динамики по позитивным субшкалам, которые отражают положительные аспекты взаимоотношений с больным ребенком. Практически все матери отметили, что стали лучше понимать своего ребенка, его проблемы, анализировать состояние, из-за чего отношение с ним улучшилось. Кроме того, все подчеркнули, что заметили изменения и в самих себе, некоторые сблизилась с членами семьи, больше общались, стали увереннее в себе. Все были намерены продолжать встречи друг с другом.

Показатели всех шкал ПК в обеих группах до начала исследования не имели достоверных отличий и были сопоставимы во всех возрастных периодах (см. табл. 1).

Таблица 1.

Показатели шкалы ПК в динамике.

Опросник		Основная группа			Группа сравнения		
		До	1 м.	3 м.	До	1 м.	3 м.
ПК дети	8 – 11 л.	25,6±1,5	20,1±1,7	19,6±0,8 p<0,01	24,8±1,7	22,6±0,6	23,1±1,3
	12 – 14 л.	27,3±1,9	25,5±1,1	23,5±1,6	28,1±0,5	25,8±1,3	24,7±1,7
	15 – 17 л.	30,9±0,7	25,0±1,4	19,9±1,9 p<0,05	29,8±0,8	27,4±1,4	26,8±1,5
ПК родители	8 – 11 л.	33,6±0,7	29,4±0,5	28,4±1,3	34,1±1,6	32,5±1,5	30,5±1,2
	12 – 14 л.	31,4±1,8	26,4±1,9	20,0±0,7 p<0,05	32,0±0,9	29,3±1,4	27,6±1,6
	15 – 17 л.	27,6±1,9	23,2±1,3	19,5±1,6	26,7±1,9	24,7±0,7	24,3±1,4

Общей тенденцией в обеих группах являлось расхождение оценок детей и родителей с наблюдаемой у родителей тенденцией давать более высокие оценки по целому ряду параметров. Родители, как правило, менее позитивно оценивали все сферы социального функционирования детей включая общую оценку качества жизни и вопросы, связанные с лечением. Наибольшие расхождения оценок де-

тей и родителей были получены по некоторым субшкалам: социальные контакты, школа, загруженность психическим расстройством, психическое здоровье, загруженность диагностическими и терапевтическим мероприятиями.

Необходимо отметить, что при сравнении полученных результатов учитывалась клинически определяемая сопоставимая положительная динамика в психическом состоянии детей в обеих группах по PANSS (различия статистически недостоверны), особенно выраженная к финальной оценке через 3 месяца.

На фоне проводимого лечения суммарная оценка показателей, оцениваемых детьми, во всех возрастных группах улучшались, но динамика их в основной группе и группе сравнения существенно отличались к финальной оценке. Так, в возрастной группе от 8 до 11 лет отмечено снижение средних показателей с 25,6 до 19,6, в группе сравнения – с 24,8 до 23,1, различия статистически достоверны ( $p < 0,01$ ). Подобную тенденцию можно отметить и в других возрастных группах: 12–14 лет – соответственно с 27,3 до 23,5 и с 28,1 до 24,7; в возрастной группе 15–17 лет – с 30,9 до 19,9 и с 29,8 до 26,8 (различия достоверны,  $p < 0,05$ ).

Результаты родительской оценки также отличались в основной и группе сравнения в зависимости от возраста. В группе 8–11 лет в основной группе отмечено снижение показателей с 33,6 до 28,4, в группе сравнения – с 34,1 до 30,5; в возрасте 12–15 лет – с 31,4 до 20,0 и с 32,0 до 27,6, соответственно; в группе 15–17 лет – с 27,6 до 19,5 и с 26,7 до 24,3, соответственно.

Таким образом, согласно полученным данным, можно отметить, что психосоциальная терапия с родителями, направленная на снижение бремени семьи и повышение терапевтической компетентности, положительно влияет на социальное функционирование детей и подростков с расстройствами шизофренического спектра. В результате дети и подростки остаются в лечебно-реабилитационном пространстве, за счет чего улучшаются результаты индивидуальной терапевтической программы, в том числе за счет повышения роли и ответственности родителей, что создает необходимые предпосылки для реадaptации, ресоциализации и улучшения качества жизни больного ребенка и, в конечном счете, обеспечивает достижение наиболее благоприятных условий для психосоциального развития детей и подростков с расстройствами шизофренического спектра.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Дмитриева Т.Н., Дмитриева И.В., Каткова Е.Н., Барсукова И.К. Опыт применения опросника для оценки качества жизни детей и подростков с психическими расстройствами (пилотное исследование) // Социальная и клиническая психиатрия. - 1999. - № 4. - С. 39-42.
2. Дмитриева Т.Н., Занозин А.В., Дмитриева И.В. и др. Оценка качества жизни подростков с психическими нарушениями // Материалы XIII съезда психиатров России. - М., 2000. - С. 121-122.
3. Корень Е.В. Психосоциальная реабилитация детей и подростков с психическими расстройствами в современных условиях // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – Т. 18, № 4. – С. 5–15.
4. Корень Е.В. Концепция психического здоровья и психосоциальная реабилитация детей и подростков с психическими расстройствами // IV Национальный конгресс по социальной психиатрии. Всероссийская конференция «Повышение эффективности лечебно-реабилитационной помощи психически больным». – СПб.: Айсинг, 2011. - С. 84.
5. Корень Е.В. К разработке концептуальной модели психосоциальной ре-

билитации детей и подростков с психическими расстройствами // Социальная и клиническая психиатрия. - 2011. - Т. 21., № 3. – С. 5–10.

6. Подкорытов В.С., Шестопалова Л.Ф., Скрынник О.В. Качество жизни детей и подростков с психическими расстройствами: проблема оценки. // Соціальна педіатрія. – 2001. - Вип.1. – С. 421-424.

7. Ривкина Н.М., Сальникова Л.И. Работа с семьями в системе психосоциальной терапии больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с первыми психотическими эпизодами // Социальная и клиническая психиатрия. - 2009.- Т. 19, № 1. -С. 65–76.

8. Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи / Под ред. И.Я. Гуровича, О.Г. Ньюфельдта. – М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2007. – 356 с.

9. Alexander L.B., Dore M.M. Making the parents as partners principle a reality: The role of the alliance // Journal of Child and Family Studies. - 1999. - № 8.- P. 255-270.

9. Brannan A.M., Heflinger C.A., Bickman B. The Caregiver Strain Questionnaire: Measuring impact on the family living with a child with serious emotional disturbance // Journal of Emotional and Behavioral Disorders. - 1997. - № 5. - P. 212-222.

10. Diamond G., Josephson A. Family-based treatment research: A 10-year update // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. - 2005. - 44(9). - P. 872-887.

11. Dixon L., Adams C., Lucksted A. Update on family psychoeducation for schizophrenia // Schizophrenia Bulletin. - 2000. - № 26. - P. 5-20.

12. Falloon I.R.H. Family interventions for mental disorders: efficacy and effectiveness // World Psychiatry. - 2003. - Vol. 2, № 1. - P. 20–28.

13. Fristad M.A., Goldberg-Arnold J.S., Gavazzi S.M. Multi-family psychoeducation groups in the treatment of children with mood disorders // Journal of Marital and Family Therapy. – 2003. - № 29. - P. 491-504.

14. Goldberg-Arnold Fristad M.A., Gavazzi Family psychoeducation: Giving caregivers what they want and need // Family Relations. - 1999. Vol. 48, № 4. - P. 411-417.

15. Graham P. The future of quality of life in pediatrics and psychiatry // European Child and Adolescent Psychiatry. - 1999. - Vol. 8, suppl. 2. - P. 172.

16. Hollis C. Adolescent schizophrenia //Advances in Psychiatric Treatment. - 2000. - № 6. - P. 83-92.

17. Jewell T.C., Downing D., McFarlane W.M. Partnering with families: Multiple family group psychoeducation for schizophrenia // Journal of Clinical Psychology. -2009. – V. 65. - P. 868-878.

18. Klaus N., Frista M.A., Malkin C., Koons B.M. Psychosocial family treatment for a ten-year-old with schizoaffective disorder // Cognitive and Behavioral Practice. -2008. -Vol. 15.- P. 76-84.

19. Mattejat F., Remschmidt H: Das Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK) - Bern: Hans Huber Verlag, 2006.

20. Miklowitz D.J., George E.L., Richards J.A., et al. A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder // Archives of General Psychiatry. – 2003. – V. 60. – P. 904–911.

21. Pitschel-Waltz C., Leucht S., Bäuml J., et al. The effects of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia - a meta analysis // Schizoph. Bull. - 2001. - № 27. - P. 73-92.

22. Szhmukler G.I., Burges P., Hisrman H. et al. The caregiver inventory. - University of Melbourne, Victoria, Australia, 1994.

Е.Л. Инденбаум

**ТИПОЛОГИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ДИАГНОЗОВ  
ДЛЯ ШКОЛЬНИКОВ С ЛЕГКИМИ ФОРМАМИ  
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ****Восточно-Сибирская государственная академия образования (Иркутск).**

Концепция функционального диагноза, предназначенного для установления детям и подросткам с легкими формами интеллектуальной недостаточности (ЛФИН), призвана совершить некий переворот в сознании дефектолога, изначально (хоть в вузе, хоть при переподготовке) ориентируемого на клиническую модель диагностики. Она положила начало принципиально новому направлению в развитии теории и практики сопровождения ребенка с интеллектуальной недостаточностью. Дифференциальная патопсихологическая диагностика должна дополниться системой диагностических мероприятий, реализуемых в ходе коррекционно-развивающей и психокоррекционной работы в специальном коррекционном образовательном учреждении (СКОУ) или же при организации сопровождения ребенка с ограниченными возможностями здоровья ОВЗ за его пределами.

Следует сразу сказать, что в реальности содержание сопровождения ребенка с ОВЗ в общеобразовательной школе, исходя из определения обсуждаемого процесса как *системы* мероприятий, нацеленных на уменьшение недостатков его психофизического развития и формирование социально-необходимых ЗУНов, фактически не разработано. В указания ПМПК включаются лишь самые общие положения, а именно необходимая образовательная программа и требование развивать основные познавательные процессы. Поэтому приходится перефразировать Франсуа де Ларошфуко, говоря о том, что «Настоящее сопровождение похоже на привидение: все о нем говорят, но мало, кто его видел». Фактическое отсутствие традиций сопровождения детей и подростков с ЛФИН в общеобразовательной школе не позволяет провести его содержательный анализ.

Вместе с тем очевидно, что содержание диагностических мероприятий не может ограничиться педагогическим мониторингом, т. е. оценкой успешности формирования определенных ЗУНов. Несводима она и к традиционной психологической диагностике, когда в соответствии со стихийно сложившимися правилами психолог обследует школьников трижды: при поступлении в школу, при переходе в среднее звено и перед ее окончанием, решая проблему профориентационной диагностики.

Считая абсолютно необходимым способствовать реализации принципа единства диагностики и коррекции, а также утверждаемого нами принципа приоритетности оценки психосоциального развития, мы полагаем, что цели и содержание психологической диагностики, проводимой в отношении детей с ЛФИН не могут сводиться к решению перечисленных чуть выше задач. Целью психологической диагностики в ходе школьного периода жизни ребенка с ЛФИН, по нашему мнению, должна становиться оценка динамики его познавательного развития, с одной стороны, и социального развития – с другой. Последнее можно охарактеризовать как становление социальной компетентности (или сферы жизненной компетенции). Однако любая диагностика останется самоцельной, если не обеспечить три условия. Первым является коллегиальность решений об основных задачах коррекционно-развивающей и психокоррекционной работы. Вторым - конкретно обозначенный период времени, на который со-



ставляется программа коррекционно-развивающей и психокоррекционной работы. Третье условие - осуществление продуктивного взаимодействия специалистов в обозначенном процессе. Решение обозначенных задач и позволяет осуществить концепция функционального диагноза. Функциональный диагноз нужен, чтобы выпукло показать динамику в развитии, соотнести эффекты коррекционно-развивающей и психокоррекционной работы с исходной тяжестью состояния ребенка.

Здесь необходимо немного рассмотреть историю вопроса о том, как оценивалась динамика развития школьника с интеллектуальной недостаточностью. Традиционное для дефектологии упоминание о задаче наблюдения за развитием ребенка в СКОУ фактически сводилось к требованию заполнения известных всякому дефектологу 60-90-х годов «дневников наблюдения», представлявших на практике абсолютно феноменологическое описание проблем в воспитании ребенка. Не имея точной информации об инициаторе заполнения указанных дневников, можно предположить, что задумывались они как своеобразная аналогия истории болезни. Однако, если предметом анализа в истории болезни становится соотнесение лечения с причиной недомогания и его основной симптоматикой, соответствие лечения принятой схеме, то в педагогике подобное неосуществимо. Указанные дневники не предоставляли, в конечном счете, возможности составить целостную картину психосоциального развития ни отдельного ученика, ни окружающей его группы школьников.

С 90-х годов XX века от педагогов СКОУ периодически стали требовать заполнения различных форм и карт, оценивающих, например, «школьную адаптацию» или «воспитанность». Содержание подобной документации зависело от представлений ее авторов. Прделанная работа по заполнению упомянутых форм нередко оставалась самоцельной или выливалась в некорректные с точки зрения психологии диаграммы, иллюстрирующие рост оцениваемого показателя. Другие примеры оценки динамики развития школьников в СКОУ автору, к сожалению, неизвестны.

Одной из причин существующего положения дел нам представляется отсутствие четкой методологической, теоретической основы мониторинга психосоциального развития. Начнем с того, что у мониторинга должна быть цель. Следует полагать, что критерием оценки деятельности коррекционного образовательного учреждения будет максимально возможная сформированность жизненной (социальной) компетенции воспитанников, позволяющая им адаптироваться в послешкольной жизни. Именно такую методологическую основу и создает концепция функционального диагноза при ЛФИН. Мы же постарались наполнить ее конкретным содержанием, которое может уточниться и усовершенствоваться в ходе практической деятельности (рис. 1).

Приведенный рисунок отражает сущность диагностики, способной составлять основу сопровождения, выступая как первый этап коррекции. Ядро диагностики составляет определение психологического типа, к которому относится школьник.

Следует обратить внимание читателя и на необходимость по возможности максимально точно установить, каковы индивидуальные компенсаторные возможности ребенка. Под этим термином понимается содержание, обычно именуемое в литературе как «относительно сохранные сферы психики», а также сформированность определенных умений, имеющих социальную значимость, ценных в глазах сверстников и взрослых. Программа сопровождения составля-

ется с обязательным учетом внешних условий, наличия или отсутствия специалистов, способных заниматься коррекционно-развивающей работой.

**I. ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИЙ УРОВЕНЬ ДИАГНОЗА**  
 КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ (ВЕДУЩИЙ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ)

**II. СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ УРОВЕНЬ ДИАГНОЗА**  
**ОЦЕНКА СТЕПЕНИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТИРОВАННОСТИ,**  
**ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВАРИАНТА ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ**  
 (тотальное недоразвитие, неравномерное недоразвитие, отставание, конфликты с социальным окружением, условно-нормативное развитие)

**III. ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ УРОВЕНЬ ДИАГНОЗА**



*Рис. 1. Структура функционального диагноза при легких формах интеллектуальной недостаточности*

На рис. 2 продемонстрированы основные типы, выделяемые в зависимости от сочетания у ребенка дефицитов познавательных и социальных способностей. Принадлежность к определенному типу выступает одним из наиболее значимых предикторов успешности процесса психосоциального развития и вероятной выраженности отклонений в его ходе. Следует подчеркнуть, что в предлагаемой схеме два новшества. Во-первых, появляется категория легкого психического недоразвития (ЛПН), являющаяся промежуточной между умственной отсталостью (УО) и задержкой психического развития (ЗПР). Во-вторых, диагноз нарушения интеллектуального развития становится динамическим. Последнее означает, что на смену требованию раз и навсегда установить образовательную программу приходит признание допустимости ее изменения не только в первый год обучения и, вероятно, не только в сторону снижения (для категории детей с ЛПН).

Мера выраженности *дефицита познавательных способностей* объективируется взаимопроверяющими методами диагностики. Чем отчетливее выражен указанный дефицит, определяющий низкий уровень познавательной деятельности, тем больше затруднено использование любых средств (культурных орудий):

смысловых, абстрактно-знаковых, затем вербальных, символических и предметных. Соответственно, тем инертнее вся система психики, менее осознаны и дифференцированы эмоции, примитивней самосознание.



**Рис.2. Типология структуры нарушений развития при легких формах интеллектуальной недостаточности**

При ЗПР он минимален (справедливо мнение о качественно иной структуре дефекта и принципиально отличающихся образовательных возможностях), при ЛПН этот дефицит характеризуется как умеренный, при легкой УО – преимущественно как выраженный. При более тяжелой УО речь о дефиците познавательных способностей уже не идет, поскольку наблюдается слабо компенсируемое недоразвитие, или даже несформированность познавательной деятельности. Мера выраженности дефицита познавательных способностей усугубляется в отсутствие адекватного обучения, и выглядит более легкой у детей, развивающихся в условиях обогащенной среды. Вместе с тем обучение ребенка по программе, превышающей его возможности, приводит к усилению дефицита, что гипотетически связывается с ограниченностью когнитивного ресурса при повреждениях ЦНС [1, 2].

Мера дефицита социальных способностей определяет психолого-педагогический подход к ребенку, предусматривающий усилия по формированию у него ресурса позитивного самоотношения, единство требований со сто-

роны всех участников воспитательного процесса, особый контроль поведения, помощь в ранжировании социальных норм, налаживании продуктивных межличностных отношений, а также своевременное медицинское или психокоррекционное (психотерапевтическое) вмешательство. Проявления меры дефицита социальных способностей также различаются: от фактического отсутствия до устойчивых и клинически выраженных нарушений поведения. Наличие легкого дефицита социальных способностей (отдельные дизадаптирующие черты в виде демонстративности, избыточной интровертированности, агрессивности и т. п.) предрасполагает к его усугублению.

Дополняют картину *дисфункции* (нарушения работоспособности, пространственных представлений, двигательной координации разного уровня, фонематического восприятия, произносительной стороны речи и т. п.), которые, так же как и индивидуальные эмоциональные проблемы (эмоциональная напряженность, сниженный фон настроения, страхи и т. п.), требуют специальных мер их преодоления.

В итоге нами предложены диагностические формулировки, которые на этом этапе обсуждаемы и могут уточняться. Цель предлагаемых наименований заключается, во-первых, в выработке общего семантического пространства среди специалистов, занятых проблемами образования детей и подростков с ЛФИН. Во-вторых, в настоящее время диагностический вывод, который делается в ПМПК на этапе комплектования СКОУ или специального класса звучит лишь как констатация стойкого наличия познавательной деятельности (отечественный синоним УО) или же как указание на недостаточность оснований для его подтверждения (эвфемизм для обозначения ЗПР). Возможно, для дифференциации детей по образовательным учреждениям этого достаточно. Но не для решения задач сопровождения. Стоит ли говорить, что подобная недифференцированность, так же как и общепринятая формулировка заключения дефектолога о том, что «знания, умения и навыки не соответствуют возрасту», препятствует реализации принципа «диагностика – первый этап коррекции» и не дает оснований для разработки обоснованных дифференцированных рекомендаций для родителей и педагогов.

Итак, сначала следует договориться, какие формулировки будут давать психологи при наличии запроса на определение познавательных способностей (соответственно, познавательных возможностей и потребностей ребенка). Такой запрос предполагает ответ в виде указания на доступную ребенку образовательную программу.

При показателях интеллекта в зоне нормы, достаточном выполнении методик, легком принятии помощи, способности к знаково-символическому опосредствованию своей деятельности мы можем написать, что дефицит познавательных способностей отсутствует. Такие дети попадают в ПМПК в исключительных случаях. Причиной может оказаться нарушение норм социализированного поведения, различные «странности», в основе которых иногда лежит текущий болезненный процесс или формирующееся расстройство личности. Тогда результаты оценки познавательных способностей недостаточны для диагностического вывода, в ходе развернутого патопсихологического обследования выявляются типичные патопсихологические синдромы. В этом случае формальных оснований для снижения уровня образовательной программы нет, однако существует значительный риск накопления пробелов. В связи с этим рекомендации ПМПК обязательно должны содержать информацию медицинского

характера. Однако существенно чаще мы имеем дело с ситуацией, когда психолог в ПМПК просто игнорирует проявления легкого дефицита познавательных способностей, что, на наш взгляд, недопустимо.

**Легкий дефицит познавательных способностей** мы констатируем, когда показатели вербального интеллекта находятся в зоне низкой нормы (вербальный интеллектуальный показатель - ВИП < 95-100), при этом отмечаются некоторые затруднения в выполнении соответствующих возрасту экспериментально-психологических методик. При этом возможность опосредствования своих познавательных процессов обнаруживается, значение предъявленного ребенку средства решения познавательной задачи понимается. Например, при выполнении «Пиктограммы» сущность задания понимается сразу, а затруднения определяются в подборе образов для абстрактных понятий, а затем в воспроизведении запоминаемого материала. Помощь ученик принимает неравномерно, в одних заданиях достаточно лишь небольшой подсказки, в других даже полное развертывание ориентировочной основы действий не помогает перенести показанный способ решения на сходное задание. Однако подобная неуспешность чаще не зависит от сложности задания, а обусловлена повышенной истощаемостью, недостатком мотивации достижения успеха, а также осознанной саморегуляции. В другой раз ребенок способен решить аналогичное по сложности задание без больших затруднений. Легкий дефицит познавательных способностей типичен для ЗПР, практически всегда имеющей в основе минимальные мозговые повреждения. Исключительно конституциональный генезис имеющихся расстройств является большой редкостью<sup>1</sup>. Такая ЗПР, действительно, может быть компенсирована по мере взросления. В то же время при неадекватном обучении дефицит познавательных способностей может усугубиться. В настоящее время мы рекомендуем детям обучение по общеобразовательной программе, но обязательной является дополнительная помощь в преодолении имеющихся учебных проблем. Совершенно необходимо соблюдение психогигиенических требований, в т. ч. к режиму, питанию, эмоциональной атмосфере в семье, педагогическому отношению. Лишь в этом случае имеющийся дефицит может уменьшиться или, по меньшей мере, существенно не препятствовать формальной успеваемости ребенка<sup>2</sup>.

При **умеренном дефиците познавательных способностей** в ходе экспериментально-психологического обследования наблюдаются стабильные затруднения в выполнении методик, принятии помощи, знаково-символическом опосредствовании. Формальные показатели общего и невербального интеллекта у них находятся в пограничной зоне, ВИП может быть в зоне УО, но обычно выше 70. При обследовании отсутствуют явные признаки УО (тугоподвижность, инертность всей системы психической деятельности, невозможность самостоятельных умозаключений, попытки некритичного подражания без понимания смысла выполняемой деятельности и т.п.). Вместе с тем качество выпол-

<sup>1</sup> Смешанный генез отставания (например, минимальная органическая патология, имеющаяся у ребенка с генетически детерминированным невысоким интеллектуальным потенциалом и, кроме того, растущего в условиях социокультурной депривации) обычно приводит к более очевидным проявлениям дефицита познавательных способностей, который будет квалифицироваться как умеренный.

<sup>2</sup> Напомним, что при современном уровне сложности образовательных программ на 4 и 5 учатся только дети, ВИП которых 120 и выше.

нения заданий экспериментально-психологических методик, очевидно, совершенно недостаточное. Практически ни одна не выполняется без помощи, причем периодически требуется множественная операциональная помощь.

В этом случае речь идет уже не о ЗПР, а об ЛПН, которое обычно не может полностью компенсироваться. В то же время определенная компенсация иногда происходит. Мы утверждаем это на основании собственных данных. Преимущественно это наблюдается в случаях, когда социальная ситуация развития ребенка характеризовалась как неблагоприятная, а педагогическая запущенность существенно утяжеляла психологическую картину затруднений. При попадании в благоприятные условия такие дети могли продемонстрировать значительный прогресс в познавательном развитии. Однако затем, после 12 лет, их ограниченный интеллектуальный потенциал вновь становился заметным.

Вместе с тем мы не считаем правомерным полностью исключить возможность положительной динамики, которая тем вероятней, чем меньше требований к скорости усвоения программного материала предъявляется ребенку, чем спокойней относятся к его затруднениям педагоги и родители, чем больше его ресурс позитивного самоотношения. Однако мы полагаем, что обучение по программе общеобразовательной школы совершенно неоправданно. Более того, программа VII вида, которая фактически ничем не отличается от общеобразовательной по логике построения материала, также невыполнима. В этом и заключается основной конфликт. Сейчас, когда нет возможности существенно изменить подход к обучению, детям рекомендуют обучение по программе VII вида, фактически оставляя их без помощи. Нам же представляется, что в этом случае именно первые два года обучения должны быть максимально щадящими, с использованием методов и дидактических приемов олигофренопедагогики. После этого можно делать более надежный вывод об образовательных потребностях ребенка. Если он успешен, то не исключается его обучение по программе VII вида, если нет, то не обязательно констатировать УО, но его образование не может быть цензовым. Полагаем, что решение о смене цензового образования на нецензовое может быть принято и еще один раз, в пятом-шестом классе, когда достигается возраст, однозначно соответствующий появлению возможностей абстрактного мышления.

Не секрет, что школьники, в ходе обследования которых в ПМПК далеко не все данные говорят за УО, нередко отправляются в СКОУ VIII вида «по социальным основаниям». Попав в образовательную среду, адекватную их потребностям, они быстро занимают лидерские позиции. В итоге уровень их психосоциального развития может оказаться выше, чем у тех, кто остался в СКОУ VII вида и тем более в общеобразовательной школе. В подобных случаях выросшие дети стремятся получить доступное им образование. Именно на этом основании мы приходим к выводу о том, что для детей с ЛПН в значительной мере может оказываться адекватной действующая программа СКОУ VIII вида (начальные классы), изучаемая в более быстром темпе, но с апробированной последовательностью изучения тем и разделов. Однако мы считаем, что жесткая связь между диагнозом и доступной образовательной программой неправомерна. Даже обучаясь по программе СКОУ VIII вида, дети с пограничным психическим расстройством церебрально-органического генеза или, чаще, смешанного, «биосоциокультурного» генеза, не должны получать диагноз УО. Особенно очевидным это становится по мере их взросления.

***Выраженный дефицит познавательных способностей*** констатируется в

случаях, когда все показатели формализованной оценки интеллекта оказываются в зоне УО, существенные затруднения обнаруживаются в выполнении практически всех методик, принятии помощи. Опосредствование не просто затруднено, - ребенок не понимает того, что существует связь между средством и познавательной задачей. Например, он может при выполнении пиктограммы изображать что-либо, но рисунок совершенно не выполняет своей функции средства, облегчающего запоминание и т.д. Выраженный дефицит познавательных способностей, по нашему мнению, типичен именно для легкой УО. В этом случае ребенок должен обучаться по программе VIII вида (заметим, что некоторые ее разделы представляются избыточными по отношению к познавательным возможностям и потребностям умственно отсталых детей, необходимо существенно более серьезное внимание к развитию сфер их жизненной компетенции). В то же время представляется целесообразным делать вывод об УО только в очевидных случаях, т. е. при наличии всех признаков олигофренического психопатологического синдрома. Напомним, что легкой УО соответствует IQ от 50 до 70 (в отечественной практике – от 60 до 80). Хотим отметить, что этот показатель достигается за счет невербального интеллекта, ВИП при УО должен, по нашему мнению, быть ниже 70.

При умеренной (F71) и тяжелой (F72) УО о дефиците познавательных способностей уже вообще не упоминается, а фиксируются «стойкое малокорригируемое недоразвитие познавательной деятельности» или «несформированность познавательной деятельности».

Приведем аргументы в пользу новой терминологии, а также включения промежуточной категории ЛПН. В настоящее время «задержкой» называют, в том числе, и состояние, которое не может рассматриваться как временное. Образовательные потребности детей с ЗПР и ЛПН различаются. Вместе с тем разграничительная линия между ними условна, поскольку они развиваются на основе микроорганических повреждений ЦНС. Прогноз же зависит от генетически обусловленного образовательного потенциала, адекватности обучения, общей социокультурной ситуации. Вместе с тем прогноз всегда относителен, поэтому для уменьшения числа диагностических ошибок мы полагаем целесообразным сделать определение образовательных потребностей динамическим. Хотим также отметить, что ни ЗПР, ни ЛПН в МКБ-10 не присутствуют, поэтому эти наименования следует рассматривать как психолого-педагогические обозначения расстройств, относящихся к классам F8 и F9.

Используемая нами терминология согласуется с принятой в мировой практике, когда УО характеризуется как состояние с существенным недостатком когнитивных, речевых, моторных и социальных способностей, поэтому пограничные психические расстройства, сопряженные с трудностями обучения, можно рассматривать в той же логике.

Отсюда конвенциональным решением может быть обозначение ЛПН наименованием «устойчивый умеренный дефицит познавательных способностей», а УО – «стойкий выраженный дефицит познавательных способностей».

Напомним, что одной из причин неудовлетворенности используемым на протяжении десятилетий определением УО, предложенным С.Я. Рубинштейн, стало, по мнению И.А. Коробейникова [3], игнорирование такого важного момента, как сопутствующее недоразвитие личности, которое вкупе с описанными выше недостатками познавательной деятельности и порождает существенные трудности социализации.

В основе предлагаемой новой типологии лежит определение дефицита социальных способностей. При ЗПР, ЛПН и УО отставание в личностном развитии является неизменным атрибутом. Однако из этого не следует, что социальная норма будет грубо нарушаться. Отклонения в формировании личности равнозначны проявлениям дефицита социальных способностей. Следовательно, основанием для его констатации будут служить обнаруживаемые у школьника дизадаптивные личностные черты или нарушения поведения.

Полагаем, что в формулировке функционального диагноза могут звучать два варианта указаний такого рода: недоразвитие (отставание) в становлении личности и отклонение в формировании личности. Первое фиксируется при отсутствии или выраженной неполноценности необходимых для социализации психологических новообразований, которые должны отчетливо проявляться у ребенка определенного возраста, свидетельствуя о нормативном протекании процесса взросления.

Таким образом, формулировка психологического диагноза при первичном определении образовательных потребностей будет констатировать состояние ребенка на момент начала оказания систематической коррекционной помощи.

Чтобы не пользоваться деонтологически некорректными определениями ЗПР и ЛПН предлагаем аналоги. ЗПР - отставание в становлении познавательной деятельности с легким дефицитом познавательных способностей, ЛПН - с устойчивым умеренным дефицитом познавательных способностей, легкая УО – со стойким выраженным дефицитом познавательных способностей.

Функциональный диагноз для организации сопровождения (вне системы коррекционного обучения) или коррекционно-развивающей и психокоррекционной работы в СКОУ должен быть существенно более развернут. Он включает указания на степень адаптированности.

Должны приниматься во внимание несколько сфер социальной (жизненной) компетентности:

- сфера житейской компетентности (бытовые навыки, СБО, трудовые навыки);
- сфера коммуникативной компетентности (отношения со взрослыми и сверстниками);
- сфера учебной и учебно-трудовой деятельности (отношение к учебе и труду);
- сфера социальной приспособленности (соблюдение дисциплинарных требований, речевая коммуникация, умение себя вести).

Соответственно, социопсихологическая адаптированность может быть хорошей, условно достаточной, недостаточной, низкой или же речь пойдет о дизадаптации. Последняя констатируется в случае девиантного поведения и грубого игнорирования социальных норм (отказ от посещения школы, бродяжничество, алкоголизация, токсикомания, наркомания, сексуально распущенное поведение и т. п.).

Затем определяется психологический тип. Соответственно, используются определения, характеризующие познавательную сферу. Указываются ведущие проблемы, например, «нарушения произвольной регуляции поведения», «произвольной регуляции деятельности» и т. п. Дефицит социальных способностей констатируется, как было сказано, указанием на отставание или отклонения в формировании личности.

Диагноз уточняется указаниями на индивидуальные проблемы ребенка, выражающиеся в дисфункциях и эмоциональном неблагополучии. Чаще всего при этом фиксируются нуждающиеся в специальной коррекции нарушения ра-



ботоспособности (с низким уровнем работоспособности, высокой истощаемостью); двигательные нарушения (с нарушениями общей координации движений, нарушениями мелкой моторики, зрительно-моторной координации); речевые нарушения (с нарушениями произносительной стороны речи, проявлениями фонетико-фонематического недоразвития, общего недоразвития речи, системного недоразвития речи; эмоциональные нарушения).

О последних следует сказать немного подробнее. Выраженное эмоциональное неблагополучие может заключаться в проявлениях личностной тревожности (хотя в случае интеллектуальной недостаточности правильнее говорить об эмоциональной напряженности), демонстративности, агрессивного поведения, аутистических черт, астенических черт и т. д.

Итак, на основании всего вышеизложенного мы предлагаем строить тезаурус психологических диагнозов.

Изменение функционального диагноза, свидетельствующее об улучшении состояния школьника, будет доказывать эффективность проводимой коррекционно-развивающей и психокоррекционной работы (психолого-педагогического сопровождения).

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Горюнова Н.Б., Дружинин В.Н. Операциональные дескрипторы ресурсной модели общего интеллекта // Психол. журн., 2000, т. 21, № 4. - С. 57-64.

2. Горюнова Н.Б., Дружинин В.Н. Операциональные дескрипторы когнитивного ресурса и продуктивность решения тестовых задач и задач головоломок // Психол. журн., 2001, т. 22, № 4. - С. 21-29.

3. Коробейников И.А. Нарушения развития и социальная адаптация. - М.: ПЕРСЭ, 2002. - 192 с.

## АРХИВ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ, ПСИХОЛОГИИ, СОЦИАЛЬНОЙ И КОРРЕКЦИОННОЙ ПЕДАГОГИКИ



**Н.В.Зверева**

**СУСАННА ЯКОВЛЕВНА РУБИНШТЕЙН.**

**ПАМЯТЬ УЧЕНИКОВ**

(к 100-летию со дня рождения)

**НЦ психического здоровья РАМН, Московский городской психолого-педагогический университет (Москва).**

Отечественные клинические и медицинские психологи, выпускники факультета психологии МГУ имени М.В. Ломоносова 1960-80-х годов хранят в своей памяти воспоминания об Учителе, беззаветно служившем делу развития науки и практики медицинской психологии, которого слушали как классика и смотрели с придыханием, по воспоминаниям А.Б. Холмогоровой.<sup>1</sup> Отечественные де-

фектологи и специальные психологи, выпускники примерно тех же лет, также благодарны своему Учителю, направлявшему их в сложном хитросплетении подходов к аномальному ребенку, на ее лекциях нельзя было даже на секунды отвести от нее глаза, иначе мимо тебя пройдет что-то очень важное, глубинное, то, что выстраивает в тебе человека, как вспоминает Р. Хейфец.<sup>2</sup> Имя этого Учителя – Сусанна Яковлевна Рубинштейн.

Третьего июня 2011<sup>3</sup> года исполнилось 100 лет со дня рождения С.Я. Рубинштейн, выдающегося отечественного психолога, одного из создателей московской школы патопсихологии. Верная подруга и соратница Блюмы Вульфовой Зейгарник, Сусанна Яковлевна оставила научное наследие, которое составляет золотой фонд отечественной психологической науки. Многие современные медицинские (клинические) психологи-практики применяют методический инструментарий, предложенный С.Я. Рубинштейн, а ее труды по психологии аномального ребенка не утратили своей актуальности по настоящее время. Отдельно следует сказать о роли С.Я. Рубинштейн в разработке методологического, методического и научного аспектов медицинской психологии, прежде всего патопсихологии. До настоящего времени не существует единого глоссария методик, используемых в патопсихологии, и руководство С.Я. Рубинштейн «Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения в клинике» является одним из базовых пособий в практической деятельности специалистов многих клиник страны.

Личная и научная биографии С.Я. Рубинштейн отражают бурную хронику XX века в России. Родилась С.Я. Рубинштейн в Одессе, в еврейской семье. Ее

<sup>1</sup> Из воспоминаний на конференции к 100-летию С.Я. Рубинштейн. – М., 23 сентября 2011.

<sup>2</sup> Там же (см. отчет о конференции в журнале Медицинская психология в России, 2012, № 1).

<sup>3</sup> Дочь С.Я. Рубинштейн, Ю.С. Ким-Рубинштейн, в частной беседе с автором статьи отмечала, что точный год рождения ее матери не установлен; в некоторых документах и семейных преданиях это 1912 год.

мать отличалась строгим характером и была одной из первых женщин-преподавателей математики в мужской гимназии, отец работал в юридической сфере. К сожалению, подробных сведений о семье, равно как и подробной биографии самой С.Я. Рубинштейн не сохранилось. Известно, что девушка из еврейской одесской семьи отправилась на учебу в Москву. В 1932 г. она закончила педагогический факультет II МГУ. Интересуясь наукой, она еще в студенчестве обратила на себя внимание А.Н. Леонтьева и принимала участие в его опытах по неспецифической чувствительности (кожной чувствительности к свету). Девушка получила высокую оценку со стороны специалистов как тонкий и наблюдательный психолог-экспериментатор. Вся ее дальнейшая жизнь была связана с психологией, ее наукой и практикой. В середине 30-х гг. она трудилась вместе с группой психологов над разработкой основ профотбора и профориентации. В 1938 г. Сусанна Яковлевна поступает в аспирантуру Всесоюзного института экспериментальной медицины, где ее руководителем становится А.Р. Лурия. Об этом периоде работы и жизни С.Я. Рубинштейн известно немного, в ту пору в данном учреждении работали Л.И. Божович, Л.С. Славина, Б.В. Зейгарник, Г.В. Биренбаум, П.Я. Гальперин и другие известные впоследствии специалисты.

Когда началась Великая Отечественная война, Сусанна Яковлевна вместе с группой психологов приступила к работе в нейрохирургическом госпитале № 3120 в Челябинской области. Практическая и одновременно научная работа по восстановлению трудоспособности раненых военнослужащих с тяжелыми черепно-мозговыми ранениями велась выдающимися психологами, среди которых А.В. Запорожец, С.Г. Геллерштейн, Э.С. Бейн и др. Сотрудничество С.Я. Рубинштейн с плеядой выдающихся психологов было продолжено в мирное время, а опыт военного времени был обобщен в ее кандидатской диссертации «Восстановление трудоспособности у больных с военной травмой мозга» (1945).

Судьба С.Я. Рубинштейн с 1946 года тесно связана с патопсихологией. Она начинает работать в лаборатории патопсихологии НИИ судебной психиатрии им. В.П. Сербского. Сложнейшие вопросы, связанные с поиском и обоснованием подходов к изучению психологических механизмов психопатологического симптомообразования, были поставлены С.Я. Рубинштейн. Ею было начато, а затем продолжено в НИИ психиатрии МЗ РСФСР исследование обманов слуха и слуховых галлюцинаций. Это исследование является собой блестящий образец экспериментального исследования психологических основ обманов восприятия у больных с разными формами психической патологии. Лишь многие годы спустя, в 1972 г., эти материалы были обобщены и защищены в докторской диссертации С.Я. Рубинштейн «Экспериментально-психологическое исследование слуховых иллюзий, галлюцинаций», а также представлены в двух монографиях: «Патология слухового восприятия» (1976) и «Обманы слуха» (1977).

Значительная часть научной жизни С.Я. Рубинштейн с 1957 по 1979 г. связана с Московским НИИ психиатрии МЗ РСФСР. Многие годы С.Я. Рубинштейн и Б.В. Зейгарник, руководитель лаборатории патопсихологии, вели разработку теоретических, методологических и практических основ патопсихологии как самостоятельной отрасли психологии. Научно-исследовательская работа Сусанны Яковлевны всегда сочеталась с практической деятельностью по созданию психологической службы в психиатрии и подготовке соответствующих кадров. Итоги научных исследований Сусанны Яковлевны были широко известны. Материалы патопсихологического исследования распада и недораз-

вития навыков у психически больных в контексте их трудовой деятельности были доложены на состоявшемся в 1966 г. 18 Международном психологическом конгрессе в г. Москве.

Бурное развитие медицинской психологии, и прежде всего патопсихологии, во второй половине XX века в СССР было, несомненно, связано с деятельностью С.Я. Рубинштейн и Б.В. Зейгарник. В 60-70-е гг. в Москве регулярно проводились обучающие семинары для молодых специалистов, научно-практические конференции по ключевым вопросам патопсихологии, издавались сборники научно-практических работ по психологии, автором и редактором большинства из которых неизменно были С.Я. Рубинштейн и Б.В. Зейгарник. Так, в 1965 г. в сборнике «Вопросы патопсихологии» были напечатаны работы С.Я. Рубинштейн «Использование экспериментального метода для изучения психопатологических явлений» и «Исследование распада навыков у психически больных позднего возраста»; в 1970 г. в сборнике «Вопросы патопсихологии» была напечатана статья С.Я. Рубинштейн «Теории развития и принципы экспериментального исследования умственно отсталых детей». В 1973 г. проведена конференция «Проблемы патопсихологии», и снова С.Я. Рубинштейн в редакционной коллегии и среди авторов, ее публикация «О причинности психопатологических явлений» продолжала ряд работ по методологии патопсихологии и конкретным патопсихологическим исследованиям. Участниками проводимых вместе с Б.В. Зейгарник семинаров по повышению квалификации специалистов - фактическими прообразами современных мастер-классов, были выпускники дефектологического факультета МГПИ и психологического ф-та МГУ, медицинские психологи-практики со всего Советского Союза - те, кто работал психологом в психиатрических учреждениях<sup>4</sup>.

Период работы в Московском НИИ психиатрии оказался для С.Я. Рубинштейн плодотворным. Именно здесь она создала свой основной методический труд – пособие для практических медицинских психологов «Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения в клинике (практическое руководство)» (1970). Работа над книгой была начата еще в 1962 г., когда были издано методическое письмо с аналогичным названием, позднее, в 1966 г. были выпущены методические рекомендации, и только в 1970 г. вышла книга. В нее вошли все основные используемые в то время для патопсихологической диагностики методики, в том числе и теперь знаменитая методика самооценки Дембо-Рубинштейн. Пособие до сих пор остается наиболее полным собранием патопсихологических методик для традиционного «качественного» патопсихологического диагностического обследования. Многие поколения отечественных патопсихологов выросли на этой книге. С.Я. Рубинштейн всегда была на переднем крае науки и практики, который сама же во многом и определяла. Про пособие 1970 г. С.Я. Рубинштейн уже в конце своего жизненного пути говорила, что необходим пересмотр данного набора методик, поскольку многое устарело, надо модифицировать, нужны новые нормативы. До конца 1980-х гг. она активно работала над новым изданием, привлекая в данной работе своих коллег. К сожалению, работа оказалась незавершенной и не увидела свет. Тем не менее, можно с уверенностью считать, что книга «Экспериментальные методики патопсихологии...» входит в золотой фонд отечественной психологии, в ряде

<sup>4</sup> Об этом с теплом вспоминала на конференции к 100-летию С.Я. Рубинштейн участница событий Э.С. Мандрусова.

клиник она и по сей день служит прямым руководством к действию. По мнению В.Н. Краснова, С.Я.Рубинштейн провела масштабную инструментальную разработку в патопсихологии, а также соотнесение данных патопсихологической диагностики с конкретными клиническими формами заболевания.

Судьба С.Я. Рубинштейн – судьба российского интеллигента-бессребреника, человека, всю жизнь отдавшего служению любимому делу, любимой науке. Сусанна Яковлевна внесла значительный вклад в психологию аномального развития, ее лекции, статьи, монография служат серьезным подспорьем в обучении специалистов до настоящего времени. Книга «Психология умственно отсталого школьника» до сих пор востребована среди специалистов. Многие из начинаний Сусанны Яковлевны еще ждут своих продолжателей.

Сусанна Яковлевна была прекрасной подругой, о взаимной дружбе и поддержке С.Я. Рубинштейн и Б.В. Зейгарник уже складываются современные легенды. Некоторые из них мы услышали на конференции к 100-летию со дня рождения С.Я. Рубинштейн, организованной МГППУ.

Конференция «Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения», состоявшаяся в сентябре 2011 г. в МГППУ и посвященная столетнему юбилею С.Я.Рубинштейн, привлекла внимание специалистов к истории и достижениям отечественной патопсихологии. Кроме того, на конференции были освещены проблемы современной диагностики в клинической психологии, прежде всего возможность оптимального применения количественного и качественного анализа имеющихся средств диагностики, поставлены вопросы об унификации или, напротив, дальнейшей индивидуализации средств диагностики под различные задачи клинической психологии (диагностические, динамического наблюдения и др.), в том числе в мультидисциплинарных исследованиях. В резолюции конференции было отмечено, что важным направлением является укрепление интереса к научной истории отечественной клинической психологии и патопсихологии. Существенный вопрос об обучении специалистов и повышении квалификации в области патопсихологической диагностики также не остался без внимания участников конференции. Было отмечено значение наследия С.Я. Рубинштейн для современной клинической и специальной психологии.

Все собравшиеся участники с интересом выслушали воспоминания о С.Я. Рубинштейн из уст ее коллег, учеников, бывших студентов. В воспоминаниях отражен и яркий твердый характер, внимание к ученикам, беззаветное служение делу, «безбытность» и определенный аскетизм Сусанны Яковлевны. Новые штрихи к дружбе С.Я. Рубинштейн и Б.В. Зейгарник были отмечены в выступлении В.А. Зейгарника. Прозвучали и теплые слова благодарности от Б.С. Братуся, В.В. Николаевой, В.В. Гульдана, Э.С. Мандрусовой и др. Была дана оценка вклада С.Я. Рубинштейн в развитие отечественной патопсихологии, особенно ее московской школы. Неизвестные широкому кругу специалистов заслуги С.Я. Рубинштейн перед отечественной наукой в области не только медицинской, но и инженерной психологии были освещены в выступлении Ю.М. Забродина. В докладах на секциях и на круглом столе участники поделились новыми экспериментальными исследованиями и методиками. Жизнь в XX в. в СССР не обходилась без научной борьбы, в частности, острых дискуссий между Ленинградской и Московской школами психологии. Участвуя в них целостно и, может быть, даже истово, С.Я. Рубинштейн вместе с Б.В. Зейгарник способствовали развитию всех направлений медицинской психологии, эта культура дискуссий также воспитывала учеников.

Фигура С.Я. Рубинштейн во многом была неординарной для психологии, тем более для клинической психологии. Следует отметить ее выдающийся вклад в организацию науки, в развитие прикладных аспектов, в ее живое практическое воплощение в деятельности отечественных клинических (медицинских) психологов.

Как отметил А.С. Тиганов, С.Я. Рубинштейн сотрудничала с выдающимися психологами и психиатрами своего времени. Ее научная деятельность была хорошо известна и высоко оценена как в нашей стране, так и за ее пределами. Психиатры и психологи хорошо помнят ее яркие убедительные выступления, посвященные принципиальным проблемам психологии и психиатрии, ее непримиримость к поверхностным и умозрительным суждениям. Имя С.Я. Рубинштейн, как и имена А.Н. Леонтьева, А.В. Запорожца и Б.В. Зейгарник, навсегда связано со значительными успехами в области психологии и психиатрии.

Во вступительном слове к материалам конференции В.Н. Краснов отметил, что сложившаяся система экспериментально-психологических методов остается неотъемлемой частью диагностики, контроля терапии и прогноза психических расстройств. Это позволяет сохранить целостность понимания биопсихосоциальной сущности человека не как декларацию, а как реальную совокупность сложных механизмов болезни и компенсаторных возможностей личности.

С.Я. Рубинштейн ушла из жизни в 1990 г. Ушла тихо, непомпезно, оставив осиротевших учеников с желанием продолжать работать на благо отечественной науки.

С.Я. Рубинштейн является одной из ключевых фигур в отечественной экспериментальной патопсихологии. Память учеников, дань уважения к ее опыту и заслугам еще не раз соберут вокруг ее имени учеников, слушателей, последователей.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Диагностика в медицинской психологии: традиции и перспективы. Коллективная монография / ред. Н.В. Зверева, И.Ф. Рощина, С.Н. Ениколопо. – М., 2011.

2. Зверева Н.В. Сусанна Яковлевна Рубинштейн (1911-1990): служение делу (к 100-летию со дня рождения). [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2012. № 1. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (дата обращения: 28.05.12 г.)

3. Николаева В.В. С.Я. Рубинштейн: о вкладе в развитие патопсихологии. – Клиническая и специальная психология, №1 2012 (электронное издание)

4. Рубинштейн С.Я. Психология умственно отсталого школьника. - М.: Просвещение, 1986.

5. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения в клинике. - М.: Медицина, 1970.

6. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения. Материалы Всероссийской юбилейной научно-практической конференции. Москва, 23 сентября 2011 г. /под ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Рощиной, С.Н. Ениколопова. – М., 2011.

---

**КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ**

---

**Н.П. Иванова, О.В. Заводилкина**

**СЕМЕЙНОЕ НЕБЛАГОПОЛУЧИЕ КАК ФАКТОР ДЕТСКИХ ДЕВИАЦИЙ**  
**Институт семьи и воспитания РАО (Москва).**

Понятие «дети риска», или «дети группы риска» в последние годы получило широкое распространение для обозначения целого ряда социальных явлений, принципиально отличающихся по своему происхождению, но при этом объединяемых в одну категорию общей для всех сущностной характеристикой.

Особую важность приобретает проблема защиты детей, проживающих в своих семьях. Детское неблагополучие в семье сегодня приобретает огромные размеры, причем именно оно лежит в основе социальных аномалий детства. Наибольшей опасности подвергаются маленькие дети в силу того, что не могут сами защитить себя. Чаще всего они испытывают жестокое отношение и даже насилие долгие годы, пока положение не станет очевидным или сам подросток не уйдет из дома, чтобы не подвергаться насилию. Оказываемая помощь должна быть максимально направлена на «спасение ребенка», сохранение для ребенка семьи, развитие ответственности родителей за судьбу ребенка, партнерских отношений между семьей и обществом.

Ученые выделяют три группы причин неблагополучия в семье, негативно воздействующих на ребенка:

- кризисные явления в социально-экономической сфере (падение жизненного уровня и ухудшение условий содержания детей; сокращение социальной инфраструктуры детства и резкое снижение уровня социальных гарантий для детей в жизненно важных сферах духовного и физического развития; нерешенная жилищная проблема; дистанцирование школы от детей с трудными судьбами; влияние асоциальных криминальных групп в микросреде.).

- причины психолого-педагогического свойства, связанные с внутрисемейными отношениями и воспитанием детей в семье, самоустранение родителей от воспитания, пренебрежение потребностями детей и др.

- причины биологического характера (физически или психически больные родители, дурная наследственность, наличие в семье детей с недостатками развития или детей-инвалидов).

Острый социальный кризис в нашей стране отразился не только на социальном, но и на нравственном здоровье семьи как института естественной биологической и социальной защиты ребенка. Потенциальные возможности семьи, ее жизнедеятельность, ценностные ориентации и социальные установки, отношение к образованию и воспитанию детей претерпевают серьезные трансформации. Наиболее острые социальные проблемы современной семьи обусловлены расслоением общества; ростом безработицы; вынужденной миграцией; другими причинами. Определяющими причинами благополучия или неблагополучия семьи сегодня являются экономические: при этом страдают семьи, чьи материальные условия (доход, жилье, благоустроенность) не соответствуют современному уровню. Это в первую очередь неполные, многодетные семьи, семьи беженцев и др.

Кроме структуры и материального благосостояния значительную роль игра-

ет морально-нравственное состояние семьи, личностные характеристики родителей (социальный статус, уровень образования, культура, ориентации и установки на воспитание и образование детей), а также психологический климат в семье.

В литературе, посвященной благополучной социализации детей, достаточно часто встречаются указания на то, что родители передают своим детям собственные духовные ценности (стремление к познанию, творчеству, самосовершенствованию и радости от этого), формируя таким образом у детей соответствующие ценностные ориентации, которые позволяют последним самостоятельно двигаться в социально одобряемом направлении. И, наоборот, в литературе, посвященной девиантному поведению детей, часто встречаются указания на то, что духовные ценностные ориентации не играют большой роли в жизни родителей, а характер общения в семье таков, что передача духовных ценностей от родителей к детям практически исключается.

Сегодня важнейшим и, может быть, единственным путем профилактики сиротства является работа с семьями, в которых длительное время существуют конфликтные отношения, где нарастает отчуждение между родителями и ребенком, возникают побег и правонарушения, отсутствует должный родительский контроль, где практикуются насилие и тяжелое пьянство. Но фактическое положение говорит о том, что работа с семьей очень часто начинается лишь тогда, когда семья демонстрирует собственный распад, где ей помочь практически невозможно, или на это уходит много времени (годы). Меры, применяемые здесь, санкции - это лишение родительских прав и помещение ребенка в детский дом или другие детские учреждения. Способ подхода к семье основывается в поиске причин: «почему семья не справляется?», которые практической пользы для помощи этой семье ничего не дают. В этих условиях такой подход может быть эффективен лишь в качестве санкций, и польза от него низка.

Что же отличает эти семьи от других? Самыми яркими характеристиками такой семьи являются пассивность, ограничение контактов с окружающим социумом, отсутствие семейных мотивов к достижению социально одобряемых целей, страх и неумение выражать свои чувства, высказать свои проблемы и потребности. Чаще всего такие семьи рассматривают свои проблемы как слабости, при возникновении проблем обычно находят наиболее простой вариант - проявление открытой агрессии.

У членов таких семей отсутствует самокритика, они не склонны раздумывать на тему «кто виноват», не принимают ответственность за свою жизнь, а также за жизнь других членов семьи, у них слабое общение, сильная эмоциональная закрытость, недостаток внимания (или агрессия) по отношению к детям вплоть до жестокого обращения или пренебрежения их интересами.

Психологическая атмосфера неблагополучной семьи неизбежно вызывает у ребенка эмоционально заостренные и существенные для него переживания, с которыми он не может справиться из-за возрастной незрелости психики, интенсивности психотравмирующих воздействий или неразрешимых обстоятельств.

Неблагополучные семьи формируют детей по своему образу и подобию. Так, для детей, растущих в конфликтных семьях, характерен чрезвычайно широкий спектр аномалий в поведении, вплоть до выраженных форм криминогенного характера. Для подростков из неблагополучных семей криминальный риск возрастает в 4—5 раз по сравнению со сверстниками из обычных семей. Социальное и семейное неблагополучие приводит к ранней алкоголизации, наркомании и токсикомании, бегству из дома и бродяжничеству, суициду, про-



ституции, разного рода правонарушениям.

О дисфункциях социализации в российской семье свидетельствует огромное и постоянно растущее число социальных сирот, из которых одни оказались брошенными своими родителями, а другие сами ушли из семьи, вынужденные к этому семейным насилием, алкоголизмом родителей, сексуальными домогательствами. Несмотря на то что в период с 2006 по 2010 гг. сократилась общая численность учтенных детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, и количество таких детей, выявляемых в течение года, в тот же момент значительно увеличилось количество детей, отобранных у родителей без лишения их родительских прав либо с лишением родительских прав, и число удовлетворенных исков о лишении родительских прав.

Серьезную опасность для общества представляет традиционно терпимое отношение к фактам насилия «за закрытой дверью», малая доля гласности в освещении таких фактов, слабость правовой базы борьбы с насилием в семье. В таком случае воспроизводство насилия из поколения в поколение обусловлено стойкими деформациями в процессе социализации, приводящими к формированию специфически девиантных личностных характеристик. Такие характеристики личности, в свою очередь, обуславливают патологии внутрисемейных отношений, связанные с применением насилия. К развитию патологических силовых форм взаимоотношений в семье приводит снижение общего культурного уровня, в том числе и уровня культуры взаимоотношений и бедность большинства семей. По данным 2009 г., расходы на конечное потребление в среднем на члена семьи, в которой воспитывается более 4 детей, составляют 36% аналогичных расходов семьи, в которой воспитывается один ребенок и 25% расходов семьи без детей. Половина этих расходов уходит на питание [4].

Разрушение стойких эмоциональных контактов с постоянными лицами - уникальных отношений любви, близости, родства, привязанности, характерных исключительно для семьи и тем самым отличающих ее от других институтов социализации, - неизбежно влечет за собой искажение социальных стереотипов поведения в семье, которые ребенок «перенесет» во взрослую жизнь. С большой долей вероятности можно прогнозировать, что такой ребенок во взрослом состоянии с трудом будет создавать гармоничную устойчивую семью. По данным исследований педагогов и психологов, дети, воспитанные в конфликтной семье, оказываются плохо подготовленными к семейной жизни; браки, заключенные выходцами из таких семей, распадаются значительно чаще [2].

И, тем не менее, очень важно сделать все возможное, чтобы сохранить ребенка его родителей, семью. Практики, работающие в детских домах, знают, что кровная семья - «фантомная боль» для ребенка, сложные чувства к кровному родителю могут препятствовать формированию у ребенка новой привязанности к воспитателям, когда ребенка изымают из семьи, у него «теряется» основа, его прошлое, принадлежность кому-то, если ребенок знает о существовании кровного родителя, но не имеет возможности общаться с ним, у него может возникать либо чрезмерно идеализированный образ родителя, либо образ «родителя-монстра».

Каковы отличительные характеристики таких семей? Зарубежные ученые выделяют две группы таких семей по их семейным особенностям и ресурсам: семьи, поддающиеся изменениям и не поддающиеся изменениям [3].

## СЕМЬИ, ПОДДАЮЩИЕСЯ ИЗМЕНЕНИЯМ

Семейные проблемы и условия	Семейные особенности и ресурсы
<ul style="list-style-type: none"> <li>· заниженная самооценка</li> <li>· внутренние конфликты</li> <li>· отсутствие необходимых для родителей знаний</li> <li>· отрицание (и другие средства защиты)</li> <li>· неверное распределение ролей в семье</li> <li>· дисфункциональные семейные отношения</li> <li>· хронические проблемы со здоровьем</li> <li>· неумение сдерживать импульсы</li> <li>· серьезные перебранки</li> <li>· неумение контролировать стрессы</li> <li>· зависимость</li> <li>· неумение сдерживать импульсы</li> <li>· постоянные перебранки</li> <li>· неумение решать проблемы</li> <li>· неадекватное обустройство жизни</li> <li>· неэффективное общение</li> <li>· тревога</li> <li>· потеря близких</li> <li>· асоциальность</li> <li>· гнев, раздражительность</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· осознание себя как семьи и желание быть вместе</li> <li>· понимание, что жизнь может быть лучшей или другой, видение будущего и возможностей</li> <li>· достаточная способность к обучению, участию в решении проблем, приобретению навыков элементарного анализа</li> <li>· мотивация к изменениям, чувство надежды</li> <li>· открытость или готовность к переменам</li> <li>· открытость социальному работнику и способность к доверию</li> <li>· открытость и способность участвовать в отношениях, потребность в них</li> <li>· взаимное осознание (и семьей, и социальным работником) необходимости изменений; совместно разработанный и принятый семьей план достижения изменений</li> </ul>

## СЕМЬИ, НЕ ПОДДАЮЩИЕСЯ ИЗМЕНЕНИЯМ

Личные качества родителей	Выполнение родительских обязанностей
<p>тяжелые посягательства, испытанные родителями в детстве</p> <p>настойчивое противодействие и злоупотребление властью</p> <p>серьезные личностные нарушения (психопатия; тяжелая неадекватность личности)</p> <p>умственная отсталость в совокупности с личностными нарушениями</p> <p>психопатические родители с маниями относительно детей</p> <p>постоянная алкогольная или наркотическая зависимость</p> <p>постоянные порывы сексуальных фантазий (в случаях сексуальных посягательств)</p>	<p>отсутствие понимания ребенка</p> <p>неспособность рассматривать потребности ребенка в отрыве от своих собственных</p> <p>ребенок представляется имеющим те же, что и родители, сексуальные потребности и желания</p>
Обстоятельства, связанные с нанесением вреда	Опасность
<p>переломы, ожоги, ошпаривание</p> <p>длительное сокрытие подобных случаев</p> <p>преднамеренные пытки и причинение сильной боли</p> <p>преднамеренное отравление</p> <p>неспособность хоть как-то наладить жизнь</p> <p>вагинальные сношения или сексуальный садизм</p>	<p>насильственные действия в прошлом, число которых возрастает</p> <p>определенная степень садизма и сексуальных отклонений</p> <p>злоупотребление наркотиками или токсичными веществами в момент насильственных действий и степень зависимости в данное время</p>
<p>маньяки</p> <p>криминальное безумие</p> <p>педофилия</p>	<p>Личностные нарушения</p> <p>шизоидный тип в связи со всеобщим безразличием</p> <p>антисоциальная личность, полностью игнорирующая окружающих</p>

В российской литературе к основным криминогенным факторам семей, негативно влияющим на поведение несовершеннолетних относятся:

*Воспитание детей в неполной семье, одним родителем.* Если в 1990 г. свыше 60% несовершеннолетних преступников воспитывались в полной семье, то в 2009 г. – менее половины.

*Наличие в семье судимых родственников.* Половина юношей и три четверти девушек, попавшие в места лишения свободы, имели ранее судимых близких родственников. Количество несовершеннолетних преступников, имеющих ранее судимых родственников, возросло почти в 2 раза.

*Злоупотребления в семье спиртными напитками взрослыми членами семьи, скандалы драки.* 34,5% опрошенных подростков, совершивших преступления, считают обстановку в семье неблагоприятной. Количество таких семей также увеличилось с 21,4% в 1991 г. до 34,3% в 2009 г. В 3 раза к 2009 г. выросло количество несовершеннолетних преступников, чьи родители лишены родительских прав или ограничены в дееспособности (с 1,8% до 5,4%)

*Тяжелое материальное положение, плохие жилищные условия семей, отсутствие отдельной комнаты у детей, нужда в питании и одежде.* В среднем 54,1% семей испытывали нужду в питании и одежде. Более чем в 3 раза выросла доля несовершеннолетних преступников, проживающих в смежной квартире, общежитии: с 3,7% до 11,4%. Основной целью совершения преступлений является приобретение денег, вещей, это отметили 68,1% опрошенных несовершеннолетних преступников. Примечательно, что доля преступлений, совершенных с корыстной мотивацией, постоянно увеличивается Месть, зависть, ревность, повышение авторитета могут побудить к совершению преступления всего от 1,1% (ревность) до 11,7% (повышение авторитета) несовершеннолетних.

*Правовой нигилизм родителей, их низкая правовая культура.* Более четверти родителей несовершеннолетних преступников (26,1%) или оправдывают своих детей или не дают им никакой оценки.

*Неблагоприятный эмоциональный фон в семье, грубость, жестокость, насилие.* В последнее десятилетие в семьях, где воспитывались несовершеннолетние преступники, значительно увеличилась требовательность к подростку со стороны родителей (рост – от 8% опрошенных подростков до 39%) на фоне возросшего безразличия и снижения проявлений доброты (уменьшение с 71,9% до 35,6% [1]).

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Лелеков В.А., Кошелева Е.В. Влияние семьи на преступность несовершеннолетних // Социологические исследования, 2006, № 9. - С.103-113.

2. Муякина Е.А., Максименко Н.А. Негативные факторы формирования личности в семье - <http://pn.pglu.ru>

3. Терновская М.Ф., А.З. Дзугаева, Н.П. Иванова, В.И. Лопатина. Новая модель организации работы органов опеки и попечительства над детьми и модель образовательного учреждения нового типа. Выпуск 1. — М.: Квадрум, 2002. — 168 с.

4. <http://www.gsk.ru>

## АГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ДЕТЕЙ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ

НЦ психического здоровья РАМН (Москва).

Повышенная агрессивность детей является одной из наиболее острых проблем не только для врачей, педагогов и психологов, но и для общества в целом. Никакое другое поведение так не раздражает взрослых и не дизадаптирует детей, как агрессивное, и относится к тем немногим состояниям, когда родители стараются привести ребенка к специалисту как можно раньше. Агрессивность проявляется в широком диапазоне - от резких высказываний до физических действий, являя собой тот редкий случай, когда агрессивный ребенок вызывает вместо сочувствия всеобщее раздражение и нередко ответную агрессию со стороны взрослых. Агрессия может проявляться как в виде агрессивного настроения, так и непосредственно в агрессивных действиях. Это одна из форм реагирования на различные неблагоприятные в физическом и психологическом отношении жизненные ситуации<sup>1</sup>.

*Основными причинами детской агрессивности* принято считать стремление привлечь к себе внимание взрослых и сверстников, потребность быть главным, желание получить необходимый результат, защита и месть, а также ущемление достоинства другого с целью подчеркнуть свое превосходство.

*Среди психологических особенностей*, провоцирующих агрессивное поведение детей, обычно выделяют:

- недостаточное развитие интеллекта и коммуникативных навыков;
- сниженный уровень саморегуляции;
- неразвитость игровой деятельности;
- сниженную самооценку;
- нарушения в отношениях со взрослыми и сверстниками;
- повышенную возбудимость вследствие различных причин (травмы, болезни).

В большинстве случаев агрессивные действия детей имеют неструктивный инструментальный и реактивный характер. Проявления агрессивного поведения чаще наблюдаются в ситуациях защиты своих интересов и отстаивания своего превосходства, когда агрессия используется как средство достижения определенной цели.

*Особенности агрессии детей и подростков:*

1. Жертвами агрессии становятся близкие люди - родные, друзья и др. Такие действия направлены на разрыв кровных связей - жизненной основы существования ребенка.

2. Далеко не все агрессивные дети воспитываются в неблагополучных семьях, многие, наоборот, имеют весьма состоятельных и заботливых родителей.

3. Агрессия часто возникает без реального повода.

4. Максимальное удовлетворение дети испытывают при получении желаемого результата - будь то внимание сверстников или привлекательная игрушка, после чего агрессивные действия прекращаются.

Агрессивное поведение детей, страдающих тяжелыми соматическими забо-

<sup>1</sup> Бреслав Г.Э. «Особенности проявления детской агрессивности» - [http://adalin.mospsy.ru/1\\_02\\_00/1\\_02\\_09a.shtml](http://adalin.mospsy.ru/1_02_00/1_02_09a.shtml)

леваниями, в том числе онкологическими, приобретает особую значимость, поскольку затрудняет адаптацию в ходе длительного лечения онкозаболеваний. Оно обращает на себя внимание врачей онкологов и является частой жалобой родителей. Помимо этого агрессия может сохраняться и вне больничных условий.

*Материалы и методы исследования:*

Нами, в отделе по изучению проблем подростковой психиатрии под руководством Н.А. Мазаевой, было проведено клиническое обследование 143 пациентов, проходивших стационарное и амбулаторное лечение в НИИ детской онкологии и гематологии РОНЦ РАМН по поводу различных форм онкологических заболеваний (острый лимфобластный лейкоз, острый миелобластный лейкоз, лимфома Ходжкина, неходжкинская лимфома, солидные - органические опухоли). Возраст начала онкологического заболевания находился в интервале от 3 до 17 лет, младшая возрастная группа от 3 до 12 лет (81 пациент), подростки от 12 до 17 (62 пациента). Агрессивные проявления были отмечены в 22 случаях (см. табл. 1).

Таблица 1.

Распределение по возрасту и диагнозам.

ДИАГНОЗ	Острый лимфобластный лейкоз	Острый миелобластный лейкоз	Лимфома Ходжкина	Неходжкинская лимфома	Солидные (опухоли)
ВОЗРАСТ					
3 – 5 лет	1				4
5 - 7 лет	1	1	1		2
7 - 12 лет	3	1		1	1
12 -15лет					3
15-18 лет			3		

При направлении онкологами детей на консультацию к психиатрам ведущей причиной являлось именно агрессивное поведение, так как особенно затрудняло процесс лечения. В исследовании использовался метод клинического наблюдения, психологические тесты по выявлению агрессивности у детей, в том числе проективные методики.

*Результаты:*

Нарушения поведения не выступали изолированно, а являлись компонентом реактивного образования, чаще они наблюдались в младшей возрастной группе, но могли обнаруживаться и у подростков.

Расстройства поведения в младшей группе (16 пациентов - около 20%) проявлялись различного рода истерическими, истеродемонстративными реакциями, грубостью, эпизодами «вербальной» и «физической» агрессии. Дети с криком вырывались, убегали, замечая, что с ними что-то собираются сделать, иногда громко плакали, ругались, обзывали персонал, родителей, могли драться, кусаться, царапаться. У большинства больных дошкольного и младшего школьного возраста агрессивные проявления носили в основном «адресный» характер, были направлены прежде всего на близкое окружение (мать, бабушку, няню, медицинский персонал). Среди детей младшей возрастной группы (дошкольники от 3 до 7 лет и младшие школьники от 7 до 12 лет) чаще наблюдалось сочетание «вербальной» и «физической» агрессии: дети не только бранились, грозили, но и дрались, били, кусали, царапали мать или персонал. Агрессивные действия детей носили реактивный «защитный» характер, когда дети пытались избежать ситуации, которая их пугала (страх манипуляций, боли, нежелание принимать невкусное ле-

карство). Нередко агрессия являлась «инструментальной» (6 пациентов), т. е. имела целью манипуляцию, дающую возможность добиться желаемого результата, при этом поводом часто служило невыполнение требований ребенка. В редких случаях агрессивные действия детей могли быть отнесены к «целевой или мотивационной агрессии», которая определялась особенностями формирующейся конституции (склонность к жестокости), обусловленной некорректным воспитанием и наследственностью (7 пациентов).

В старшей возрастной группе (от 12 до 17 лет) агрессивные проявления встречались значительно реже (6 пациентов), агрессия чаще была «вербальной». Подростки были склонны обвинять родителей в желании ограничить свободу, унижали их, бранились, оскорбляли. Прямые агрессивные действия носили характер аутоагрессии (2 больных), подростки «назло» курили, употребляли противопоказанные им виды пищи, алкоголь, нарушали режим терапии или вовсе отказывались от лечения, самовольно уходили из клиники, игнорировали требования врачей, демонстративно пренебрегали необходимыми медицинскими назначениями.

Агрессивное поведение как детей, так и подростков всегда приводило к значительным адаптационным нарушениям. Мотивы агрессивного поведения были различными в зависимости от возраста. Если у подростков нарушения поведения по своей психологической сути являлись защитными психологическими реакциями протеста против болезни, нежеланием принять ситуацию, отрицанием ее, то бурные эмоциональные проявления у детей были обусловлены стремлением изменить актуальную ситуацию фрустрации – убежать от страха, тревоги, эмоционального дискомфорта. Таким образом, агрессивные проявления являлись компонентом реакций нарушения адаптации. Назначение противотревожных препаратов (атаракса, новопассита, тенотена) уменьшало или полностью купировало агрессивность детей, что свидетельствовало о наличии у них тревоги как основного эмоционального фона.

Особо следует отметить развитие агрессивных проявлений на фоне приема гормональных средств в возрастных дозировках. Эпизоды агрессии, наблюдаемые у детей и подростков, возникали с началом и редуцировались по окончании терапии кортикостероидами. В этих случаях агрессивность можно оценить как «спонтанную», она носила ненаправленный, неконтролируемый характер, скорее определялась постоянно присутствующим дисфорическим аффектом. Дети становились раздражительны, ворчливы, мрачны, что выражалось в мимике, жестах, разговоре. Отмечались частые попытки ударить собеседника или того, кто находится в это время рядом (соседи по палате, родители, персонал), не делая между ними различия. Дети не могли сдерживать свои импульсы, сопротивлялись, не давая возможности успокоить их, удержать. После приступов раздражительности и агрессии не раскаивались, наблюдалось снижение критики к своему поведению. В ряде случаев на фоне дисфории отмечался элективный мутизм (6 пациентов), отказ от общения. Аффективный фон можно было определить как тоскливо-злобный (ухудшение настроения, мрачность, озлобленность, недовольство, ворчливость, нежелание общаться, частый плач). Такой тип поведения, со слов родителей, не был свойственен ребенку до лечения гормональными препаратами, как правило, подобный эффект отмечался с 1-6 дня от начала применения гормонов. После завершения лечения имела место быстрая редукция вышеописанных симптомов, поведение выравнивалось, настроение улучшалось, ребенок вновь приобретал привычные для родителей черты характера.

Таким образом, агрессивные расстройства, наблюдающиеся у детей с онкологическими заболеваниями, могут выступать как составляющая реакции нарушения адаптации, а также возникать в связи с изменением аффективного фона, обусловленным применением терапии кортикостероидами. На вопрос о предрасположенности к развитию агрессивных расстройств предстоит ответить в ходе дальнейшего исследования.

**Е.А. Лошинская**

## **ВЛИЯНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ СОВРЕМЕННОЙ СОЦИАЛЬНОЙ СРЕДЫ НА РАЗВИТИЕ РЕЧИ У ДЕТЕЙ**

**Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков (Москва).**

Благодаря изменению политической обстановки в России в 90-х годах произошли резкие перемены в социальной сфере, образе жизни и бытовых условиях большей части населения страны. В первую очередь эти изменения затронули жителей больших городов. В отличие от развитых стран Европы и Америки эти изменения произошли стремительно, что на примере одного поколения дало уникальную возможность проанализировать влияние отдельных факторов на развитие ребенка, в том числе на его речевое развитие.

В статье будут рассмотрены только те факторы, которые за последние 15–20 лет претерпели принципиальное изменение.

На мой взгляд, вопрос о психологических причинах, способствующих формированию задержки речевого развития (ЗРР), стоит очень остро. За последние 10–15 лет удельный вес именно психологических причин в формировании ЗРР значительно увеличился. Я говорю об этом с уверенностью потому, что имела возможность наблюдать этот процесс в условиях психологического приема в обычной детской городской поликлинике г. Москвы. В условиях диспансерного приема я могла наблюдать 90% всех детей, обслуживающихся в поликлинике в возрасте от 1 года до 2 лет, что соответствует популяционной городской выборке.

15–20 лет назад не говорящий в соответствии с возрастными нормативами (200 слов, короткое предложение в 3–4 слова) в два года ребенок – это не более 10 процентов от указанной выборки. На данный момент количество детей с ЗРР в этом возрасте превышает 70%. Достоверной медицинской статистики на эту тему не существует, так как невролог не является узким специалистом, оценивающим речевое развитие, а диспансерный осмотр у логопеда по нормативам положен ребенку в 3 г.

На мой взгляд, косвенным показателем ухудшения состояния речевого развития детей до 3 лет является усугубление структуры психиатрической патологии в раннем дошкольном возрасте: задержка психического развития, нарушение поведения, вторичная аутизация и т. д.

Проблемы ЗРР обоснованно связываются с патологией ЦНС. Соответственно, вопросы об увеличении количества детей с ЗРР задаются акушерам-гинекологам, неонатологам, неврологам. Эти специалисты, в свою очередь, говорят об ухудшении здоровья рожениц, стрессовых факторах, экологии и т. д. Но их статистика увеличения осложненных беременностей и родов не совпадает даже с официальной статистикой роста ЗРР.

Почему же раньше вопрос о профилактике ЗРР в нашей стране не стоял так остро? Выскажу свое мнение. За последние 15-20 лет среда, в которой растет ребенок, сильно изменилась и перестала быть в той степени, как раньше, развивающей или в случае пре- и постнатального повреждения ЦНС реабилитирующей.

Что же изменилось в среде, окружающей ребенка?

1. Первое, на что хочется обратить внимание - это **сильно возросший возраст первых родов**. Ухудшение с возрастом здоровья рожениц – это медицинский аспект, и он учитывается статистикой неонатологов. С психологической точки зрения, женщина в 20 лет и женщина в 30 лет – это не только две совершенно разные стратегии материнства, но и разное психологическое состояние во время беременности и родов, тем более осложненных проблемами со здоровьем.

2. Как отдельный фактор считаю необходимым рассмотреть **изменение ценностных ориентиров в обществе**. С одной стороны, ориентированность мамы на карьерный рост не может не сказываться на способах ее сознательного общения с ребенком и тем более на ее бессознательных установках. С другой стороны, мамы, которые не работают, чаще, чем раньше, стали ставить свои собственные удобства и интересы выше интересов ребенка, что в современном обществе принято называть «качеством жизни», которое не должно пострадать в результате рождения малыша.

3. **Изменилась наша собственная речь**, культура общения людей окружающих ребенка, и речь, обращенная к ребенку на самых ранних этапах его развития. Большое количество факторов, отвлекающих внимание взрослых от ребенка: телевизор, интернет, компьютер, мобильный телефон и т. д. - создают ситуацию, когда речь фоном звучит около ребенка, но не направлена на ребенка, не провоцирует его на ответную реакцию.

4. **Маленькие кроватки с мягкими стенками, мягкие манежи, машинные кресла, коляски-люльки, коконы для укачивания** не способствуют развитию моторных навыков и познавательной активности. Даже такие разрекламированные и, на первый взгляд, полезные **рюкзаки для детей - слинги** - при чрезмерном использовании оказывают скорее отрицательное влияние на развитие моторики и координации, так как ограничивают произвольную активность ребенка.

5. **Активное использование одноразовых подгузников**. Фактор, принципиально влияющий на развитие речи ребенка. **В первую очередь**, значительно уменьшается контакт мамы лицом к лицу с ребенком в период новорожденности, что создает депривационные условия для развития артикуляции. **Во-вторых**, не формируются базовые навыки произвольности поведения (а речь, как известно, высшая произвольная функция). **В-третьих**, исчезает, пусть и не очень эстетичный, но важный этап самопознания ребенка и познания ребенка мамой (современные родители не знают, сколько раз за ночь писает ребенок). **В-четвертых**, не формируется тонкая связь между матерью и ребенком на уровне интуитивного понимания желаний и попытки информировать о своих желаниях тем или иным способом. **В-пятых**, не формируются многие моторные навыки и резко сокращается тактильный опыт и, соответственно, возможность его отреагировать (подмывание, поддерживание, высаживание).

6. **Я уже говорила о телевизоре, как о факторе, отвлекающем маму от ребенка**, но стоит сказать о телевизоре, как о прямом факторе, тормозящем развитие речи. **Во-первых**, постоянный речевой и музыкальный фон активно понижает уровень слухового восприятия. **Во-вторых**, речь перестает восприниматься, как побудительный сигнал. **В-третьих**, яркая картинка, с одной сторо-



ны, провоцирует асинхронность развития зрительного и слухового внимания, с другой стороны, действует возбуждающе, что не полезно для ЦНС и, как следствие, для общего развития в целом.

**7. Запоздалое развитие навыка самостоятельного приема пищи.** Самостоятельно едят в год единицы. Хотя в соответствии с нормами развития моторики годовалый ребенок вполне может есть сам. С одной стороны, это приводит к тому, что не развивается тонкая координация движений правой руки, а с другой стороны, не формируется причинно-следственная связь между желанием и удовлетворением этого желания посредством произвольных действий. Не формируются навыки культуры поведения за столом. Плюс к этому выпадает большой, очень эмоциональный повод для общения. Кормление детей **готовым баночным питанием** еще больше усугубляет эту проблему.

**8. Тенденция ждать до 3–5 лет, пока ребенок сам определится с «ведущей рукой».** Чистых правополушарных плюс левополушарных людей всего 5% от всей популяции человечества, амбивалентных (амбидекстров) около 1%. Все остальные в той или иной степени смешанные. Праворукость – это эволюционное приобретение. Речевой центр, по данным разных источников, в 80%-95% случаев находится в левом полушарии, а о его пре- и постнатальной локализации до сих пор идут споры. Не развивая правую руку с младенчества, мы увеличиваем риск ЗРР. По моим наблюдениям, дети, оставленные на самоопределение в современных условиях, не развивают никакую руку вообще, если говорить о строгих возрастных нормах мелкомоторных навыков. Их кормят, одевают, а большое количество вспомогательных приспособлений также не способствует развитию мелкой моторики.

**9. Современный рынок игрушек неправильно организован и перенасыщен.** Современные игрушки, за редким исключением, либо красивые и бесполезные, либо полезные, но малопривлекательные, либо у ребенка их так много, что его внимание растормаживается и он не в состоянии в них играть в соответствие с возрастными нормативами. Родителям трудно ориентироваться на рынке детских игрушек, игр и пособий и, соответственно, трудно создать вокруг ребенка среду, которая была бы развивающей в традиционном смысле этого понятия.

Здесь же хочу сказать, что современные дети до двух лет очень мало рисуют и их никто не учит делать это правильно. Как пример хочу привести толстые, «великанского» размера карандаши, предназначенные для маленьких детей. Даже взрослому человеку без определенных навыков сложно нарисовать что-то достойное этими карандашам.

**10. Из-за изменившейся геополитической картины в России за 15-20 лет резко возросло количество смешанных, межнациональных браков, что увеличило количество детей, растущих в двуязычных семьях.** На мой взгляд, этот фактор мог бы стать развивающим, но в условиях полного отсутствия просветительской работы в среде родителей и зачастую не очень высокого образовательного уровня самих родителей двуязычие стало фактором невротизирующим и провоцирующим ЗРР у детей.

**11. За последние 10–15 лет увеличилось количество детей–«погодоков».** Разница между детьми меньше 2 лет. Сам по себе этот фактор не является провокационным для формирования ЗРР, но в совокупности со всеми выше изложенными может усугублять их.

**12. С полутора-двух лет дети начинают посещать детские сады.** К это-

му моменту их речевое развитие не соответствует возрастной норме, в большинстве своем они не умеют самостоятельно пользоваться горшком, есть, правильно мыть руки и сморкаться, у них слабо развита реакция на обращенную речь и не сформирована доминантность правой или левой руки. Таким образом, дети попадают в безречевую, а точнее депривационную среду, что еще больше усложняет их успешный выход из состояния ЗРР. Один воспитатель на 15-20 человек ясельной группы физически не может восполнить потребности детей, необходимые для успешного развития.

К сожалению, в данной статье я не смогла опереться на строгие статистические данные. Как я уже говорила, достоверной статистики по ЗРР у детей до 3 лет не существует. Количественная оценка наличия и влияния отдельных факторов, о которых говорилось в статье, очень трудоемкая исследовательская работа, т. к. для этого необходим либо лонгитюд, либо подбор группы с достоверным анамнезом. И в том, и в другом случае при исследовании влияния одного фактора группа должна быть либо очень большой, либо максимально идентичной по не исследуемым факторам. Поэтому сегодня мы можем говорить только о тенденции изменения темпов и структуры психоречевого развития детей до 3 лет. Речь идет именно о психоречевом развитии, так как ЗРР как лакмусовая бумажка сигнализирует нам о нарушении развития в целом.

**Заключение.** Данная статья, конечно, повод для дискуссии. Очевидно, что вышеперечисленные факторы влияют на развитие ребенка, как и все, что окружает ребенка, влияет на его развитие. Открытыми остаются 2 группы вопросов:

1. В каком возрастном периоде (с точностью до месяца), насколько сильно, в каком объеме присутствия, в каком сочетании друг с другом или взятые в отдельности факторы оказывают значимое влияние на развитие ребенка?

2. Как к этому относиться?

Здесь есть несколько стратегий:

а) ничего не делать, считая эту ситуацию эволюционным путем развития;

б) менять программы обучения в детских садах и школах, пытаться усилиями государства и руками профессионалов - логопедов, дефектологов, психологов, нейропсихологов корректировать то, что еще доступно коррекции в том возрасте, когда ребенок оказывается в поле зрения этих специалистов. Для этого надо увеличивать количество этих специалистов и менять программу обучения воспитателей детских садов и учителей начальной школы;

в) пытаться проводить мероприятия, направленные на профилактику возникновения ЗРР. Для этого необходимо: проводить серьезные исследования причин формирования ЗРР и на основании этих исследований рекомендовать родителям наиболее оптимальные в сложившихся социальных условиях способы воспитания ребенка до 2-3 лет. Может быть, не только рекомендовать, но и мотивировать родителей, вплоть до возможности материально стимулировать, так как ЗРР имеет очень серьезные, хоть и не очевидные на первый взгляд отсроченные последствия для развития ребенка в целом и в дальнейшем влияет на успешность формирования личности взрослого человека.

Н. А. Ильчевская

**АКТУАЛЬНЫЕ ЦЕННОСТИ СЕМЕЙНОГО ВОСПИТАНИЯ  
В РУССКОЙ КЛАССИЧЕСКОЙ ЛИТЕРАТУРЕ****Институт семьи и воспитания РАО (Москва).**

Категория ценности относится к высшему духовному уровню человеческого бытия и не имеет границ в возрастном, половом и национальном аспектах, являясь результатом взаимоотношений мира и человека. С педагогических позиций «ценность» определяется как понятие, с помощью которого характеризуется положительный значимый личностный и общественный смысл явлений действительности. В данной статье представлены ценностные ориентации русской семьи, отраженные в произведениях классической отечественной литературы.

Богатый потенциал для решения задач воспитания детей в семье, для сближения школьного и семейного воспитания содержится в произведениях, которые изучаются в школьном курсе истории русской литературы. Семейная тематика программных литературных произведений, а также тех, которые могут рекомендоваться для внеклассного чтения, для задач семейного воспитания, обширна и позволяет осуществлять отбор этих произведений в соответствии с возрастом детей и конкретными воспитательными задачами.

В перечень художественных произведений с семейной тематикой как основной или значимой вошли произведения А.С. Грибоедова, А.С. Пушкина, М.Ю. Лермонтова, Н.А. Некрасова, А.Н. Островского, С.Т. Аксакова, М.Е. Салтыкова-Щедрина, Н.Г. Гарина-Михайловского, И.А. Гончарова, А.И. Герцена, Ф.М. Достоевского, Н.Г. Чернышевского, Л.Н. Толстого, А.И. Куприна, А.П. Чехова, М. Горького и др. Составление простого перечня выбранных литературных произведений показало, что их можно систематизировать по различным основаниям.

Разграничение «артефакт – актуальное значение» позволяет актуализировать ценности семейного воспитания, чтобы использовать их как фундаментальную методологическую, теоретическую и методическую основу воспитания подрастающих поколений в семье и образовательных учреждениях. Основанием для данной классификации является **степень актуальности** ценностей семейного воспитания, отраженных в русской художественной литературе XIX–начала XX веков: высокая, средняя, слабая актуальность.

Произведения с **высокой степенью актуальности** ценностей семейного воспитания: Л.Н. Толстой «Детство», «Отрочество» (родительская любовь, сострадание к ближнему, доброта); А.С. Пушкин «Капитанская дочка», Л.Н. Толстой «Война и мир» (патриотизм, гражданственность); Н.Г. Гарин-Михайловский «Детство Темы» (закаливание характера, стойкость, мужество, смелость); И.А. Гончаров «Обрыв» (уважение и любовь к людям; искреннее, доброжелательное отношение к окружающему миру; любовь к родному дому).

Произведения со **средней актуальностью** ценностей семейного воспитания (для отдельных социальных групп населения, слабее востребованные): Н.А. Некрасов «Мороз, Красный нос» (трудолюбие); Н.Г. Чернышевский «Что делать?» (семейная креативность, саморазвитие и личная свобода как залог семейного счастья); Л.Н. Толстой «Анна Каренина» (супружеская верность, ответственность и долг перед любимым человеком, родительский долг); А.И. Герцен «Кто виноват?» (теория свободного воспитания); А.Н. Островский «Гроза», «Бесприданница» (брак – сословный, буржуазный, неравный; адюль-

тер); М.Е. Салтыков-Щедрин «Господа Головлевы» (родственные узы, экономические основы семейной жизни, семейное воспитание, наследственность личностных качеств).

Произведения со **слабой актуальностью** ценностей семейного воспитания, интересные в сравнительно-историческом аспекте: А.С. Пушкин «Дубровский», «Барышня-крестьянка», «Станционный смотритель» (почитание родителей и послушание вплоть до полной покорности в решении вопроса о вступлении в брак; офицерский долг и долг перед зависимыми людьми; религиозность; благовоспитанность и др.); М.Ю. Лермонтов «Песня про царя Ивана Васильевича, молодого опричника и удалого купца Калашникова» (семейная и родовая честь, чувство собственного достоинства); М. Горький «Мать» (пролетарская семья), «Дело Артамоновых» (буржуазная семья в историческом развитии).

В русской литературе все начинается и завершается Пушкиным. Эту мысль образно выразил Ю.М. Лотман: «История необратима, но мысль, пройдя по избранному пути до конца, как правило, возвращается к перекрестку – мы возвращаемся к Пушкину» [2, с. 679].

Именно А.С. Пушкин наиболее точно и всесторонне выразил Россию во всем объеме душевного и духовного состояния. В своих произведениях, проникая в глубь истории, поэт входит в духовное общение с многовековой жизнью русского народа. В прошедшем времени А.С. Пушкин ищет вечный смысл и ту внутреннюю связь, по которой прошедшее является основой для будущего. Чувство гордости за своих предков, воспоминания об их славных заслугах перед Родиной играли огромную роль в воспитании и формировании мировоззрения поэта. Почитание рода, уважение к памяти предков были важнейшей отличительной чертой русского человека, поскольку русские люди полагались на духовную защиту ушедших предков. В то же время считалось, что неблагоприятные поступки в личной жизни отдельного человека скажутся на репутации всего рода и на жизни потомков.

В семье Гриневых единственного сына Петра (А.С. Пушкин «Капитанская дочка») готовят к выполнению дворянского долга – служению Отечеству. Офицер в отставке, «батюшка не любил ни переменять свои намерения, ни откладывать их исполнение. День отъезду моему был назначен. Накануне батюшка объявил, что намерен писать со мною к будущему моему начальнику, и потребовал пера и бумаги.

«Не забудь, Андрей Петрович, — сказала матушка, — поклониться и от меня князю Б.; я, дескать, надеюсь, что он не оставит Петрушу своими милостями.

— Что за вздор! — отвечал батюшка, нахмурясь. — К какой стати стану я писать к князю Б.?

— Да ведь ты сказал, что изволишь писать к начальнику Петруши?

— Ну, а там что?

— Да ведь начальник Петрушин — князь Б. Ведь Петруша записан в Семеновский полк.

— Записан! А мне какое дело, что он записан? Петруша в Петербург не поедет. Чему научится он, служа в Петербурге? Мотать да повесничать? Нет, пускай послужит он в армии, да потянет лямку, да понюхает порошу, да будет солдат, а не шаматон. Записан в гвардии!» [3, с. 232].

«Итак, все мои блестящие надежды рушились! Вместо веселой петербургской жизни ожидала меня скука в стороне глухой и отдаленной. Служба, о ко-

торой за минуту думал я с таким восторгом, показалась мне тяжким несчастьем. Но спорить было нечего. ...Родители мои благословили меня. Батюшка сказал мне: «Прощай, Петр. Служи верно, кому присягнешь; слушайся начальников; за их лаской не гоняйся; на службу не напрашивайся; от службы не отговаривайся; и помни пословицу: береги платье снову, а честь смолоду» [3, с. 233].

Единственную дочь капитана Миронова – красавицу Машу, не каждому, кто посватается, готовы отдать в жены, а «доброму», чтоб любил, а не корил как бесприданницу. Мудрость матери состоит в том, что девушку нацеливают непременно на замужество, а потому сомнительные ухаживания отменяются.

«Мы сели обедать. Василиса Егоровна не умолкала ни на минуту и осыпала меня вопросами: кто мои родители, живы ли они, где живут и каково их состояние? Услыша, что у батюшки триста душ крестьян, «легко ли! — сказала она, — ведь есть же на свете богатые люди! А у нас, мой батюшка, всего-то душ одна девка Палашка; да, слава Богу, живем помаленьку. Одна беда: Маша; девка на выданье, а какое у ней приданое? частый гребень, да веник, да алтын денег (прости Бог!), с чем в баню сходить. Хорошо, коли найдется добрый человек; а то сиди себе в девках вековечной невестою» [3, с. 246-247]. За нарочитой простотой высказывания стоит намерение заботливой матери сразу сориентировать вновь прибывшего потенциального ухажера дочери: бедна, но из честного семейства, если замуж не собираетесь звать из-за бедности, то лучше ни о чем ином и не помышлять, а оставить девушку в стороне своих мужских интересов.

Когда пришло письмо о желании сына жениться, отец дает разгневанный ответ:

«Сын мой Петр! Письмо твое, в котором просишь ты нас о родительском нашем благословении и согласии на брак с Марьей Ивановной дочерью Мирановой, мы получили 15-го сего месяца, и не только ни моего благословения, ни моего согласия дать я тебе не намерен, но еще и собираюсь до тебя добратся да за проказы твои проучить тебя путем как мальчишку, несмотря на твой офицерской чин: ибо ты доказал, что шпагу носить еще недостойн, которая пожалована тебе на защиту Отечества, а не для дуелей с такими же сорванцами, каков ты сам. Немедленно буду писать к Андрею Карловичу, прося его перевести тебя из Белогорской крепости куда-нибудь подальше, где бы дурь у тебя прошла. Матушка твоя, узнав о твоём поединке и о том, что ты ранен, с горести занемогла и теперь лежит. Что из тебя будет? Молю Бога, чтоб ты исправился, хоть и не смею надеяться на его великую милость. Отец твой А.Г.» [3, с. 257].

«Я пошел объявить обо всем Марье Ивановне. Она встретила меня на крыльце. «Что это с вами сделалось? — сказала она, увидев меня. — Как вы бледны!» — «Все кончено!» — отвечал я и отдал ей батюшкино письмо. Она побледнела в свою очередь. Прочитав, она возвратила мне письмо дрожащею рукою и сказала дрожащим голосом: «Видно, мне не судьба... Родные ваши не хотят меня в свою семью. Буди во всем воля Господня! Бог лучше нашего знает, что нам надобно. Делать нечего, Петр Андреич; будьте хоть вы счастливы...» — «Этому не бывать! — вскричал я, схватив ее за руку, — ты меня любишь; я готов на все. Пойдем, кинемся в ноги к твоим родителям; они люди простые, не жестокосердые гордецы... Они нас благословят; мы обвенчаемся... а там, со временем, я уверен, мы умолим отца моего; матушка будет за нас; он меня простит...» — «Нет, Петр Андреич, — отвечала Маша, — я не выйду за тебя без благословения твоих родителей. Без их благословения не будет тебе счастья.

Покоримся воле Божией. Коли найдешь себе суженую, коли полюбишь другую — Бог с тобою, Петр Андреич; а я за вас обоих...»[3, с. 259].

Истинное благородство молодых людей проявляется в этом диалоге. Именно с этого эпизода начинается испытание любви, которое оба с честью выдержали.

Настоящий пример супружеской верности являет собой Василиса Егоровна. Перед лицом неминуемой гибели она думает о благословении дочери, упоывая на волю Божию:

«Василиса Егоровна, присмирившая под пулями, взглянула на степь, на которой заметно было большое движение; потом оборотилась к мужу и сказала ему: «Иван Кузмич, в животе и смерти Бог волен: благослови Машу. Маша, походи к отцу».

Маша, бледная и трепещущая, подошла к Ивану Кузмичу, стала на колени и поклонилась ему в землю. Старый комендант перекрестил ее трижды; потом поднял и, поцеловав, сказал ей изменившимся голосом: «Ну, Маша, будь счастлива. Молись Богу: он тебя не оставит. Коли найдется добрый человек, дай Бог вам любовь да совет. Живите, как жили мы с Василисой Егоровной» [3, с. 271].

Видя доброе расположение к себе, Петр Гринев отчаянно смело обращается к Пугачеву: «Как тебя назвать не знаю, да и знать не хочу... Но Бог видит, что жизнь мою рад бы я заплатить тебе за то, что ты для меня сделал. Только не требуй того, что противно чести моей и христианской совести. Ты мой благодетель. Доверши как начал: отпусти меня с бедной сиротою, куда нам Бог путь укажет.

У ней не было на свете ни одного родного человека. Я предложил ей ехать в деревню к моим родителям. Она сначала колебалась: известное ей неблагоприятное отношение отца моего ее пугало. Я ее успокоил. Я знал, что отец почтет за счастье и вменит себе в обязанность принять дочь заслуженного воина, погибшего за Отечество. «Милая Марья Ивановна! — сказал я наконец. — Я почитаю тебя своею женою. Чудные обстоятельства соединили нас неразрывно: ничто на свете не может нас разлучить». Марья Ивановна выслушала меня просто, без притворной застенчивости, без затейливых отговорок. Она чувствовала, что судьба ее соединена была с моею. Но она повторила, что не иначе будет моею женою, как с согласия моих родителей»[3, с. 301].

«Марья Ивановна принята была моими родителями с тем искренним радушием, которое отличало людей старого века. Они видели благодать Божию в том, что имели случай приютить и обласкать бедную сироту. Вскоре они к ней искренно привязались, потому что нельзя было ее узнать и не полюбить. Моя любовь уже не казалась батюшке пустою блажью; а матушка только того и желала, чтоб ее Петруша женился на милой капитанской дочке»[3, с. 312-313].

И сын, и дочь двух уважаемых семейств, будучи очень юными, в жесточайших испытаниях не могли поступиться нравственными принципами, заложенными в семье, — опозорить род, предать самих себя, перейти на сторону Пугачева.

Основой семейного воспитания является мораль. В XIX веке религиозная мораль являлась фундаментальной базой семейного воспитания. Церковь, религиозная община являлись мощным союзником семье в вопросах воспитания. Школьное образование имело ту же основу, поскольку церковь не была отделена от государства, а школа от церкви. «Недоработка» семьи в вопросах религиозного воспитания восполнялась и компенсировалась уроками «Закона Божьего».

го» в образовательных учреждениях. Социальные различия в воспитании нивелировались религиозным воспитанием. Моральные императивы сочленились в Божьи Заповеди для христиан и иудеев, в суры для мусульман, воспринимались в детстве и раннем подростковом возрасте как жизненный путеводитель, как компас, указывающий путь.

Светская мораль, настойчиво пробивающая себе дорогу в XIX веке, распространялась в обществе, прежде всего, через литературу. Свободный выбор спутника жизни, право на любовь, на образование, профессию, на общественно значимую деятельность для женщин – так называемый женский вопрос – является центральным в «семейной литературе» XIX века. Поле битвы – мораль. Догматы религиозного воспитания против новых ценностей, новых моральных норм, с трудом утверждающихся в общественном сознании. Новые женщины, смелые и решительные, готовые погнаться, но не покориться старым правилам жизни, становятся кумирами молодежи: Любовь Круциферская («Кто виноват?»), Вера Павловна («Что делать?»), Катерина в «Грозе», Лариса в «Бесприданнице», Анна Каренина в одноименном романе, Вера в «Обрыве», Мать в одноименном романе и другие. Женский вопрос смыкается с вопросом социальным и политическим, поскольку борьба женщин за свои права выходит за рамки сугубо семейного быта.

Связывая цель семейного воспитания со сложившимся в России христианско-православным идеалом человека, К.Д.Ушинский выделил три основных **ценностных источника воспитания**: народность, православно-христианские традиции и науку. В содержательном концепте данных источников выявляется основное идеологическое противоречие: противостояние традиционного и либерального направлений в художественной литературе и соответственно в иных областях общественной жизни, в педагогике в том числе. Традиционного – как укрепленного в православной традиции понимания добродетели и порока, соблюдения семейных культурных традиций. Либерального – отдающего приоритет принципам индивидуального и жизненно-прагматического подходов к воспитанию. Идеино-художественная новизна любого литературного произведения в русской художественной литературе XIX – начала XX века связана с внесением в художественную ткань произведения либеральных, то есть новых ценностей, ценностей развития.

Основные **идейно-теоретические тенденции** семейного воспитания в произведениях отечественных писателей-классиков XIX – начала XX века выделяются как ориентации – на исконные традиции отечественной педагогики и на западноевропейские философские, естественнонаучные и педагогические идеи.

Педагогика и литература неразрывно взаимосвязаны между собой. Благодаря их взаимодействию обеспечивается духовность общественной жизни и жизнеобеспечение тех духовно-творческих сил, которые создают ценностную парадигму семейного воспитания [1, с. 281]. С помощью литературы из поколения в поколение передавались ценности, признававшиеся главными в воспитании и жизни. Тысячелетняя история христианства на Руси сформировала конкретные подходы к решению проблемы воспитания человека. Духовность и нравственность веками связывалась со следованием христианской этике. В образном строе, сюжетном решении, авторских комментариях в произведениях русской классической литературы отражена идея развития воспитания как осознанного ценностно-смыслового взаимодействия старшего и младшего, воспитателя и воспитанника в контексте решения жизненных проблем воспитанников.

В педагогической системе русской литературы семейное воспитание базируется на ценностных идеях гуманистического подхода к воспитанию и образованию, основанных на достижениях философской и педагогической мысли, опыте отечественной и зарубежной педагогики. Целевым ценностным основанием семейного воспитания является ориентация его содержания на оптимальное сочетание общечеловеческих, национальных и индивидуально-личностных ценностей, понимаемых как образцы достойной жизни человека и общества и превращаемых в личностные смыслы воспитуемых.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Лихачев Б.Т. Социология воспитания и образования: курс лекций по социальной педагогике. – М.: Гуманитарный изд. Центр ВЛАДОС, 2010. – 295 с.
2. Лотман Ю.М. История и типология русской литературы. – СПб.: Искусство, 2005. – 685 с.
3. Пушкин А.С. Сочинения. В 3-х т. Т.3. Проза – М.: Худож. лит., 1986. – 527 с.



**С.Н. Масихина, Е.В. Корень**

**ПОДХОДЫ К ПРОВЕДЕНИЮ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ  
В СТРУКТУРЕ КОМПЛЕКСНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ  
С БИПОЛЯРНЫМИ АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ**  
**Московский НИИ психиатрии МЗ РФ (Москва).**

Согласно современным представлениям формирование и динамика гетерогенной группы расстройств биполярного спектра в детском возрасте определяются мультифакторным взаимодействием генетических, биологических, социальных, семейных и культурных predispositions. Ведущие направления исследований исходят из биопсихосоциальной модели, концепции эквивинальности-мультифинальности исходов психопатологического процесса [11], исследований в области возрастной психопатологии, рассматривающей индивидуума в контексте его взаимодействия с окружающей средой [33]. К настоящему моменту существует значительное число исследований влияния факторов психосоциального стресса на появление и развитие биполярных симптомов в контексте «генотип-средовых корреляций» [13, 17, 20, 23, 24, 31]. За последние годы стали появляться исследования, посвященные психосоциальным вмешательствам не только в отношении когорты взрослых пациентов с биполярным аффективным расстройством (БАР), но и пациентов детского и подросткового возраста, что отчасти связано с ростом диагностики (за последние 10 лет увеличение в 40 раз) и более пристальным вниманием как зарубежных, так и отечественных психиатров к проблеме БАР в детском возрасте [1, 3, 4, 5, 7, 8, 20, 30].

По причине свойственной БАР в детском возрасте атипичности клинических проявлений (быстроцикличности, маскированности гипердинамическими и поведенческими нарушениями и т. д.) аффективные расстройства могут долго не диагностироваться, и больные не получают адекватного лечения. К тому же, по ряду ретроспективных данных, родители пациентов с БАР долго не обращаются к врачу, несмотря на достаточно тяжелую и даже угрожающую жизни суицидальную симптоматику [8, 14]. Избегание обращения за психиатрической помощью связано во многом со страхом "стигматизации", причем семьи, где есть родственники с БАР, подвержены стигматизации в очень высокой степени [2].

Детский возраст начала БАР также является предиктором плохого клинического и социального прогноза. Еще не достигнув зрелого возраста, многие пациенты могут уже иметь, помимо микросоциальных проблем - в отношениях с родителями, sibсами, сверстниками, более масштабные психосоциальные проблемы: выпадение из учебного процесса и невозможность получить образование, криминализация вследствие склонности к асоциальным действиям. Нередко у этих пациентов присоединяется аддиктивное поведение, в том числе химические формы зависимости [8, 20, 24, 35]. Одной из самых существенных психосоциальных проблем БАР является высокий суицидальный риск, в том числе риск как самоповреждающего поведения (парасуицидов), так и завершенных суицидов в детской популяции [6-9, 21, 35]. Кроме того, на этапе длительного поддерживающего лечения существует проблема недостаточного критического отношения пациентов к болезненным симптомам и недостаточного

«комплаенса» как самого пациента, так и его семейного окружения, что приводит к частым обострениям и госпитализациям и влечет за собой «выпадение» пациентов из академического процесса и процесса социализации [8, 12, 14].

В целом, заболевание биполярным аффективным расстройством несет в себе много факторов, из которых складывается «бремя болезни». Обобщенные данные продольных исследований БАР у детей и подростков подтверждают факт, что БАР вызывает стойкое нарушение психосоциального развития, оказывая значительное дизадаптирующее влияние на социальное функционирование и качество жизни пациентов [13, 24, 26].

Интерес для психосоциальных исследований в отношении БАР представляют не только манифестные клинические случаи, но случаи из группы риска. Концепция расстройств биполярного спектра Н. Akiskal [7] включает в себя как манифестные формы биполярных аффективных расстройств (БАР I типа с фазными чередованиями маниакальных, депрессивных или смешанных эпизодов и БАР II типа - чередование развернутых депрессий и гипоманий), так и аффективные расстройства подпорогового уровня - БАР III типа и БАР IV типа.

Наряду с манифестными формами аффективных расстройств в детском и подростковом возрасте существует группа риска пациентов детского возраста по развитию БАР, которую R.L. Findling и соавт. называют «циклотаксис» [17]. В группе «циклотаксиса» рассматривают пациентов с «фенотипом повышенного риска» - наличием сходных с проявлениями БАР симптомов субсиндромального (циклотимического) уровня, предположительно являющихся продромальными формами БАР, опираясь на данные о том, что появление субсиндромальных симптомов, таких как повышенная чувствительность, неконтролируемый гнев, эпизодическая лабильность настроения, может проявляться за 9-12 лет до развернутых симптомов маниакального или депрессивного настроения, а средний возраст начала БАР составляет 17-18 лет [30]. В эту же группу потенциального риска относятся дети и подростки с наследственной отягощенностью по БАР, учитывая высокую частоту наследуемости аффективной патологии с 4-6-ти кратным увеличением риска развития расстройства и вероятностью более раннего начала заболевания в группе детей родителей, страдающих БАР [12]. Данная группа представляет особый интерес с позиций концепции эквивинальности-мультифинальности психопатологического процесса, давая возможность исследовать взаимодействия генетических и средовых факторов, а также факторов риска и защиты и их взаимовлияния в процессе индивидуального развития [11].

Существуют данные о значительной динамической дисперсии (мультифинальности) наблюдений с аналогичными предрасположениями к БАР [12, 13]. Если факторы генетического риска в одних случаях приводят к формированию клинически выраженного расстройства, то в других они не оказывают такого воздействия, так как динамический процесс был иным и генетические факторы риска не привели к тому же результату. Риск развития БАР у потомства родителей, страдающих БАР, варьирует от 14% до 50%, а риск развития большого депрессивного эпизода от 7% до 43% [13].

Одной из моделей, рассматривающей взаимодействие генетических, нейроанатомических и психосоциальных факторов в генезе БАР является теория «разжигания» (англ. - theory of kindling) [31]. Согласно ей, комбинация стресса и генетической уязвимости имеет ведущее значение в дестабилизации состояния как в продромальном периоде, так и в периоде полного развертывания эпизодов расстройств настроения. С каждым последующим аффективным эпизодом мозг

становится более чувствительным к стрессовым факторам, и постепенно порог чувствительности уменьшается вплоть до исчезновения и спонтанного появления приступов. У пациентов в дальнейшем развиваются эпизоды с континуальным течением, более тяжелой симптоматикой, с преобладающими быстрыми циклами и терапевтической резистентностью.

В свою очередь, нейрoанатомические исследования с помощью ядерно-магнитной резонансной томографии показывают, что при длительном течении биполярного аффективного заболевания появляются нейродегенеративные процессы в областях префронтальной коры и некоторых полях лимбической системы, что приводит к уменьшению префронтальной регуляции настроения и усилению цикличности [13]. Психофармакологическое лечение безусловно способно снижать биологическую уязвимость к стрессорам, но не может оказывать влияние на интенсивность внешних стрессоров, в то время как психосоциальное вмешательство предполагает две взаимосвязанные цели: снизить интенсивность внешних стрессоров и повысить устойчивость («resilience») путем выработки моделей «совладания» с болезненными проявлениями [31].

Психосоциальные вмешательства, снижающие интенсивность стрессовых факторов, а также улучшающие когнитивный контроль аффективных симптомов, могут оказывать протективное влияние на префронтальные функции и способствовать нейрональной интеграции [31]. Таким образом, не только психофармакологические, но и психосоциальные воздействия способны держать под контролем симптоматику, способствуя приостановке болезненного процесса. Кроме того, своевременные психосоциальные вмешательства могут предотвратить нейротоксичность в заинтересованных областях мозга в случаях сопутствующего злоупотребления психоактивными веществами.

В общей массе работ, посвященных исследованию психосоциальных факторов риска по БАР, можно выделить несколько направлений:

- исследование стрессовых факторов истории раннего развития включая исследования роли неконтролируемых стрессовых событий жизни [9, 24, 25, 34]; экспериментальные исследования семей пациентов с БАР [20, 28, 29];
- исследование влияния текущих стрессовых событий (стресса быденной жизни) и нарушений социального ритма на дестабилизацию симптомов БАР [16, 23];
- исследование «когнитивного стиля» пациентов с БАР, т. е. особенностей высших психических функций речи, восприятия, внимания, мышления в аспекте социальной коммуникации с помощью нейрокогнитивных тестов и методов нейровизуализации [27].

Исследования роли психосоциальных стрессовых событий, предшествующих манифестации БАР, показали их связь с ранним началом, течением и прогнозом БАР [9, 24, 25, 34]. Более значимыми они оказались для генетически предрасположенных детей, что свидетельствует о том, что стрессовые события раннего детства могут опосредовать связь между генетической уязвимостью и ранним началом заболевания, которое является предиктором менее благоприятного прогноза. Фактор текущего аффективного эпизода родителей, особенно послеродовой депрессии у матери, может быть фактором риска БАР, что касается в большей степени детей младшего возраста, лишенных психологической и социальной поддержки со стороны других лиц в семье [24].

В поисках предикторов ранней манифестации БАР были исследованы факторы раннего физического и сексуального насилия. По данным Leverich и со-

авт., и те, и другие факторы имели связь с ранним возрастом начала БАР (до 14 лет). Быстроциклические формы БАР превышали сравнительную частоту в обеих группах, при этом выявлялись в 2 раза чаще в группе раннего физического насилия по сравнению с группой сексуального насилия [24, 25]. Установлено влияние обоих факторов на увеличение вероятности суицидального поведения и суицидальных исходов. Единичные и эпизодические случаи физического насилия были в меньшей степени связаны с суицидальным поведением по сравнению с частыми и систематическими случаями. Особенно прогностически тяжелыми были пациенты с БАР из семей, в пределах которой находились «обидчик» и его «пособник» [24, 25].

Как еще один психосоциальный фактор риска и неблагоприятного прогноза БАР исследователи рассматривают суицидальный анамнез семьи и ближайшего окружения [9]. Дети родителей, совершивших попытку самоубийства, имеют 6-кратный риск совершения суицидальной попытки. Кроме того, потеря одного из членов семьи вследствие самоубийства часто бывает связана с началом первого маниакального эпизода – «похоронные мании». Попытки самоубийства у детей часто бывают связаны и с другими психосоциальными факторами риска, такими как потеря поддержки со стороны значимого лица или в коллективе сверстников, отсутствие близких друзей или вызывающих доверие окружающих людей.

Исследования психосоциальных стрессовых механизмов в семейном окружении детей, страдающих БАР, вслед за исследованиями семей пациентов, страдающих шизофренией, установили связь между чрезмерно высоким уровнем эмоциональных проявлений семейного окружения (индекс ЕЕ - emotional expression) - высокий критицизм, враждебность и эмоциональная сверхвовлеченность) - и более тяжелым течением БАР, в то время как пациенты из семей, где окружение было малоконфликтным и не демонстрировало чрезмерного эмоционального реагирования, имели более длительные интермиссии и лучший терапевтический ответ [28, 32, 36].

Семьи пациентов с БАР характеризуются «недостаточной материнской теплотой» и высокой напряженностью отношений матери-ребенка или отца-ребенка, так называемый стиль воспитания «контроль без привязанности», что особенно сказывается на течении заболевания, вызывая укорочение времени интермиссий [20]. К тому же родители, сами имеющие расстройства настроения, привносят не только генетическую уязвимость, но и являются факторами психосоциального стресса. В частности, они могут транслировать детям пессимизм и низкую самооценку, что в последствие может отразиться на эмоциональном развитии детей и выработать у них «негативный когнитивный стиль» [10]. Детям с генетическим и биологическим риском развития биполярного расстройства тяжелый затяжной семейный конфликт, а также эмоциональное, физическое или сексуальное насилие могут помешать развитию безопасных отношений привязанности, навыков эмоциональной саморегуляции, модуляции возбуждения и внимания, когерентной самоорганизации [11].

Детям и подросткам с БАР были свойственны специфические нарушения эмоциональной и социальной перцепции. По сравнению с возрастной контрольной группой, дети с БАР плохо понимали эмоции других людей, испытывали меньшую эмоциональную привязанность к членам семьи, демонстрировали неверную осведомленность о вербальном и невербальном поведении в различных социальных ситуациях, затруднялись точно определить эмоциональное

состояние по мимике. Неправильное толкование социальных сигналов, например, когда нейтральное выражение лица рассматривается как враждебное или пугающее, ведет к возникновению разнообразных социальных дисфункций. Еще до первого обращения к детскому психиатру по поводу аффективных расстройств от 31% до 36% детей с БАР имели серьезные проблемы с обучением, которые сопровождались переводом ребенка в специализированные учебные заведения или дублированием класса. Серьезная социальная дисфункция как в школе, так и в семье при отношениях с родителями, сиблингами, сверстниками также была более характерна для детей с биполярными, чем с рекуррентными депрессиями [27].

В целом представленные данные о потенциальной роли психосоциальных факторов в инициации, прогрессировании и утяжелении БАР открывают широкие возможности для психосоциальных вмешательств, учитывающих как клинические закономерности течения БАР, так и направленных на снижение психосоциальной уязвимости и усиление протективных факторов. Данные положения могут служить основой для создания доказательной базы в отношении эффективности различных методов психосоциальных вмешательств.

К настоящему времени эмпирические данные об эффективности психосоциального воздействия на пациентов, страдающих БАР, получены в отношении когнитивно-поведенческой терапии [29], терапии межличностного взаимодействия [28, 32], семейно-ориентированной и психообразовательной психотерапии [18, 19, 28, 29, 32, 37], а также терапии социального ритма [28, 29]. Методы поддерживающей, психоаналитически-ориентированной терапии и экзистенциально-гуманистические методы не имеют доказательных данных, но широко используются как средство укрепления терапевтического альянса и эмпатической коммуникации. На текущий момент научно-обоснованными методами психосоциальных вмешательств, позволяющих контролировать симптомы БАР и способствующих предотвращению рецидива аффективного эпизода или более длительным ремиссиям, а также усилению факторов защиты посредством выработки у детей и подростков навыков эмоциональной саморегуляции, являются:

1. методы, снижающие уровень текущих стрессовых событий жизни (психообразовательная, интерперсональная терапия и терапия социального ритма);
2. методы, снижающие стрессовые факторы социального окружения (психообразовательная и семейная терапия);
3. методы, улучшающие когнитивный контроль настроения (когнитивно-поведенческая терапия).

Согласно адаптированному к БАР методу психообразовательной и семейно-ориентированной терапии, психосоциальное вмешательство вначале предполагает поддержку и информирование членов семьи о состоянии ребенка и процессе лечения, а также оказание помощи семье в осознании границ между индивидуальностью и болезненными симптомами [28]. В дальнейшем метод нацелен на ослабление негативных моделей семейного взаимодействия, таких как повышенный уровень эмоциональной экспрессии - враждебность, критицизм, чрезмерная эмоциональная вовлеченность. Семейная терапия предполагает 2 цели: снизить семейные интеракции, характеризующиеся высокой эмоциональной экспрессией и усилить способность ребенка с БАР совладать с эмоциональной атакой или стрессовыми семейными взаимодействиями. Психообразовательные и семейные мероприятия проводятся как индивидуально для семей, так и в составе мультисемейных групп. В режиме коммуникативного тренинга

проводится идентификация стрессовых факторов, которые вызывают колебания настроения, вырабатываются стратегии поддержания стабильности в эутимные периоды, повышается уровень осознания характера коммуникаций в семейном окружении.

Метод когнитивно-поведенческой терапии базируется на модели «негативного когнитивного стиля» для периода депрессии и описании обратного феномена «маниакальной защиты» для периода мании [10]. Метод направлен на преобразование когнитивного стиля, приобретение таких когнитивно-поведенческих навыков как регуляция аффекта, адекватное самовыражение, «рефреминг»- переформулирование суждений [29].

Принципы интерперсональной терапии и терапии социального ритма построены на идее помощи пациенту регулировать поведение в межличностных отношениях и удерживать социальный ритм, нарушение которых является источником контролируемых стрессовых событий жизни. Установлено, что для детей с генетической предрасположенностью к БАР характерна «гиперсенситивная система поведения» - сверх-позитивные намерения, высокий уровень энергии и мотивации в достижении цели в период маниакальных эпизодов и, наоборот, негативные намерения, ангедония и низкий уровень энергии, потери и неудачи в период депрессивных эпизодов. «Гиперсенситивная система поведения» поддерживает биологически обусловленные циркадианные нарушения, которые могут усиливаться утратой социальных сигналов [15]. В лечебный план входит модуль мониторинга частоты и интенсивности социальных взаимодействий, ежедневного настроения и режима дня, определяются триггеры нарушения суточного ритма и постепенно вырабатывается стратегия его регулирования. Далее устанавливается связь настроения с событиями жизни, фокусирование на проблемных зонах в жизни ребенка, проводится работа над стабилизацией ритма через постепенное изменение личного стиля жизни.

В последнее время исследования, посвященные психосоциальному лечению в детском и подростковом возрасте, были направлены на получение контролируемых данных об эффективности различных методов на основании экстраполяции данных, полученных для контингента взрослых [19, 28, 29]. В целом исследователи сходятся в точке зрения, что психосоциальные терапевтические вмешательства для пациентов детского возраста с БАР должны уменьшить тяжесть факторов психосоциальной уязвимости и усилить у ребенка способность к эмоциональной саморегуляции и совладанию с болезненными симптомами, способствуя предотвращению рецидива аффективного эпизода или более длительным ремиссиям.

В настоящее время разработан ряд специальных программ, которые включают модификации различных психосоциальных подходов, доказательно эффективных для детей и подростков с БАР. По мнению большинства исследователей [28, 29, 32, 37], психосоциальное вмешательство необходимо начинать уже на этапе обращения за психиатрической помощью в виде предоставления информации о заболевании и методах его лечения с поддерживающим акцентом в форме «мотивирующего интервью». Более формализованные методы могут применяться после разрешения острой стадии заболевания, вне периодов отчетливой маниакальной или депрессивной симптоматики. На поддерживающей стадии одной из основных целей психосоциальных воздействий является психосоциальное лечение семьи, поскольку дети в значительно большей степени, чем взрослые, зависят от семейного окружения.

Одними из наиболее доступных являются методы, основанные на психобразовательном подходе, не только в комплексе семейно-ориентированной терапии, но и более широких и нацеленных программ психосоциальных вмешательств. Психобразовательный подход направлен на информирование членов семей о состоянии ребенка и процессе его лечения, социальную и психологическую поддержку семьи, оказание помощи в осознании границы между индивидуальностью и болезненными симптомами. Психобразовательные мероприятия проводятся как индивидуально для семей [28, 29], так и в составе мультисемейных групп. [18, 19]. На первом этапе подросткам, их родителям и сиблингам предоставляется информация о клинических симптомах аффективных расстройств, дифференциальном диагнозе, коморбидности и течении биполярного аффективного расстройства. В процессе психообразования участникам объясняется роль биологической и генетической уязвимости, роль стресса в формировании расстройств, указываются возможные факторы риска, такие как нарушение ритма сна/бодрствования, прекращение приема лекарств, прием психоактивных веществ, семейные конфликты. Клиницисты заостряют внимание участников на том, что «генетика - не судьба» и развитие ребенка будет во многом зависеть от баланса факторов риска/стабилизации. Далее участники идентифицируют стрессоры текущего состояния ребенка (семейные конфликты, сиблинговая конкуренция, сверстники или романтические отношения, школа, соседи и пр.) и их влияние на настроение ребенка. Обсуждается роль воздействия болезненного состояния ребенка на семейное функционирование. Ключевым моментом психообразования является информирование о возможных рецидивах. Участники обучаются распознавать ранние проявления симптоматики и суицидальности пациентов и, соответственно, планировать свои действия в кризисные моменты включая правильное поведение с больным и способы получения экстренной медицинской помощи. В превентивный план включается антисуицидальный и антисамоповреждающий контракт с пациентом, договор об обращении к врачу в случае ухудшения состояния, стабилизация режима сна/бодрствования. На окончательном этапе создается фокус на поддержании стабильности семейного окружения (регулярность семейных бытовых традиций: прием пищи, сон; снижение стрессогенности семьи: толерантность, использование техник эмоциональной саморегуляции для членов семьи).

Miklowitz с соавт. [28] разработали модификацию взрослой версии семейно-ориентированной терапии, учитывающей фактор развития и возрастные особенности клинической симптоматики у подростков 12-17 лет с БАР I типа. Ими было проведено исследование группы подростков, в котором была доказана эффективность семейно-ориентированной терапии в сочетании с психофармакологическим лечением по сравнению со стандартно оказываемой психиатрической помощью, включающей психофармакологическое лечение и стандартное информирование о поведении в кризисных состояниях. В качестве объекта терапевтической помощи выступает вся семья целиком, и фокус терапии смещается с интрапсихических конфликтов к проблемам обнаружения и изменения дисфункциональных моделей взаимодействия между членами семейной системы. Согласно полученным данным, в группе семейно-ориентированной терапии достоверно снижалось количество рецидивов аффективных фаз и повторных госпитализаций. Эффективность семейно-ориентированной терапии для подростков с БАР авторы связывают с улучшением коммуникативных паттернов в семье и комплайенса после лечения, а также обучением семей распознавать

ранние симптомы обострения.

Представленный ими модуль состоял из 3-х последовательных блоков: 1- психообразование о нарушениях регуляции настроения и путях усиления стабильности настроения; 2 - коммуникативный тренинг; 3 - проблемно-разрешающий тренинг навыков для членов семьи. На первом этапе с помощью психосоциального вмешательства решались следующие задачи: донести до детей и подростков и членов их семей понимание природы, паттернов и биопсихосоциального содержания циклов настроения; добиться осознания детьми и подростками их уязвимости к болезни и информировать о стратегиях минимализации будущих симптомов; объяснить детям и подросткам роль медикаментов в лечении БАР, исключить потенцирующее влияние медикаментов на развитие аффективных переживаний; информировать пациентов и членов их семей об отличии болезненных аффективных симптомов от особенностей личности и возрастного нормального поведения подростков.

Далее, в режиме коммуникативного тренинга, проводилась идентификация стрессовых факторов, которые вызывают колебания настроения, вырабатывались стратегии поддержания стабильности в эутимные периоды, повышался уровень осознания характера коммуникаций в семейном окружении. Завершающей фазой была выработка проблемно-разрешающих навыков поведения с помощью составления листа навыков совладания – «toolkit» для работы с детьми: метод составления листа навыков совладания, что предполагает выработку стратегий совладания с негативными эмоциями с помощью 4-х основных направлений: социальных контактов, творчества, физической нагрузки и релаксационных упражнений, адаптированных к детскому возрасту, доступных и понятных маленьким детям (например, разговор с друзьями, рисование, велосипедная прогулка, чтение).

Основываясь на модели семейно-ориентированной терапии, M.N. Ravuluri с соавт. [29] разработали модель детско-родительской семейно-когнитивной психотерапии для пациентов с БАР (программа «Rainbow»). В программу включались как родители, так и сиблинги пациентов 5-17 лет с БАР. Исследование эффективности семейно-когнитивной модели в сочетании с психофармакотерапией по сравнению с комплексом психообразовательной психотерапии и психофармакотерапии показало достоверное уменьшение выраженности маниакальных и депрессивных симптомов по Kiddie-SADS<sup>1</sup>, улучшение глобального социального функционирования.

Представляется важным подчеркнуть, что программа проводилась индивидуально для каждой из семей в соответствии их потребностями на трех последовательных этапах:

1. Построение терапевтического альянса, психообразование о симптомах биполярных аффективных расстройств и использовании медикаментов;

2. Приобретение участниками программы когнитивно-поведенческих навыков: регуляция аффекта, позитивное самовыражение, «рефреминг» - переформулирование негативных суждений.

3. Приобретение проблемно-разрешающих навыков поведения, создание листа навыков совладания.

4. Акцентирование участников тренинга на социальных навыках и родительской поддержке.

---

<sup>1</sup> Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children



Психотерапевтическая программа, разработанная М. Fristad с соавт. [18,19], основана на комбинировании методов психообразования, семейной, когнитивно-бихевиоральной и терапии социального ритма. Программа адаптирована для двух форматов: мультисемейная терапия, предполагающая существование параллельных детских и родительских групп, и индивидуальная работа с семьями.

Программа рассчитана на 8 сессий, включая психообразование (информирование родителей о симптомах заболевания и методах лечения; об организации лечения в системе здравоохранения и основах взаимодействия в терапевтической команде; о негативном семейном цикле), выработка навыков совладания, связанных с проблемно-разрешающим поведением, вербальной и невербальной коммуникацией и управлением симптомами. Параллельно с родительской группой в детской группе проводятся дидактические сессии о симптомах аффективных нарушений и коморбидных состояниях с использованием иллюстраций, адаптированных к детскому возрасту (упражнение «назови врага»). Дети обучаются отличать болезненные проявления от нормального возрастного поведения сверстников. С помощью терапевта дети определяют цели лечения, их информируют о возможных побочных эффектах медикаментов.

Следующей целью является развитие у детей навыков управления симптомами и аффективной саморегуляции с помощью создания листа «tool kit»- набора инструментов эмоциональной саморегуляции. Далее на примере иллюстративных схем детям рассказывают о негативной и позитивной связи мыслей, чувств и действий (упражнение «думаем, чувствуем, делаем»), а затем проводят когнитивный рефреминг с акцентом на ответственности за собственный выбор. Дальнейшие сессии посвящены улучшению навыков вербальной и невербальной коммуникации.

По мнению авторов, важным компонентом программы индивидуальной работы с семьями является построение семей графика настроения ребенка с использованием информации о колебаниях настроения в зависимости от различных психосоциальных факторов: стрессовых событий, физического здоровья, сезонных паттернов, что способствует как лучшему осознанию симптомов самим пациентом, так и улучшению сотрудничества в процессе медицинской оценки состояния и лечения.

Наряду с вышепредставленными в лечении БАР в детском и подростковом возрасте используется метод интерперсональной терапии, сочетающейся с терапией социального ритма. Теоретически этот метод базируется на «модели нестабильности», теории влияний социальных сигналов на процессы стабилизации-дестабилизации суточного ритма [16, 21] и базовых принципах интерперсональной психологии. Согласно модели «нестабильности» индивидуумы с БАР являются биологически уязвимыми к нарушениям циркадианного ритма. Существуют определенные реципрокные взаимоотношения между циркадианными ритмами, циклом сна-бодрствования и аффективными нарушениями. Соответственно, есть определенные факторы, способствующие возвращению аффективных эпизодов: ответная реакция на события жизни, такие как межличностные конфликты или нерегулярная социальная занятость и, как следствие, нарушение суточного ритма и приема психофармакологического лечения.

Развивая модель взаимного влияния биологических и психосоциальных факторов в генезе рецидива аффективных эпизодов, С.L. Ehlers с соавт. установили, что существуют специфические социальные сигналы, которые запускают биологические часы (zeitgebers - установители времени) и которые их сбивают

(zeitstorer - нарушители времени) [16]. Социальные сигналы - «установители времени» определяются личными отношениями, социальными потребностями и задачами, которые запускают биологический ритм (например, встреча детей к определенному времени отправления школьного автобуса, структурированные во времени занятия в школе, которые могут первично определять время сна, бодрствования, приема пищи и т. п.). У детей с генетической предрасположенностью к БАП физиологические и хронологические нарушения могут вызываться утратой социальных сигналов. Потеря социального таймера (например, школьные каникулы) может быть триггером нового эпизода в связи с дисрегуляцией биологического ритма. К «нарушителям времени» относятся психосоциальные события, которые сбивают биологические часы (например, сепарация от родителей, рождение сиблинга, подготовка к экзаменам, обуславливающая большую учебную нагрузку в сжатые сроки, особенно если ребенок занимается в ночное время, игнорируя еду и сон).

Принципы интерперсональной терапии и терапии социального ритма (IPT SRT) построены на идее помощи пациенту регулировать его социальный ритм, модулировать социальные «установители» и «разрушители» времени. В лечебный план входит психообразовательный модуль, модуль мониторинга частоты и интенсивности социальных взаимодействий, ежедневного настроения и режима дня [29]. Таким образом становится возможным определить специфические триггеры нарушения суточного ритма и постепенно выработать стратегию его регулирования. Далее, в рамках модели терапии межличностного взаимодействия устанавливается связь настроения с событиями жизни, фокусирование на проблемных зонах в жизни пациента. Пациент с помощью терапевта определяет свой стабильный и нестабильный ритм, начинает работать над стабилизацией ритма через постепенное изменение личного стиля жизни.

В рамках отдельных мультидисциплинарных программ психосоциальные вмешательства применяются в области академического функционирования пациента. Для успешного лечения пациента предполагается установление связи со школой или другими учебными заведениями, которые нередко играют важную роль в поддержании реабилитации детей и подростков. В комплексе психосоциальных вмешательств рассматривается «контракт со школой», который предполагает правильно спланированную и соответствующую потребностям детей и подростков с БАП организацию образовательного процесса, учитывающую высокий уровень сопутствующих нарушений поведения, разрушающих социальные связи. Для предотвращения снижения успеваемости и остановки академического роста детей и подростков используется индивидуальный учебный план и школа консультаций.

В заключение следует сказать, что на современном этапе существует достаточно возможностей научно-обоснованного применения психосоциальных вмешательств у детей и подростков с БАП. Тем не менее, несмотря на значительное число исследований, на настоящем этапе сравнительно мало известно о взаимодействии психосоциальных факторов риска и защиты с факторами болезненного процесса в контексте возрастных онтогенетических и семейных процессов. Выяснение этих факторов в структуре мультифакторных условий развития в условиях болезни, приводящих к психосоциальной дизадаптации и разнообразным нарушениям психосоциального развития является необходимой предпосылкой для разработки лечебно-реабилитационных моделей и повышения эффективности психосоциальных мероприятий.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Иовчук Н.М., Калинина Л.М., Кивелиович А.М. Типологические особенности эндогенных маниакальных состояний у подростков / Актуальные проблемы клиники, лечения и социальной реабилитации психически больных. - М., 1982. - С. 70-72.
2. Коцюбинский А.П., Бутома Б.Г., Зайцев В.В. Стигматизация и дестигматизация при психических заболеваниях // Социальная и клиническая психиатрия. - 1999. - № 3. - С. 9-14.
3. Лапидес М.И. Клинико-психопатологические особенности депрессивных состояний у детей и подростков / Вопросы детской психиатрии. - М., 1940. - С. 39-77.
4. Личко А.Е., Озерецковский С.Д. Особенности клиники и течения I депрессивных фаз при МДП в подростковом периоде / Актуальные проблемы психиатрии детского и подросткового возраста. - М., 1976. - С. 146-153.
5. Сосюкало О.Д., Кашникова А.А., Татарова И.Н. Психопатоподобные эквиваленты депрессий у детей и подростков // Ж. невропат. и психиатр. - 1983. - № 10. - С. 1522-1526.
6. Ajuriaguerra J. Manuel de Psychiatrie de l'enfant. - Paris, 1970.
7. Akiskal HS. Mood disorders: introduction and overview: on Bipolar Disorders: Clinical Course and Outcome' by Goldberg JF., Harrow M. - Washington DC: American Psychiatric Press, 1999.
8. Birmaher B. Longitudinal course of pediatric bipolar disorder. Am J Psychiatry - Apr 2007;164(4):537-9.
9. Brodsky BS, Mann JJ, Stanley B, Tin A, et al. Familial transmission of suicidal behavior: factors mediating the relationship between childhood abuse and offspring suicide attempts. J Clin Psychiatry - 69(4):584-96,2008.
10. Beck AT. Cognitive models of Depression. J of Cognitive Psychotherapy - 1, 5-37. 1987.
11. Cicchetti D & Sroufe LA. Editorial: The past as prologue to the future: The times, they've been a-changin' / Development and Psychopathology - 12, 255-264, 2000.
12. Chang KD, Steiner H, Ketter TA. Psychiatric phenomenology of child and adolescent bipolar offspring. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry - Apr 2000;39(4):453-60.
13. Chang K, Howe M, Gallelli K, Miklowitz D. Prevention of pediatric bipolar disorder: integration of neurobiological and psychosocial processes. Ann N Y Acad Sci - Dec 2006;1094:235-47.
14. Danielyan A, Pathak S, Kowatch RA, Arszman SP, Johns ES. Clinical characteristics of bipolar disorder in very young children. J Affect Disord - Jan 2007;97(1-3):51-9.
15. Depue RA, Iacono WG. Neurobehavioral aspects of affective disorders. Ann Review of Psychology - 40, 457-492, 1989.
16. Ehlers CL, Kupfer DJ, Frank E, Monk TH. Biological rhythms and depression: the role of zeitgebers and zeitstorerers. Depression - 1993;1:285-293.
17. Findling RL, Youngstrom EA, McNamara NK, et al. Early symptoms of mania and the role of parental risk. Bipolar Disorders - 2005;7(6):623-634.
18. Fristad MA, Goldberg-Arnold JS, Gavazzi SM Multi-family psychoeducational groups in treatment of children with mood disorders. J of Marital and Family Therapy - 29, 491-504, 2003.
19. Fristad MA. Impact of Multyfamily psychoeducational psychotherapy in treat-

ing children aged 8-12 years with mood disorders. Arch Gen Psych -Vol 66, 9, 2009.

20. Geller B, Bolhofner K. Psychosocial functioning in a prepubertal and early adolescent bipolar disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry - 39, 1543-1548, 2000.

21. Goodwin FK, Jamison KR. Manic-Depressive Illness. - New York: Oxford University Press, 1990.

22. Kessler R, Berglund P, Demler O, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch. Gen. Psychiatry. — 2005. —V.62. —P.593—602, 617—627.

23. Kim EY, Miklowitz DJ, Biuckians A, Mullen K: Life stress and the course of early-onset bipolar disorder. J Affect Disord. - 99, 37–44 (2007).

24. Leverich GS, Post RM, Keck PEJ, et al. The poor prognosis of childhood-onset bipolar disorder. Journal of Pediatrics. - 2007;150(5):485–490.

25. Leverich GS, McElroy SL, Suppes T, et al. Early physical and sexual abuse associated with an adverse course of bipolar illness. Biological Psychiatry. - 2002;51:288–297.

26. Lewinsohn PM, Klein DN, Seeley JR. Bipolar disorder during adolescence and young adulthood in a community sample. Bipolar Disorders. - 2000;2:281–293.

27. McClure EB, Treland JE, Snow J et al. Deficits in social cognition and response flexibility in pediatric bipolar disorder. Am J Psychiatry - 162, 1644–1651 (2005).

28. Miklowitz DJ, Axelson DA, Birmaher B, et al. Family-focused treatment for adolescents with bipolar disorder: results of a 2-year randomized trial. Arch Gen Psychiatry. - Sep 2008;65(9):1053-61.

29. Pavuluri MN, Graczyk PA, Henry DB, et al. Child and family-focused cognitive behavioral therapy for pediatric bipolar disorder: development and preliminary results. J of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. - 2004;43:528–537.

30. Perlis RN. Long-term implications of early onset of in bipolar disorder. Biological Psychiatry. - 2004;55:875-881.

31. Post R.M. The role of psychosocial stress in onset and progression of bipolar disorder and its comorbidities. Dev. Psychopathology. - 18, 1181-1211, 2006.

32. Rea MM, Tompson M, Miklowitz DJ, et al. Family focused treatment vs. individual treatment for bipolar disorder: results of a randomized clinical trial. Journal of Consulting and Clinical Psychology. - 2003;71:482–492.

33. Rutter M, Sroufe LA. (2000). Developmental psychopathology: Concepts and challenges. Development and Psychopathology. - 12, 265-296.

34. Romero S, Birmaher B, Axelson D, Goldstein et al. Prevalence and correlates of physical and sexual abuse in children and adolescents with bipolar disorder. J Affect Disord. - Jan 2009;112(1-3):144-50.

35. Strober M, Carlson C. Bipolar illness in adolescents with major depression. Arch Gen Psychiatry 1982;39:549-555.

36. Shenkel LS, West AE, B. Patel NB. Pavaluri MN. Parent-Child interactions in Pediatric Bipolar Disorder. J Clin Psychology. - 64(4), 422-437, 2008.

37. West AE, Henry DB, Pavaluri MN. Maintenance model of integrated psychosocial treatment in pediatric bipolar disorder. J of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. - 46, 205-212, 2007.

**Л.Ю. Данилова, И.П. Киреева**  
**ПСИХОТРОПНЫЕ ПРЕПАРАТЫ,**  
**РЕКОМЕНДОВАННЫЕ К ПРИМЕНЕНИЮ У ДЕТЕЙ И**  
**ПОДРОСТКОВ**

**(Ассоциация детских психиатров и психологов, Москва).**

Биологическая терапия психических заболеваний и расстройств имеет в своем арсенале несколько базовых возможностей воздействия на обменные процессы, протекающие в клетках головного мозга пациента. Однако ведущим направлением в лечении психических нарушений и основным терапевтическим инструментом врача-психиатра является фармакотерапия [1, 3, 9, 11, 20]. Исследования последней трети XX века в физиологии и медицине, в частности, открытие 3 основных нейромедиаторов (дофамина, серотонина и норадреналина), определяющих психическую деятельность, обнаружение в головном мозге «ауторецепторов», расположенных на синтезирующих катехоламин нейронах, изучение «медленной синаптической передачи», прямого и обратного транспорта нейромедиатора через синаптическую мембрану и т. п. привели к пониманию механизма действия психотропных препаратов [2, 8, 20]. На наших глазах эмпирический подбор лекарств уходит в прошлое, на смену ему приходит патогенетический принцип терапии психических расстройств [2, 3, 9, 10, 20].

Простые и легкие в технике использования медикаменты, пришедшие на смену шокowym методам терапии, позволяют безопасно, при необходимости неограниченно долго, контролировать психопатологическую симптоматику. Благодаря психофармакотерапии пациенты с психическими нарушениями получили возможность лечиться, не покидая семьи и не прерывая учебу. Расширение арсенала психотропных средств, психологическая приемлемость для больного и его родных предлагаемого способа лечения, способность прицельно и контролируемо воздействовать на отдельные проявления болезни или даже компенсировать целые звенья патогенеза привели к бурному развитию этой области психиатрии.

В детской и подростковой практике основные терапевтические подходы, сами препараты и способы их введения принципиально сходны с таковыми, разработанными и апробированными для пациентов зрелого возраста, что естественно вытекает из принципиального единства природы болезненных состояний. Вместе с тем, использование психотропных средств у детей и подростков по сравнению с психофармакотерапией пациентов зрелого возраста, находится в самой начальной стадии развития [6, 7, 12] и наталкивается на ряд серьезных проблем.

Систематических исследований по фармакокинетике психотропных препаратов у детей разных возрастных групп явно недостаточно [6, 11]. Психотропные препараты последних поколений, давно применяемые в общей психиатрической практике, в силу ряда юридических и экономических сложностей никогда не проходили клинических испытаний по международному протоколу исследований при назначении их детям или подросткам [6]. Это привело к тому, что наиболее эффективные и безопасные средства не имеют официального рекомендаций к использованию у детей, а их аннотации ограничиваются заметкой «данных об использовании у лиц до 15/18 лет не имеется». Вместе с тем, старые препараты первых генераций традиционно укоренились в практике и широко используются детскими психиатрами, хотя заведомо дают более тяжелые и частые побочные эффекты.

Несовершенным и мало разработанным остается даже вопрос о дозировке лекарственного средства при назначении его больным детского и подросткового возраста. Существует лишь эмпирически сложившееся представление о том, что в дошкольном возрасте ребенок должен получать 1/6-1/4 дозы взрослого больного, в 7-12 лет – 1/4-1/2 дозы, в 12-15 лет – 1/2 дозы, 15-17 лет – 1/2-3/4 дозы, а с 18 лет – полную дозировку, рассчитанную на взрослого [12]). Понятно, что это очень приблизительный подбор дозы, который коррелирует с абстрактным «возрастом» без учета массы тела, скорости протекания обменных процессов и т. п.

Вместе с тем известно, что у детей процессы метаболизма и выведения лекарств происходят намного быстрее, чем у взрослых. Терапевтическая концентрация препарата в крови ребенка может достигаться при дозировке лекарственного средства в мг/кг массы тела больного более высокой, чем у лиц среднего возраста. Кроме того, процессы обмена и выведения лекарств неодинаковы в разных возрастных группах. Например, в периоды младенчества или полового созревания относительная доля жировой ткани в организме повышается и психотропные препараты с высокой липофильностью в большей степени накапливаются в организме, чем в другие возрастные периоды. Также в зависимости от возраста изменяется соотношение «масса печени/масса тела», изменяется уровень клубочковой фильтрации в почках и т. п. [3, 7, 20].

С другой стороны, возрастной особенностью пациентов детского возраста является недостаточная сформированность, незрелость мозговых структур, обуславливающая особую, отличную от пациентов зрелого возраста реактивность. Педопсихиатр должен быть готов к появлению парадоксального реагирования на введения психотропного вещества (например, моторного расторможения или нарушений сна при приеме седативных средств). Эта особенность реагирования выражена тем больше, чем младше возраст пациента [12]. Кроме того, дети могут быть очень чувствительны к побочному действию препаратов. Все чаще встречающиеся в последнее время перинатальные вредности, хроническое соматическое неблагополучие предрасполагают к раннему появлению неврологических, сосудистых, аутоиммунных нарушений.

Рассмотренные обстоятельства делают подбор дозировки для больных детского и подросткового возраста весьма сложным и всегда индивидуальным. В случае, если препарат официально рекомендован к использованию в педопсихиатрии, фармакологическая фирма – производитель препарата – указывает, каким параметром следует руководствоваться при определении лечебной дозы; обычно это количество вещества на единицу площади кожных покровов или единицу массы тела больного. Однако далеко не всегда родители могут сообщить необходимые сведения, а врач на приеме – определить нужные показатели.

При выборе лекарственного препарата в детской и подростковой психиатрии доминирует принцип безопасности лечения, согласно которому врач отдает предпочтение препарату не только высокоэффективному в терапевтическом плане, но и обладающему хорошей переносимостью, с минимальным риском проявления побочных эффектов в широком диапазоне дозировок. Препараты, плохо сочетающиеся с другими лекарственными веществами, требующие жестких диетических или иных ограничений в виду риска осложнений, потенциально опасные из-за возможности формирования привыкания и зависимости, редко используются в возрастной психиатрии. (Так, практически не используются антидепрессанты-ингибиторы МАО, редко назначаются психостимуляторы и т.

п.) При выборе формы лекарственного средства предпочтение отдается пероральным вариантам, в то время как инъекционные формы используются только при острых психотических состояниях.

Строгих инструкций по терапевтической тактике в педопсихиатрии не существует. Обычно лечение психотических состояний начинают с наименьшей дозы избранного препарата, постепенно увеличивая дозировку (титрование дозы под контролем клинического наблюдения или, при возможности, в зависимости от становления стабильной концентрации препарата в крови). При появлении побочных явлений дозу уменьшают, возвращаясь к предыдущей дозе, которая **называется максимально переносимой** для данного больного.

При относительно неглубоких невротических/неврозоподобных нарушениях, не представляющих опасности для жизни больного, и состояниях, не сопровождающихся приостановкой и регрессом развития, оправдан подход, при котором дозировки **наращиваются до минимально эффективных**.

Во избежание возникновения чередования чрезмерно высоких пиков и относительных «провалов» концентрации препарата в крови, требуется более частое (дробное суточное) назначение препарата, чем это принято у больных зрелого возраста. По возможности следует избегать полипрагмазии. При необходимости же сочетать несколько препаратов рекомендуется вводить их в терапию постепенно.

Подбор эффективной дозы нормотимиков и антиконвульсантов желательнее проводить под контролем концентрации препарата в крови, что возможно для солей лития, депакина и карбамазепина.

Клиническая практика свидетельствует, что назначение препаратов, не имеющих официальных рекомендаций к применению в детском возрасте («off-label») производится достаточно широко [6, 11]. Эта тенденция просматривается как в отечественной, так и в мировой педиатрии, и определяется насущной необходимостью в связи с недостаточной эффективностью старых лекарственных средств, большой частотой и тяжестью их побочных эффектов, а нередко и с собственно непереносимостью детьми и подростками разрешенных препаратов. По данным экспертов Всемирной организации здравоохранения, доля использования незарегистрированных лекарств в педиатрии колеблется от 45% до 80% назначений [цит. по 6, 11]. В 2007 г. ВОЗ выпустила резолюцию о значимости и необходимости проведения клинических исследований в педиатрии, а Европарламент принял решение существенно расширить такие испытания; при этом фармфирмам в качестве стимула предлагается от 0,5 до 2 лет исключительного права присутствия на рынке, в течение которых не могут быть зарегистрированы дженерики исследуемого лекарства [цит. по 11].

К сожалению, клинические испытания лекарственных средств в педиатрии вообще и в детской психиатрии в частности так малочисленны, что не нельзя надеяться на скорое решение проблемы вытеснения устаревших препаратов из детской практики. Американское FDA (Управление по контролю за продуктами и лекарствами) даже составило «Перечень приоритетных препаратов ...», куда вошли лекарства, регулярно используемые в педиатрии, хотя и не получившие на то лицензии [цит. по 6, 11].

Детские психиатры постоянно сталкиваются с дилеммой выбора между новыми эффективными, но не рекомендованными препаратами и старыми, часто «тяжелыми» и обремененными побочными эффектами, но «разрешенными». Соответственно этому, врачебное сообщество также расслоилось. Часть прак-

тикующих педопсихиатров предпочитают следовать официальным инструкциям и аннотациям, назначая своим пациентам исключительно «законные» средства, другие же, руководствуясь интересами больного, на свой страх и риск принимают решение в пользу современных лекарственных препаратов. (В подобных случаях рекомендуется обосновывать назначение препарата решением врачебной комиссии, поставить в известность родителей пациента и получить их согласие на лечение этим средством.)

Вместе с тем, нужно отметить, что и т. н. «традиционные» лекарственные препараты далеко не всегда проходили клинические испытания в современном понимании этого исследования. Некоторые из них имеют рекомендации к использованию у детей только для конкретной нозологии или синдрома или же только в ограниченном возрастном диапазоне. Как правило, практикующие детские психиатры имеют довольно смутное представление о конкретных указаниях к использованию лекарственного средства, руководствуясь представлением, что препарат «в принципе разрешен» или «препарат используется в детской психиатрии десятки лет».

Для систематизации знаний практикующих педопсихиатров о показаниях к назначению лекарственных средств мы суммировали доступную нам информацию из различных источников. Рекомендованные (на текущий момент времени) для использования в детско-подростковой практике психотропные препараты мы представили в приводимой ниже таблице, составленной по фармакологическим справочникам и официальным аннотациям препаратов.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Авруцкий Г.Я., Недува А.А.. Лечение психически больных. – М., 1988. – 528 с.
2. Анохин К.В. Лауреаты Нобелевской премии 2000 года по физиологии и медицине А.Карлссон, П.Грингард, Э.Кендел // ПРИРОДА - 2001.- № 1.- С. 10-16.
3. Арана Дж., Розенбаум Дж. Фармакотерапия психических расстройств. – М.: «Бином», 2004. – 416 с.
4. Видаль Специалист 2011 «Неврология и Психиатрия»: Справочник – 9 изд. - М.: «АстраФармСервис», 2011 г. – 944 с.
5. Видаль Справочник «Лекарственные препараты в России» – М.: «АстраФармСервис», 2011 г. – 1728 с.
6. Данилов И. Проект Pharm-MedExpert.ru. – [http://www.medicinarf.ru/publication/2011/?news\\_id=6926](http://www.medicinarf.ru/publication/2011/?news_id=6926).
7. Завидова С.С., Намазова-Баранова Л.С., Тополянская С.В. Клинические исследования лекарственных препаратов в педиатрии: проблемы и достижения. - Педиатрическая фармакология.- 2010.- № 1.- С. 6-14.
8. Малин Д.И. Побочное действие психотропных средств. – М.: «Вузовская книга», 2000. – 207 с.
9. Мосолов С.Н.. Основы психофармакотерапии. – М.: «Восток», 1996. – 288 с.
10. Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов. – СПб.: «Медицинское информационное агентство», 1995. – 568 с.
11. Петрова А. Этика детства // «Коммерсант Ъ», Приложение «Здравоохранение» - № 190 (4731) - 11.10.2011.- <http://www.kommersant.ru/doc-y/1791891>
12. Практическое руководство по детским болезням / Под руководством В.Ф. Коколиной и А.Г. Румянцева. – Том VII «Детская и подростковая психиатрия и медицинская психология» // Под ред. Ю.С. Шевченко и А.Л. Венгера. –



М.: «Медпрактика-М», 2006. – 547 с.

13. Психофармакологические и противосеипептические препараты, разрешенные к применению в России: 2-е изд. / Под ред. С.Н. Мосолова – М.: «Бином», 2004. – 304 с.

14. РЛС Энциклопедия лекарств. Выпуск 19. – М.: РЛС-МЕДИА, 2010, вып. 19. – 1368 с.

15. РЛС-Аптекарь, 2011. – М.: РЛС-МЕДИА, 2010, вып. 14. – 1192 с.

16. РЛС-Доктор 2011: «Неврология и психиатрия». – М.: ЛИБРОФАРМ, 2011, вып. 15. – 656 с.

17. Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста: 2 издание дополненное и переработанное / Под ред. С.Ю. Циркина. – СПб.: «Питер», 2004. – 896 с.

18. Электронная версия энциклопедии лекарств РЛС – 2007 г. - <http://www.pharmvestnik.ru/calculator.html>

19. Электронная версия Фармацевтический вестник (информационный портал индустрии) - <http://www.rlsnet.ru/prmoni.htm>

20. Яничак Ф., Дэвис Д., Прескорн Ш. И др. Принципы и практика психофармакотерапии. – Киев: «Ника-Центр», 1999. – 728 с.

### **Психотропные препараты, используемые в детской и подростковой психиатрии**

#### ***АНТИПСИХОТИКИ (НЕЙРОЛЕПТИКИ)***

<b>Международное название и форма выпуска</b>	<b>Торговые названия</b>	<b>Показания к применению</b>	<b>Начальная доза</b>	<b>Средняя доза</b>	<b>Макс. доза</b>
<b>Алимемазин</b> (Alimemazini) 0,005 № 50 0,05%-150,0 (раствор per os во флаконе) 10,0 мл = 5 мг <i>(не поступает в продажу)</i>	Терален Валлерган Темарил Тералиджен	1. Неврозоподобные нарушения эндогенной природы <i>(с 1 года)</i> 2. Выраженные психосоматические расстройства <i>(с 1 года)</i>		0,125-0,25 мг/кг/с 2,5-40 мг/с  0,125-0,25 мг/кг/с 2,5-40 мг/с	500 мг/с <i>(у взрослых в стационаре)</i>
<b>Амисульприд</b> (Amisulpride) 0,1; 0,2; 0,4 № 30	Солиан Лимипранил	Выраженные продуктивные и негативные р-ва при психозах <i>(с 15 лет)</i>	50-200 мг/с	800-1200 мг/с (острые состояния) 50-300 мг/с (преобладание негативной симптоматики)	1200 мг/с <i>(у взрослых)</i>
<b>Галоперидол</b> (Haloperidol) 0,00015; 0,005 № 50; 30,0 (раствор per os) 1 капля = 0,1 мг; Ампулы для в/м: 1,0 мл = 5 мг	Галоперидол Галдол Галопер Сенорм	1. Психотические расстройства <i>(с 3 лет)</i> 2. Премедикация	$\geq 3$ лет – 0,025-0,05 мг/кг/с  $\geq 13$ лет – 1,0-4,5 мг/с	$\geq 3$ лет – 0,2 – 3,0 мг/с  $\geq 13$ лет – 1,5-9 мг/с	$\geq 3$ лет – 0,2 мг/кг  $\geq 13$ лет – 10 мг/с 40 мг/с <i>(у взрослых)</i>
<b>Дроперидол</b> (Droperidol) Sol. 0,25% - 5,0 № 5 (в ампулах) 1,0 мл = 2,5 мг	Дроперидол	1. Премедикация, нейролептанальгезия <i>(с 3 лет в стационаре)</i> 2. Психомоторное возбуждение при		100-400 мкг/кг для в/м, в/в	

		неотложных состояниях (с 3 лет в стационаре)			
<b>Клозапин</b> (Clozapine) 0,025; 0,1 № 50	Азалептин Азалепрол Клозапин Клозастен Лепонекс	1. Психотические расстройства, особенно с резистентностью к другим нейролептикам (с 5 лет) 2. Психотическое психомоторное возбуждение, агрессия (с 5 лет)	12,5-50 мг/с	≥10 лет – 25-100 мг/с ≥13 лет – 50-150 мг/с	≥10 лет – 100мг/с ≥13 лет – 300мг/с 600 мг/с (у взрослых)
<b>Левомепромазин</b> (Levomepromazin) 0,25 № 50 В ампулах: 2,5%-1,0 № 10 в/м	Тизерцин	Психомоторное возбуждение; тревожная ажитация с фобиями, бессонницей (с 12 лет)	6,25-25 мг/с	0,35-3,0 мг/кг/с ≥12 лет – 25-100 мг/с	≥12 лет – 150мг/с 300 мг/с (у взрослых)
<b>Перициазин</b> (Periciazine) 0,01 № 50 Sol 4%-125,0	Неулептил	Психопатические, психопатоподобные состояния гебоидофрении; паранойальный синдром (с 3 лет)	1-3 мг/с	0,1-0,5 мг/кг: 2-30 мг/с	≥13 лет – 40 мг/с 50-60 мг/с (у взрослых)
<b>Перфеназин</b> (Perfenazine) 0,004; 0,01 № 50	Этаперазин	Умеренно выраженные продуктивные и негативные р-ва при психозах (с 12 лет)	2-4 мг/с	4-15 мг/с	24 мг/с
<b>Рисперидон</b> (Risperidone) 0,001; 0,002; 0,004 N20; Risperidone-quicklet 0,002 N56 Sol. Risperidone 30,0 (1 мг/мл; возможность дозирования с 0,05мг: 1 деление=0,00005)	Рисполепт Ридонекс Рилептид Рисполюкс Риссет Сизодонсан Сперидан Торендо Торендо-ку-таб	1. Психозы, мании, поведенческие расстройства у пациентов с деменцией при проявлении симптомов агрессивности (с 15 лет) 2. Шизофрения (с 13 лет – раствор) 3. Мании при биполярных расстройствах и др. психических заболеваниях (с 10 лет – раствор) 4. Аутизм (с 5 лет – раствор) 5. Расстройства поведения с агрессивностью в виде ведущего клинического синдрома (с 15 лет)	0,5-2 мг/с 0,5 мг/с 0,5 мг/с 0,25 мг/с (1-3 день) 0,5 мг/с (4-14 день) 0,5 мг/с (1-3 день) 1,0 мг/с (4-14 день) 0,5 мг/с (1-3 день) 1,0 мг/с	4-6 мг/с 3 мг/с 2,5 мг/с 0,5-1,5 мг/с (при дальнейшем наращивании шагом в 0,25 мг/с 1р/2 недели) 1,0-2,5 мг/с (при наращивании шагом в 0,5 мг/с 1 р/2 недели) 1,0-3,5 мг/с (при наращивании	10-16 мг/с 6 мг/с 6 мг/с 1,5 мг/с (при массе тела < 20 кг) 2,5 мг/с (при массе тела ≥ 20 кг) 3,5 мг/с (при массе

			(4–14 день) (при массе тела $\geq 45$ кг) 0,25 мг/с (при массе тела $< 50$ кг) 0,5 мг/с (при массе тела $\geq 50$ кг)	шагом в 0,5 мг/с 1р/2 недели) (при массе тела $\geq 45$ кг) 0,5 мг/с (при массе тела $< 50$ кг) 1,0 мг/с (при массе тела $\geq 50$ кг)	тела $\geq 45$ кг)  0,75 мг/с (при массе тела $< 50$ кг) 1,5 мг/с (при массе тела $\geq 50$ кг)
<b>Сульпирид</b> (Sulpiride) 0,05 № 30, 0,2 № 12, 60	Эглонил Бегамакс Депрал Просульпин Сульпирид	1. Негативная симптоматика при психозах – малые дозы ( <b>с 15 лет</b> ) 2. Продуктивная симптоматика при психозах – большие дозы ( <b>с 15 лет</b> ) 3. Эндогенные депрессии с вялостью и апатией ( <b>с 15 лет</b> )	25 мг/с  50 мг/с  25 мг/с	50-75 мг/с  400-800 мг/с  50-150 мг/с	1200 мг/с (у взрослых)
<b>Тиаприд</b> (Tiapride) 0,1 № 20	Тиаприд Тиапридал	1. Гиперкинезы и дискинезии ( <b>с 7 лет</b> ) 2. Психомоторное возбуждение, импульсивность ( <b>с 7 лет</b> )		$\geq 7$ лет – 100-150 мг/с $\geq 7$ лет – 100-150 мг/с	$\geq 7$ лет – 300 мг/с  800 мг/с (у взрослых)
<b>Тиоридазин</b> (Thioridazine) 0,01, 0,025 № 60	Меллерил Сонапакс Тиоридазин Тиодазин Тиорил Тисон	Нарушения поведения с повышенной психомоторной активностью, (гипо) маниакальные состояния ( <b>с 4 лет</b> )	10-25 мг/с	4-7 лет – 20-30 мг/с (за 2-3 приема) 8-14 лет – 30-100 мг/с (за 2-3 приема) 14-17 лет – 30-150 мг/с (за 2-3 приема)	$\geq 13$ лет – 300 мг/с  800 мг/с (у взрослых в стационаре)
<b>Трифлуоперазин</b> (Trifluoperazine) 0,001; 0,005; 0,01 № 50	Трифлуоперазин Тразин Трифтазин Стелазин Эсказин	Психотические расстройства с выраженной продуктивной симптоматикой ( <b>с 6 лет</b> )	1 мг/20 кг массы тела/с	$\geq 7$ лет – 1-10 мг/с $\geq 12$ лет – 5-30 мг/с	$\geq 12$ лет – 40 мг/с  80 мг/с (у взрослых)
<b>Флуфеназин</b> (Fluphenazine) 0,001; 0,0025; 0,005 № 20	Флуфеназин Лиоген Модитен	Психозы без агитации ( <b>нет точных указаний о возрасте</b> )		$\leq 12$ лет – 250-750 мкг 1-4 р/с $\geq 13$ лет – 1-5 мг 2-3 р/с	
<b>Флуфеназин-деcanoат</b> (Fluphenazine decanoate) 0,5 мл или 1,0 мл № 5 (ампулы 25 мг/мл)	Модитен-депо	Психозы без агитации ( <b>с 12 лет</b> )		5-12 лет – 3,125-15,5 мг/каждые 1-3 недели в/м $\geq 13$ лет – по 6,25-25 мг/каждые 1-3 недели в/м	
<b>Хлорпромазин</b>	Аминазин	1. Психотическое	$\geq 1$ года –	$\geq 1$ года –	$\geq 1$ года – 40

(Chlorpromazine) 0,025; 0,05 № 30 В ампулах: 2,5%-1,0 № 10 в/м 2,5%-2,0 № 10 в/м 2,5%-5,0 № 10 в/м	Ларгактил	психомоторное возбуждение, агрессия ( <i>с 1 года</i> ) 2. Психозы с продуктивной симптоматикой ( <i>с 1 года</i> )	500мкг/кг ≥1 года – 500мкг/кг ≥6 лет – 6,25-12,5 мг/с ≥13 лет – 12,5 мг/с	500 мкг/кг 4 р/с ≥1 года – 500 мкг/кг 4 р/с ≥6 лет – 25-75 мг/с ≥13 лет – 150 –300 мг/с	мг/с ≥6 лет – 75 мг/с ≥13 лет – 500 мг/с 1000 мг/с (у взрослых в стационаре)
<b>Хлорпро-тиксен</b> (Chlorprothixene) 0,015; 0,05 № 30	Хлорпро-тиксен Труксал	1. Психотическое психомоторное возбуждение, агрессия ( <i>с 6 лет</i> ) 2. Психотическая тревога и страхи ( <i>с 6 лет</i> )	0,5 мг/кг 0,5 мг/кг ≥6 лет – 7,5-15мг/с ≥13 лет – 15-25 мг/с	0,5-2 мг/кг 0,5-2 мг/кг ≥6 лет – 30-50 мг/с ≥13 лет – 30 – 150 мг/с	≥13 лет – 200 мг/с 600 мг/с (у взрослых)

### АНТИДЕПРЕССАНТЫ

Международное название и форма выпуска	Торговые названия	Показания к применению	Начальная доза	Средняя доза	Макс. доза
<b>Амитриптилин</b> (Amitriptyline) 0,01; 0,025 № 50 Ампулы: 2,0 мл № 5, 10 (1,0 мл=10 мг) для в/м, в/в на физиологическом растворе или 5% глюкозе	Амитриптилин Амизол Саротен Триптизол Эливел	1. Депрессии ( <i>табл. с 6-7 лет; инъекционные формы с 12 лет</i> ) 2. Смешанные эмоциональные расстройства и нарушения поведения ( <i>табл. с 6-7 лет; инъекционные формы с 12 лет</i> ) 3. Энурез. ( <i>табл. с 6 лет</i> ) 4. Психогенные анорексия, булимия ( <i>табл. с 6-7 лет; инъекционные формы с 12 лет</i> ) 5. Хронические боли ( <i>табл. с 6 лет</i> )	1,5 мг/кг/с	1,5-2,5 мг/кг/с ≥12 лет – 25-100мг/с ≥14 лет – 50-150мг/с 1,5-2,5 мг/кг/с ≥12 лет – 25-100мг/с ≥14 лет – 50-150мг/с ≥6 лет – 12,5-25 мг перед сном; ≥12 лет – 25- 50мг перед сном 1,5-2,5 мг/кг/с ≥12 лет – 25- 100мг/с ≥14 лет – 50- 150мг/с 1,5-2,5 мг/кг/с	5 мг/кг/с ≥12 лет – 100мг/с ≥14 лет – 200мг/с 5мг/кг/сутки ≥12 лет – 100мг/с ≥14 лет – 200мг/с 50 мг/с 5мг/кг/сутки ≥12 лет – 100мг/с ≥14 лет – 200мг/с 5мг/кг/сутки
<b>Имипрамин</b> (Imipramine) 0,01, 0,025 № 50 Ампулы: 2,0 мл № 5 (2,0 мл=25 мг) для в/м, в/в на физиол. р-ре или 5% глюкозе	Мелипрамин Имизин Тофранил	1. Ночное недержание мочи ( <i>с 6 лет</i> ) 2. Депрессии ( <i>у взрослых</i> )	25 мг/с	≥6 лет – 5 мг н/н ≥7 лет – 25 мг н/н 50-250 мг/с	≤15 лет – 2,5 мг/кг/с 300 мг/с (взрослым в стационаре)
<b>Кломипрамин</b> (Clomipramine) 0,01; 0,025 № 30	Анафранил Гидифен Кломинал Клофранил	1. Ночной энурез ( <i>табл. с 5 лет</i> ) 2. Депрессии ( <i>табл. с 5 лет;</i>	10 мг, н/н  10-12,5 мг/с	≥5 лет -10-30 мг н/н ≥9 лет – 25-50 мг н/н ≥5 лет – 30-50 мг/с,	75 мг/с  ≥5 лет – 100мг/с,

		<b>инъекционные формы с 12 лет)</b>  3. ОКР, фобии, <b>(табл. с 5 лет; инъекционные формы с 12 лет)</b>  4. Хронический болевой синдром <b>(табл. с 5 лет)</b>		≥9 лет–50-100 мг/с, ≥13 лет–50-150 мг/с ≥5 лет – 30-50 мг/с, ≥9 лет – 50-100 мг/с, ≥13 лет – 50-150 мг/с, ≥5 лет – 30-50 мг/с, ≥9 лет – 50-100 мг/с, ≥13 лет – 50-150 мг/с	≥9 лет–150 мг/с, ≥13лет–200 мг/с  ≥5 лет – 100мг/с, ≥9 лет–150 мг/с, ≥13лет–200 мг/с  ≥5 лет –50мг/с, ≥9 лет–100 мг/с, ≥13лет–150 мг/с
<b>Мапротилин</b> (Maprotiline) 0,01; 0,025; 0,05 № 30; 50	Людюмил Мапротилин Мапротибене	Депрессивные нарушения у детей и подростков <b>(нет точных указаний о возрасте)</b>	≥10 лет–10мг/с ≥15 лет–25мг/с	≥10 лет – 30-75 мг/с ≥15 лет – 75-150 мг/с	150 мг/сутки <b>(у взрослых)</b>
<b>Милнаципран</b> (Milnacipran) 0,025; 0,05 № 28, 56	Иксел	Депрессии <b>(с 15 лет)</b>	25 мг/с	100 мг/с (в 2 приема в 1 половину дня)	250 мг/с
<b>Пипофезин</b> (Pipofezine) 0,025 № 250	Азафен	Легкие и умеренные депрессии <b>(возраст не оговорен)</b>	12,5–25 мг/с	25-150 мг/с	200 мг в сутки <b>(у взрослых)</b>
<b>Пирлиндол</b> (Pirlindone) 0,025; 0,05 № 50	Пиразидол	Депрессии <b>(возраст не оговорен)</b>	12,5–25 мг/с	75-200 мг/с	400 мг в сутки <b>(у взрослых)</b>
<b>Сертралин</b> (Sertraline) 0,05; № 14, 28	Алевал Асентра Деприфолт Золофт Стимулотон Сералин Серената Серлифт Торин	1. Депрессии <b>(с 6 лет)</b>  2. ОКР <b>(с 6 лет)</b> 3. Панические атаки 4. ПТСР	≥6лет–12,5мг/с ≥12 лет–25мг/с  ≥6лет–12,5мг/с ≥12 лет–25мг/с	≥6 лет – 25 мг/с (1 раз в день) ≥12 лет – 50 мг/с (1 раз в день)  ≥6 лет – 25 мг/с (1 раз в день) ≥12 лет – 50 мг/с (1 раз в день)	≥6 лет – 50 мг/с ≥12 лет–100мг/с  200 мг/с <b>(у взрослых)</b>
<b>Тианептин</b> (Tianepetine) 0,0125 №30	Коаксил	Депрессии <b>(с 15 лет)</b>	6,25-12,5 мг/с	25-37,5 мг/с	37,5 мг/с (несовместим с ИМАО)
<b>Трава зверобоя</b> (Hyperici herba) (фитопрепарат)	Деприм Негрустин Трава зверобоя	Депрессии, тревога; психовегетативные нарушения Деприм <b>(с 6 лет)</b> Негрустин <b>(с 12 лет)</b> Трава зверобоя <b>(возраст не оговорен)</b>	1/2 табл. 2 р/с	1 табл. 2-3 р/с	Не сочетать с СИОЗС
<b>Тразодон</b> (Trazodone)	Азона Триттико	Тревожно-депрессивные со-	дети: 1,5-2	дети: 6 мг/кг/с	взрослые: 600 мг/с(1/3

0,075; 0,15 № 15,10,30,20	Дезерил	стояния ( <i>с 6 лет</i> )	мг/кг/с взрослые: 50 мг/вечером	взрослые: 150–450 мг/с (1/3 дозы в 16 час. + 2/3 дозы ве- чером)	дозы в 16 час. + 2/3 дозы ве- чером)
<b>Флувоксамин</b> (Fluvoxamine) 0,05; 0,1; 0,2 №15; 30; 60	Феварин	1. Депрессии ( <i>с 8 лет</i> ) 2. ОКР ( <i>с 8 лет</i> )	25 мг/с	50-200 мг/с (дозы выше 100- 150 мг распреде- ляются на 2-3 прие- ма)	200 мг/с
<b>Эсциталопрам</b> (Escitalopram) 0,01; 0,02 № 14; 28	Ципралекс Ленуксин Санципам Селектра Элицея	1. Депрессии ( <i>с 15 лет</i> - селектра) 2. Панические ата- ки ( <i>с 15 лет</i> - се- лектра) 3. ОКР ( <i>с 15 лет</i> - селектра)	2,5 –5 мг/с	10-15 мг/с  15-20 мг/с  10-15 мг/с	20 мг/с

### АНКСИОЛИТИКИ (ТРАНКВИЛИЗАТОРЫ)

Международное название и форма выпуска	Торговые названия	Показания к применению	Начальная доза	Средняя доза	Макс. доза
<b>Алпразолам</b> (Alprazolam) 0,1; 0,25; 0,5; 1,0 № 5, 10, 20, 30	Алпразолам Алзолам Алпрокс Кассада Ксанакс Хелекс Неурол Фронтин	1. Тревога, неврозы, невротические и невротоподобные расстройства, панические атаки ( <i>с 18 лет</i> )	0,5 мг/с	1-2 мг/с	4-6 мг/с (для взрослых)
<b>Гидроксизин</b> (Hydroxyzine) 0,025 № 25	Атаракс	1. Зуд ( <i>с 1 года</i> ) 2. Тревога ( <i>для взрослых</i> )		1-15 лет – 1-2 мг/кг/с 4 р. в день 50-100 мг/с (для взрослых)	2,5 мг/кг/с  300 мг/с (для взрослых)
<b>Диазепам</b> (Diazepam) 0,005 №20	Диазепам Валиум Реланиум Релиум Сибазон Седуксен Фаустан	1. Тревога, неврозы, невротические и невротоподобные расстройства, панические атаки ( <i>с 6 месяцев</i> ) 2. Судорожные пароксизмы		≥2 года – 1,25–5мг/с 3-6 лет – 2,5-7,5 мг/с 7-14 лет – 5-15 мг/с	60 мг/с (для взрослых)  2-10 мг в/в (при эпилептическом статусе)
<b>Клоназепам</b> (Clonazepam) 0,0005; 0,002 N30 0,00025; 0,001 N50	Клоназепам Антелепсин Ривотрил Клонотрил	1. Эпилепсия ( <i>любого возраста</i> ) 2. Состояния психомоторного возбуждения на фоне реактивных психозов 3. Пароксизмальные страхи, панические атаки ( <i>старше 18 лет</i> )	0,5–1,0 мг/с  1 мг/с	≥1 года – 0,5-1 мг/с 1-5 лет – 1-3мг/с 5-12 лет и старше – 3-6 мг/с 2-6 мг/с	0,2 мг/кг/с  20 мг/с

<b>Лоразепам</b> (Lorazepam) 0,001; 0,002 N 25	Апо-Лоразепам Ативан Лаубил Лорам Лорафен Мерлит Трапекс	Острые тревожные состояния, эмоциональное напряжение и беспокойство ( <i>с 12 лет</i> )	1-2 мг/с	≥ 12 лет – 2-4 мг/с	6 мг/с (для взрослых)
<b>Медазепам</b> (Medazepam) 0,01 №10 или 50	Мезапам Нобриум Рудотель	«Школьные» неврозы, психическая лабильность, чрезмерная возбудимость ( <i>с 10 лет</i> )		≥ 10 лет – 2 мг/кг/с ≥ 18 лет – 20-30 мг/с	60-70 мг/с (для взрослых)
<b>Мепробамат</b> (Meprobamate) 0,2 и 0,4 № 20	Мепробамат Мепротан	1. Тревожные состояния, неврозы, бессонница, НЦД, ( <i>с 3 лет</i> ) 2. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки ( <i>с 3 лет</i> ) 3. Зуд ( <i>с 3 лет</i> )		3-8 лет – 200-600 мг/с (2-3 приема) 8-14 лет – 400-600 мг/с (2-3 приема)	1200-1400 мг/с (для взрослых)
<b>Ново-пассит</b> (Novo-passit) (фитопрепарат) Таб. №10, Флакон 50,0; 100,0	Ново-пассит	Бессонница, ВСД, невротические реакции ( <i>с 12 лет</i> )	½ таблетки или ½ чайной ложки на прием	≥ 15 лет 1 т. 3 р/с или 1 дес. ложка 3 р/с	
<b>Оксазепам</b> (Oxazepam) 0,01 № 50	Оксазепам Тазепам Нозепам	Неврозы, тревога, психоvegetативные расстройства, расстройства сна ( <i>с 6 лет</i> )	2,5-5 мг/с	10-30 мг/с в 2-3 приема (до 12 лет – с осторожностью, т. к. безопасность и эффективность не определены)	до 120 мг/с (взрослым в стационаре)
<b>Персен</b> (Persen) (фитопрепарат) Табл. и капсулы	Персен	Успокаивающее средство ( <i>табл. с 3 лет, капсулы – с 12 лет</i> )		1 таблетку 1-3 р/с	
<b>Тофизопам</b> (Tofisopam) 0,05 № 20	Грандаксин	ПСР, расстройство адаптации, реактивная депрессия, неврозы ( <i>с 14 лет</i> )	25-50 мг/с	≥ 14 лет – 25-100 мг/с до 15-16 час.	200 мг/с
<b>Феназепам</b> (Phenazepam) 0,0005; 0,001 N 20	Феназепам	Тревога, панические атаки, эндогенные психозы, неврозы, невротические и неврозоподобные расстройства ( <i>нет точных указаний о возрасте</i> )	0,25-0,5 мг/с	0,5-1,0 мг/с (с осторожностью применяется у детей)	6-8 мг/с (для взрослых)
<b>Хлордиазепоксид</b> (Chlordiazepoxid) 0,01 № 25	Либриум Напотон Хлозепид Элениум	Реактивные состояния, неврозы, беспокойство, нарушения сна, угроза судорожного состояния ( <i>с 4 лет</i> )	2,5-5 мг/с	4-7 лет – 5-10 мг/с, 8-14 лет – 10-20 мг/с, ≥15 лет – 20-30 мг/с (3-4 раза в день)	40-50мг/с

**ГИПНОТИКИ (СНОТВОРНЫЕ)**

Международное название и форма выпуска	Торговые названия	Показания к применению	Начальная доза	Средняя доза	Макс. доза
<b>Доксиламин</b> (Doxylamine) 0, 015 № 30	Донормил	1.Аллергические реакции <i>(с 6 лет)</i>  2.Нарушения сна <i>(с 6 лет)</i>		6-12 лет – 6,25-12,5 мг х каждые 4-6 часов 6,25-12,5 мг н/н детям 15-20 мг н/н (взрос- (взрос-лым))	150мг/с <i>(для взрослых)</i>
<b>Золпидем</b> (Zolpidem) 0,01 №20	Ивадал Санвал Гипноген Золпидем Сновител Нитрест	Расстройства сна <i>(с 15 лет)</i>	2,5 мг на ночь	≥ 15 лет 5–10 мг на ночь	10 мг на ночь
<b>Зопиклон</b> (Zopiclone) 0,0075 №20	Зопиклон Имован Пиклодорм Релаксон Сомнол Слипвелл	Расстройства сна <i>(с 15 лет)</i>	3,75 мг на ночь	≥ 15 лет 3,75–7,5 мг на ночь	15 мг н/ночь <i>(для взрослых)</i>
<b>Нитразепам</b> (Nitrazepam) 0,05 № 20, 0,01 №10	<i>Нитразепам</i> Радедорм Эуноктин	1.Нарушения сна <i>(нет точных указаний о возрасте)</i>  2.Судороги у детей <i>(с грудного возраста)</i>		Детям 0,6-1,0 мг/с 2,5–10 мг на ночь (взрос-лым) 0,3-1 мг/кг/с в 3 приема (при миоклонических судорогах) 2,5-5 мг однократно (при молниеносных, салаамовых и кивательных судорогах у грудных младенцев)	

**НООТРОПЫ, ПСИХОСТИМУЛЯТОРЫ И ГАМКЕРГИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА**

Международное название и форма выпуска	Торговые названия	Показания к применению	Начальная доза	Средняя доза	Макс. суточная доза
<b>Аминоксусная кислота</b> 0,1 № 50	Глицин	Церебрастения, энцефалопатия, состояния после родовых, черепно-мозговых травм, ДЦП, ЗПР, умственная отсталость <i>(нет точных указаний о возрасте)</i>		≤ 3 лет – 0,5 табл. 2-3 р/с 7-14 дней, затем 1 р/с 7-10 дней (под язык) ≥ 3 лет – 1 табл. х 2-3	≤ 3 лет – 0,1-0,15/с



				р/с 7-14 дней (под язык)	
<b>Ацетиламиноянтарная кислота</b> (Acetylaminosuccinic acid) Ампулы Per os: 10,0 № 30 1 амп.=10 мл (250мг)	Когитум	Астенические состояния ( <i>нет точных указаний о возрасте, но допускается применение у детей</i> )		По 10-30 мл /с (утренний прием); можно принимать в чистом виде либо разводить в воде	Максимальная доза неизвестна
<b>Гаммааминомасляная кислота</b> ( <b>Gamma-aminobutyric acid</b> )	GABA Аминалон	Состояния после родовых, черепно-мозговых травм, умственная отсталость, ДЦП, энцефалопатия любого генеза ( <i>с 1 года</i> )		1-3 года – 1-2 г/с 4-6 лет – 2-3 г/с ≥7 лет – 3 г/с (на 3 приема)	Курс лечения от 2 нед. до 4 мес.
<b>Гинкго билоба</b> (Ginkgo-biloba) 0,04 № 30	Гинкго билоба Билобил Мемиплант Танакан	1. Астенические состояния, энцефалопатия ( <i>с 12 лет</i> ) 2. Когнитивные расстройства, нарушения памяти, цереброваскулярная недостаточность ( <i>у взрослых</i> )		≥ 12 лет – 0,04-0,24 г/с (за 3 приема) 0,04-0,24 г/с (за 3 приема)	Курс лечения 3 месяца
<b>Гопантенвая кислота</b> (Hopantenic acid) 0,25; 0,5 № 50 Сироп 10%-50,0	Пантогам Пантокальцин Гопантенат кальция	Астенические состояния, задержки психоречевого развития, нарушения памяти, когнитивные расстройства, цереброваскулярная недостаточность, психоорганический синдром, экстрапирамидные гиперкинезы при наследственных заболеваниях, эпилепсия ( <i>с первых дней жизни</i> )		0,25–3,0 г/с (или 2,5 – 30 мл/с)	Курс лечения 1-3 месяца Максимальная доза: ≤1 года – 0,5-1,0 г/с (или 5-10 мл/с) < 3 лет – 1,5-2,0 г/с (или 15-20 мл/с) ≤15 лет – 2,5-3,0 г/с (или 25-30 мл/с)
<b>Комбинированный препарат: пирацетам 0,4 + циннаризин 0,025</b> Капсулы № 60	Фезам Омарон	Когнитивные расстройства, астения, задержки психоречевого развития, цереброваскулярная недостаточность, психоорганический синдром ( <i>с 5 лет</i> )		≥ 5 лет – 1-2 капс. 1-2 р/с ≥16 лет – 1-2 капс. 3 р/с	Курс лечения 1-3 мес.
<b>Кортексин</b> (Cortexin) 5,0 мл № 10 (флаконы), содержат 10 мг	Кортексин	Астенические состояния; энцефалопатии; эпилепсия ( <i>нет точных указаний о воз-</i>		Детям с массой тела: ≤ 20 кг – 0,5 мг/кг 1	Курс лечения 5-10 дней 1 р/с в/м

действующего вещества в виде порошка		<i>расте)</i>		р/с в/м ≥ 20 кг – 10 мг (растворяют в 1-2 мл 0,5% новокаина или воды или изотонического раствора)	
<b>Меклофенксат</b> (Meclofenoxate) Табл. 0,1 № 50	Ацефен	Астенические состояния, задержки психоречевого развития, психоорганический синдром любого генеза ( <i>нет точных указаний о возрасте</i> )		Детям – в соответствии с массой тела Взрослым – 250-500 мг 2-3 р/с после еды.	
<b>Пирацетам</b> (Piracetam) 0,2; 0,4; 0,8; 1,2 № 60, 30, 20	Пирацетам Луцетам Мемотропил Ноотропил Ноцетам Пирабене Пирамем Пиратропил Церебрил	Астенические состояния, задержки психоречевого развития, нарушения памяти, психоорганический синдром любого генеза ( <i>с 1 года</i> )		30-50 мг/кг/с ≤ 5 лет – 0,6-0,8 г/с ≤ 16 лет – 1,2-1,8 г/с > 16 лет – 2,4-3,2 г/с 8-13 лет при пониженной обучаемости – до 3,3 г/с	
<b>Пиритинол</b> (Piritinol) 0,05; 0,1; 0,2; № 50, 100	Энцефобол Энербол Пиридитол	ЗПР, церебрастения, энцефалопатия, деменции ( <i>с 3 дня жизни</i> )		1-7 лет – 50-300 мг (2,5-5 мл) 1-3 /с ≥ 8 лет – 50-600 мг (2,5-10 мл) 1-3 р/с	При хронических состояниях не менее 8 недель
<b>Церебролизин</b> (Cerebrolysin) Sol. Cerebrolysin 1,0 мл № 10; 5,0 мл № 5 (ампулы) 30,0 № 5 (флаконы)	Церебролизин	1. Задержки умственного развития, синдром дефицита внимания ( <i>нет точных указаний о возрасте</i> ) 2. Энцефалопатия, деменция любого генеза ( <i>у взрослых</i> )		1,0 мл/10 кг массы тела в/м  5,0-10,0 мл № 20-25 в/м	25 инъекций на курс 2-3 р/год
<b>Фенибут</b> (Phenibutum) 0,25 №10, 20, 30, 50	Фенибут	1. У детей – заикание, энурез, тики ( <i>нет точных указаний о возрасте</i> ) 2. Астенические и тревожно-невротические состояния, беспокойство, страх, тревога, невроз навязчивых состояний, психопатия; для профилактики состояний стресса, укачивания; при	62,5 мг/с	< 8 лет – 62,5-125 мг/с (за 2-3 приема) 8-14 лет – 500-750 мг/с (за 2-3 приема)  750-1500 мг/с ( <i>для взрослых</i> )	< 8 лет – 150 мг/с  2500 мг/с ( <i>у взрослых</i> )

		болезни Меньера; после черепно- мозговой травмы ( <i>у взрослых</i> )			
--	--	---	--	--	--

**ПРЕПАРАТЫ ДРУГИХ ГРУПП**

<b>Международное название и форма выпуска</b>	<b>Торговые названия</b>	<b>Показания к применению</b>	<b>Начальная доза</b>	<b>Средняя доза</b>	<b>Макс. суточная доза</b>
<b>Атомоксетин</b> (Atomoxetine) Капсулы 0,01; 0,018; 0,025; 0,04; 0,06 № 7 или 14	Страттера	Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) у детей и взрослых ( <i>с 6 лет</i> )	дети < 70 кг – 0,5 мг/кг/с дети > 70 кг и взрослые – 40 мг/с	дети < 70 кг – 1,2 мг/кг/с дети > 70 кг и взрослые – 80 мг/с	дети < 70 кг – 1,8 мг/кг/с дети > 70 кг и взрослые – 120 мг/с
<b>Левокарнитин</b> (Levocarnitine) 0,1 № 50; 100. 200,0 (суспензия) 5,0 мл (1 ч. л.)=1,0 г	Элькар	1. Дефицит массы тела гипотрофия, задержки психического развития, церебрастения, энцефалопатия, деменции ( <i>с 3 дня жизни</i> )  2. Нервная анорексия ( <i>с 16 лет</i> )		1-7 лет – 50-300 мг (или 2,5-5 мл) 1-3 р/с ≥8 лет – 50-600 мг (или 2,5-10 мл) 1-3 р/с ≥16 лет – 2,0 г (или 10 мл) 2 р/с ≥16 лет – 2,0 г (или 10 мл) 2 р/с	При хронических состояниях не менее 8 недель
<b>Оксибутинин</b> (Oxybutyninum) 0,005 № 30	Дриптан	1. Н/энурез ( <i>с 5 лет</i> ) 2. Симптомы гиперактивного мочевого пузыря ( <i>взрослые</i> )	2,5 мг н/н  5 мг/с	≥5 лет – 5-10 мг/с ≥18 лет – 5-15 мг/с	≥5 лет – 10 мг/с ≥18 лет – 15 мг/с
<b>Десмопрессин</b> (Desmopressin) 0,1 мг 0,2 мг № 30	Минирин	1. Н/энурез ( <i>с 4-5 лет</i> ) 2. Лечение несахарного диабета ( <i>с 3 мес.</i> )	1/2 табл. н/н	1-2 табл. н/н	Курс 3-6 мес.

## МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ КОНСИЛИУМ

Консилиум состоялся 7 июня 2012 г. в Институте гармоничного развития и адаптации («ИГРА»). Присутствовали 27 человек (члены Ассоциации детских психиатров и психологов, сотрудники и студенты Московского городского психолого-педагогического университета, сотрудники Научного центра психического здоровья РАМН, Московского НИИ психиатрии Росздрава, Центра психолого-педагогической реабилитации и коррекции «Тверской», Института гармоничного развития и адаптации).

Ведет консилиум кандидат медицинских наук А.А. Северный.

**История болезни ребенка представлена психологом Н.И. Федотовой.**

### Больной X, 6 лет 2 месяца

Обратилась мать ребенка в декабре 2012 г. с жалобами на аутоагрессивное поведение мальчика: часто в состоянии возбуждения кусает себя за большие пальцы рук, а если чувствует, что мама на него сердится, называет себя «козел», «тупица» и т. п.

#### **Наследственно-семейный фон**

##### Линия отца

**Дед** умер от инфаркта миокарда. Очень ревновал свою жену. Не позволял себе расслабляться, всегда ходил в строгом костюме с галстуком. Часто бывал раздражительным, особенно если нарушался привычный порядок. Часто «срылся» на внуках, мог «отшлепать» их крапивой.

**Бабка** умерла от отека головного мозга и легких. Была деятельной, хлебо-сольной, хозяйственной, очень мелочной, на всех жаловалась, перессорила всю родню, в том числе родных сыновей. Очень любила среднего внука (нашего пробанда), занималась с ним, баловала.

**Дядя, 47 лет**, закончил ПТУ. Заносчивый, демонстративный, вальяжный, любит быть в центре внимания.

**Отец, 43 лет**, исполнительный директор рекламного агентства. Учился в техникуме, но не закончил его. Полностью обеспечивает семью. Общительный, добродушный, имеет много друзей, любит рыбалку. Очень ревновал супругу, на этой почве часто бывали ссоры.

##### Линия матери

**Дед** умер от второго инсульта. Получил неполное среднее образование, служил в морфлоте, работал на заводе вальцовщиком. Очень ревновал жену. После 30 лет начал пить. Запомнился как добрый и скрытный человек, никогда не смеялся. Когда выпивал, то был «злющий», обвинял жену «во всех смертных грехах». Часто вскакивал ночью, поднимал ковер и кричал, что «пошла резина», стучал по стене, бил себя в грудь. До сих пор, когда дочь вспоминает об этом, ощущает «страх и ужас».

**Бабка** умерла от онкологического заболевания. Всю жизнь проработала библиотекарем в воинской части. Образованная, интеллигентная, добрая, ее называли «святой». Никогда не смеялась, очевидно, была несчастлива. С слов дочери, «мамина судьба на меня пересела».

**Дядя, 42 лет**, учился с трудом, окончил техникум, занимается ремонтом квартир. Добрый, отзывчивый, хороший друг.

**Мать, 39 лет**. По специальности психолог, в настоящее время не работает, находится в декретном отпуске по уходу за 3-м ребенком. Работала в Московском экономико-лингвистическом университете в должности заведующая учебным отделом, там же получила высшее образование. С трудом вспоминает историю развития ребенка. Переживает, что часто кричит на детей, а если сдерживается, то в этот момент испытывает крайнее раздражение. Чувствует, как ее охватывает ярость, становится трудно дышать, и затем она уже не может контролировать свое поведение, может отшлепать детей, ударить по лицу и т. д., и

в такие моменты ей кажется, что она может их убить, сама боится того, что может сделать в такой момент. Ей свойственны крайности в воспитании: довольно жесткие формы наказаний (окрик, избиение) могут сменяться «заласкиванием» детей, а иногда эти «сверхнежные» отношения переходят в сюсюканье.

У нее часто бывает подавленное настроение, стремление уйти от принятия какого-либо решения, часто чувствует усталость от жизни. Переживает, что очень сильно поправилась, стесняется своего тела, при этом продолжает много есть, так как только это приносит ей удовольствие. Проблемы с поведением у сына связывает со своим состоянием.

**Старший брат**, 15 лет, учится в 8 классе коррекционной школы. Начал ходить в 1 г. 3 мес., первые слова появились в 3,5 г. В обычной школе программу не усваивал. Когда ребенку было 9 лет, в Московской областной центральной клинической психиатрической больнице ему поставили диагноз F20 (шизофрения), получал фенибут, золофт, сонапакс, этаперазин. Имеет инвалидность. Никогда не отмчалось психозов. До сих пор страдает энурезом, особенно после конфликтов с матерью. Пренебрегает личной гигиеной, не чистит зубы; у него развилась грибковая инфекция полости рта.

**Младшая сестра**, 2 г. и 7 мес. Физическое развитие соответствует возрасту, девочка проявляет интерес к общению, улавливает мимику собеседника, отвечает на улыбку. Тактильный контакт не отвергает. Ходить начала в 1,5 г., разговаривать пока не начала. Стремится все делать самостоятельно, ласковая, привязана к матери. Мать особенно выделяет ее среди остальных детей, часто берет на руки, прижимает к себе, целует.

**Из анамнеза.** Ребенок родился от 3-й запланированной беременности (1-я – роды, 2-я – медицинский аборт). Мать ребенка узнала о своей беременности в тот момент, когда переживала острое горе, связанное со смертью матери. Беременность протекала без каких-либо осложнений, но характеризует свое состояние на тот момент как подавленное, каждый день «рыдала». Была уверена, что у нее родится девочка, и когда узнала, что будет мальчик, очень разочаровалась.

Ребенок родился на 39 неделе, роды стимулированы по неясным показаниям (без согласия роженицы) и протекали стремительно (от момента прокола пузыря и до рождения прошло 40 мин.), были очень болезненными, ребенка выдавливали. Родился без сознания, с большой кефалогематомой. Вес – 3970 кг, рост – 51 см. К груди ребенка приложили сразу, но не сосал, второй раз принесли через 7-8 часов, но опять не сосал. На второй день у ребенка началась желтуха, круглосуточно находился в боксе. Выписаны были на 10 день.

До 1,5 мес. ребенок был на грудном вскармливании, сосал хорошо, затем у матери стало пропадать молоко, она начала его докармливать и полностью перевела на искусственное вскармливание. Спал хорошо, с 4 мес. мать клала бутылочку со смесью ребенку в кровать, и когда он просыпался, то находил ее и ел сам. С 4 мес. ребенка привлекали игрушки, подвешенные над кроваткой, он мог внимательно и сосредоточенно рассматривать какую-нибудь ниточку, подолгу пытался захватить ее рукой. Психомоторное развитие было близким к возрастной норме: голову держал в 1,5 мес., в этом же возрасте появился комплекс оживления. В 4-5 мес. начал ползать, сначала задом, потом нормально, начал садиться в 7 месяцев, стоять в кровати научился в 9 месяцев, пошел в 1 г. и 4 мес.

В 10 мес. – обхват головы 46,5 см (норма – до 45,4 см), последствия перинатального поражения ЦНС ишемического генеза.

В 12 мес. нейросонография - расширение желудочковой системы.

В 1 г. и 2 мес. – обхват головы 47,5 см (норма – до 47,0 см), гидроцефальный синдром. Рекомендации – глицерол, танакан, массаж.

В 1 г. и 5 мес. – обхват головы 48,5 см (норма – до 47,5 см) – задержка темпов речевого развития, гидроцефальный синдром. Рекомендации – энцефабол, пикамилон.

Ребенок был очень стеснительным, если кто-нибудь обращал на него внимание, он мог упасть на пол, на колени, натягивал шапку на лицо, пытался вылезти из коляски, было ощущение, что это внимание было для него мучительным.

В 1,5 г., психиатром поставлен диагноз «элементы дисгармонического психического развития», рекомендованы лечебная педагогика, упражнения на эмоциональное развитие, назначены глицин, биотредин. В 2 г. 3 мес. диагноз «задержка темпов речевого развития», рекомендации – энцефабол, танакан, пи-камилон, пантогам, глицин.

В детский сад ребенок пошел в 2,5 г. Легко возникали реакции раздражительности, протеста, тяжело переживал расставание с матерью, каждое утро воспитателю приходилось буквально тащить ребенка в группу. Когда мать приходила за ним, он к ней не подходил, а начинал переворачивать мебель, бросать игрушки. То же самое стало происходить дома в ответ на наказание – снимал с себя одежду, забирался в кровать под одеяло, разбрасывал вещи. Мать также заметила, что часто при ней старался причинить себе боль.

В 2009 г. в Медико-генетическом научном центре РАМН у старшего сына установлен диагноз синдрома Мартина-Белл. Тогда же у пробанда, в 3 г., установлен тот же диагноз. Ребенок продолжал ходить в детский сад, у него был днем энурез, затем начался энкопрез, особенно часто по дороге в детский сад. В саду с детьми не играл, всегда был один. Персонал обращался с ребенком грубо, нянечка «лупила» его, за стол сажали отдельно от детей, мотивируя это тем, что он «грязно ест» (мог есть руками, ронял пищу и т. д.). В 3,5 г. появились первые слова.

В конце ноября 2009 г. мать пробанда родила дочь. Он очень переживал появление младшей сестры, вновь отмечались элементы аутоагрессии (мог стучаться головой об кровать, стенку, кусать себя), усилились тенденции к разрушительству (ломал игрушки, пытался рвать одежду, разбрасывал вещи). Особенно это проявлялось, когда мать занималась новорожденной. Было решено забрать ребенка из детсада, чтобы он «не принесил в дом инфекцию».

Весной 2010 г. в Центре «Нейробиологическая диагностика наследственных психических заболеваний детей и подростков» в результате генетического исследования семьи диагноз «синдром Мартина -Белл» был подтвержден. Было установлено, что у матери число «повторов» 80 - премутация, у сыновей число «повторов» более 200 – полная мутация гена, у дочери пока нет точных результатов, но тоже достаточно большое количество «повторов». Были назначены L-ацетилкарнитин, длительно (месяцы), в дозе 250-500 мг/сут. и фолиевая кислота (0,4 мг) - пробанду 10 табл. в день, матери и старшему сыну по 20 табл.

Весь последующий год мать водила пробанда два раза в неделю на занятия с коррекционным педагогом, в этот же период (4,5 г.) у ребенка появилась фразовая речь. Затем от стал посещать коррекционный детсад. В этот детсад пошел спокойно, воспитатели там внимательные, спокойные, стараются по нему подстроиться, сейчас он даже разрешает им себя поцеловать и обнять. В детсад ребенок ходит, как будто на работу, за это ему выплачивают ежедневно «зарплату» - 10 рублей. В детском саду мало общается с детьми в игре, часто возникают конфликты с ними. При этом он никогда не жалуется и не плачет, даже если ему кто-то причиняет боль.

У ребенка отмечают выраженные потряхивания кистями рук при радостном эмоциональном оживлении, взмахи кистями, как крыльями; когда он возбуждается или мама его ругает, то часто кусает пальцы рук, тыльную поверхность кисти. Любит часто переодеваться, за один вечер он может сменить четыре футболки. Не умеет и не любит рисовать, особенно пальчиковыми красками, ему неприятно, когда руки испачканы, старается сразу их помыть.

Между братьями отношения напряжены, старший брат часто проявляет вербальную агрессию (нецензурные выражения) по отношению к младшему, тот отвечает тем же. С сестрой напротив очень хорошие отношения, они все время вместе, «не разлей вода».

**ЭЭГ-исследование 17.04.2012г., проведено д. б. н. Н.Л. Горбачевской.**

Регистрируется ЭЭГ с высоким уровнем ритмической тета-активности. Альфа-ритм сформирован, регулярный, частота 7,5- 8 Гц, отчетливый затылочный фокус. Амплитуда до 90 мкВ, индекс до 25%. Ритм сочетается с отдельными медленными колебаниями. Повышен уровень ритмической бета-активности.

В теменно-центральных и лобных зонах коры преобладает ритмическая тета-активность частотой 5-7 Гц амплитудой до 180 мкВ, индекс до 60%.

ПФС вызывает реакцию следования в широкой полосе частот от 5 до 21 Гц.

ГВ-проба не проведена в полном объеме, существенных изменений фоновой ритмики не выявлено.

Сравнение с возрастной нормой выявляет достоверное увеличение индекса тета-активности в лобно-центральных и лобных зонах коры. Умеренно понижен индекс возрастного альфа-ритма и сенсомоторного ритма. Повышено содержание бета-активности.

Альфа-ритм сформирован, по частоте на нижней границе возрастной нормы. Амплитуда и индекс снижены. В ЭЭГ выраженные регуляторные нарушения в виде преобладания ритмической тета-активности, повышенного содержания бета-активности и умеренного дефицита активности альфа-диапазона.

Такой паттерн ЭЭГ характерен для синдрома умственной отсталости, сцепленной с ломкой X-хромосомой.

#### **Заключение медицинского психолога, к. п. н. С.С. Носова.**

Основными жалобами являются проблема общения и взаимодействия с окружающими, речевые проблемы (плохое развитие речи, заикание). Со слов матери, в последний год речевое развитие лишь ухудшилось. В субъективно сложных ситуациях, при эмоциональном напряжении может проявлять аутоагрессию, которая выражается в том, что ребенок кусает палец (указательный палец левой руки травмированный и припухший). Кроме того, может снимать с себя одежду. Мать характеризует его как «хорошего, доброго, хулиганистого». Стремится к общению со знакомыми людьми, любит, когда на него обращают внимание, но адекватно поддерживать общение по причине своих особенностей (особенно с незнакомыми) не способен.

В речевой контакт не вступает, на вопросы не отвечает, улыбается, закрывает глаза рукой, трет их, демонстрирует смущение. Постепенно удаётся вовлечь в деятельность, зрительный контакт поддерживает, часто улыбается.

Ведет себя активно, импульсивно, постоянно нарушает инструкции. К новым заданиям проявляет кратковременный интерес, но быстро пресыщается, теряет интерес или инструкцию, бросает выполнение или выполняет по своему усмотрению. На ситуацию неуспеха реагирует в основном индифферентно, при указании на ошибки способен к корректировке, иногда принимает помощь взрослого, способен к ее адекватному использованию. В целом деятельность носит неустойчивый характер. Часто отмечается потеря контакта с экспериментатором, попытки встать со стула, кривляние, под конец исследования постоянное стремление покинуть кабинет.

Речь своеобразная, дислаличная, сбивчивая, зачастую лишь звуки и слоги, иногда отдельные слова: «карабель» (корабль), в основном короткие.

Карточки на диагностику номинативной речи не называет, предметы не называет. Задания на зрительный гнозис и конструктивную деятельность доступны для выполнения, но результаты ниже возрастных нормативов. Разрезанные картинки из 3-х элементов составил при наличии образца, название не дал, более сложные картинки не выполнил, отвлекся.

С единичными ошибками опознал зашумленные, совмещенные и скрытые изображения. Методику образного мышления выполнил с ошибками и постоянной помощью со стороны взрослых, при указании на ошибки был способен к самостоятельной корректировке. Темп работы неровный.

Инструкцию к методике ЦТО не принял, цветовую последовательность полностью выстроить не смог, не удержал инструкцию, наиболее приятным назвал желтый цвет, что может отражать потребность в действии, в общении, эмоциональную неустойчивость, оптимистичность, демонстративность.

Методику исследования половозрастной идентификации не смог выполнить полностью и правильно, при этом верно идентифицировал себя с образом дошкольника мужского пола. Наиболее эмоционально привлекательной является карточка с изображением младенца женского пола (похожа на сестру), а

наименее привлекательна карточка с изображением юноши (похожа на брата).

Правильно опознал элементарные геометрические фигуры, дифференцировал их по цвету и размеру. Кроме того, правильно нашел и показал букву среди множества, но снова потерял инструкцию. Смог нарисовать подобие круга, остальные фигуры не нарисовал, рисунки макрографичные, в основном круги и линии, отходит от инструкции и рисует самостоятельно, импульсивно, размашисто, на вопрос что он нарисовал, отвечает «Ты!» (нарисовал психолога, отдаленно угадывается изображение головы, глаз, носа, уха и волос, туловища нет).

Таким образом, по результатам проведенного исследования отмечается специфическое нарушение развития психических функций, выражающаяся в отчетливом замедлении (и частичном регрессе, речевое своеобразие) формирования когнитивных функций и эмоционально-личностной сферы, проходящей с выраженной неустойчивостью, импульсивностью, недостатком саморегуляции, недостаточности развития навыков социального взаимодействия и коммуникации. Возможно наличие органического компонента.

**Заключение коррекционного педагога-психолога И.Е. Авериной, педагога-психолога Е.А. Пономаревой.**

**Запрос:** оценка динамики развития; проблемы развития речи (появилось заикание, проблемы построения предложений); проблемы интеллектуального развития (мальчик посещает коррекционный ДОУ); поведенческие нарушения (некоторая заикленность на машинках, стремление сделать «на зло», аутоагрессия (кусает палец); левшество.

На приеме ребенок с мамой. Выглядит на свой возраст (6 лет). Выраженных стигм нет. Поддерживает глазной контакт. Доступен продуктивному контакту. Преобладают игровые интересы. Поддерживает и активно включается в простые сюжетные игры. С удовольствием играет в машину, в поезд со специалистом. Предпочитает игры с аффектами. Фон настроения в процессе обследования повышен, в целом достаточно адекватен ситуации. В играх пользуется отдельными словами или простыми фразами. Выполняет простые инструкции, но при неоднократном предъявлении и при направляющей помощи взрослого. Отмечается некоторая моторная неловкость, гипотоничность. В новом помещении к новым людям адаптируется достаточно быстро.

Понимание обращенной речи недостаточное. Использует простые фразы и отдельные слова. Звукопроизношение нарушено, использует множество звукоподражаний (рычание мотора или падение - «бумс» и т. п.). На фоне утомления появляются запинки в речи. В быту адаптирован. Затруднено формирование пространственно-временных представлений и понимание сложных логико-грамматических конструкций. 2-3 ступенчатые инструкции вызывают затруднения. Установление причинно-следственных связей затруднено.

Уровень осведомленности об окружающем мире снижен. Есть соотнесение по цвету, форме, величине. С заданиями конструктивного характера справляется в стратегии проб и ошибок с переходом на зрительное соотнесение. Сформированы понятия большой-маленький, знает основные цвета, формы. Есть понятие один-много. Учит и может назвать некоторые буквы.

Графомоторные навыки представлены на уровне 3 лет («головоноги», предпочитает контрастные темные цвета). Мелкая моторика развита слабо.

К маме привязан. В контактах с чужими избирателен. Знает имена близких взрослых (называл имена сестры, брата), привязан к ним. Любит тактильный контакт, телесные, эмоционально насыщенные игры.

Истошаем, легко пресыщается деятельностью требующей сосредоточенности. Нуждается во внешнем контроле и стимулирующей помощи взрослого. Перенос навыка слабый.

Навыки опрятности сформированы. Кушает сам, жует твердую пищу, к туалету приучен, засыпает сам, пытается одеваться и раздеваться самостоятельно.

Диагноз: вариант тотального недоразвития ВПФ у ребенка с генетической патологией.

Динамика в развитии устойчивая, занятия со специалистами и закрепление



и поддержка дома дают достаточно хороший результат.

Рекомендации:

1) Необходимы занятия с логопедом, наблюдение и лечение психиатром, частые перемены во время занятий (щадящий режим).

2) Продолжить занятия с дефектологом. Активно вовлекать ребенка в домашние бытовые дела.

3) Для коррекции негативного поведения маме дана схема наблюдений за ребенком, чтобы оценить свое родительское поведение и, изменяя его, изменить поведение ребенка.

4) Активное двигательное развитие ребенка с использованием двуручной и двуножной деятельности.

**А.А. Северный:** Пожалуйста, есть ли вопросы к докладчику?

**Г.В. Скобло, канд. мед. наук:** Расскажите, пожалуйста, немного о синдроме Мартина-Белл. Здесь не все врачи, и не все знают, что это такое.

**Н.И. Федотова:** Синдром Мартина-Белл, или синдром ломкой X-хромосомы – наследственное заболевание, сцепленное с полом. Чаще рождаются с этой патологией мальчики, у них же отмечается более глубокая умственная отсталость, чем у девочек с этим же синдромом. Суть поражения состоит в перетяжке длинного плеча X-хромосомы. Кроме сниженного в разной степени интеллекта, отмечаются некоторые другие признаки: прогнатия, макроорхизм, оттопыренные уши с мягкими хрящами и некоторые другие признаки внешней диспластичности. Кроме того, дети с синдромом Мартина-Белл нередко отличаются проблемами в общении и взаимодействии с детьми, гиперактивностью с дефицитом внимания, стереотипными взмахами руками, кусанием рук, аутоэхолалией, скомканной речью, что порой требует дифференцировать указанный синдром от шизофрении или раннего детского аутизма.

**А.А. Северный:** Как папа относится к детям?

**Н.И. Федотова:** Он их, со слов матери, очень любит и очень волнуется за их судьбу, особенно за судьбу старшего сына, поскольку пока он самый из всех детей неблагополучный. Однако детей он видит мало, потому что много работает, а в выходные часто надолго уезжает на рыбалку или охоту.

**Г.В. Скобло:** Обследовали ли родителей на носительство фрагильной хромосомы?

**Н.И. Федотова:** Генетическое обследование установило, что мать является носителем ломкой X-хромосомы. Это было уже известно, когда она была беременна третьим ребенком, но она сохранила беременность, поскольку известно, что риск рождения больной девочки намного меньше, чем больного сына. Впрочем, она отказалась от прерывания беременности и тогда, когда стало ясно, что у плода также синдром Мартина-Белл.

**А.А. Северный:** Была ли динамика в развитии ребенка на протяжении посещения детского сада?

**Н.И. Федотова:** За время посещения детского сада отмечен определенный прогресс: стал лучше общаться с детьми, позволяет до себя дотронуться, поцеловать, стал что-то пересказывать, объяснять, значительно увеличился словарный запас, появились обобщения.

**Г.В. Скобло:** Каков стиль воспитания детей матерью?

**Н.И. Федотова:** мать амбивалентна по отношению к детям. С одной стороны, она всех их очень любит и все делает для того, чтобы им было лучше, а с другой стороны, она не хочет и не может принять болезнь ребенка. Особенно сложные отношения складываются со старшим сыном, социальное положение которого особенно критично.

**А.А. Северный:** Сейчас мы пригласим мать ребенка.

#### **Беседа с матерью ребенка**

**А.А. Северный:** Вы знаете о диагнозе Ваших детей, но какой в данном случае запрос к консилиуму?

**Мать:** Помочь адаптировать детей к общению с другими детьми, сделать так, чтобы их здоровье не ухудшалось, чтобы они смогли учиться.

**А.А. Северный:** Вы, наверное, много читали и ориентированы в той болезни, которой страдают Ваши дети?

**Мать:** Нет. Я, к сожалению, ничего об этом не знаю.

**А.А. Северный:** Вот как оказывается важна психообразовательная работа с семьей нездорового ребенка! Какие на сегодняшний день Ваши основные трудности?

**Мать:** Больше всего трудностей у меня со старшим сыном: негативизм по отношению к людям. Он не боится, но не любит людей. Он стал отгороженным, колючим. Я знаю, что должна его поддерживать, но не могу, поскольку стала относиться к нему как ко взрослому.

**А.А. Северный:** С младшим мальчиком легче?

**Мать:** Да, конечно. Он может играть сам или сестрой. Появилась сюжетная игра, особенно, когда появилась младшая девочка. Играют в машинки с заездом в гаражи, в магазины, в куклы с колясками. Появилась любознательность. Много вопросов.

**А.А. Северный:** Какие у него отношения со сверстниками?

**Мать:** Для него главное побегать, иногда даже сам организует такую игру, хотя чаще всего не отвечает, как его зовут. В детском саду есть ребята, о которых рассказывает: на кого-то жалуется, с кем-то играет. Очень любит ходить в гости и принимать гостей. Стремится обнять – знакомых, а иногда и чужих, если они понравились.

**А.А. Северный:** Делали ли детям ЯМРТ?

**Мать:** Только старшему, результаты нормальные. Младшему не делали, так как надо было усыплять.

**А.А. Северный:** Кто умнее из детей, по Вашему мнению? Как Вы думаете, какие перспективы обучения младшего мальчика?

**Мать:** Не знаю. У старшего ребенка были периоды, когда он радовал, а потом опять возникали спады в развитии. У младшего появляются социальные навыки, на него уже можно оставить младшую сестру, в остальном – все же замедленная динамика. Младшая девочка, определенно, самая сообразительная, ее развитие, если сопоставлять с тем возрастом у мальчиков, лучше.

**А.А. Северный:** Был ли эффект от назначения препаратов?

**Мать:** Не было особенного сдвига в развитии. Все как обычно – ровно, гладко, но после каждого ноотропа ребенок начинал жевать рукав.

**Г.В. Скобло:** Известно ли, кто носитель синдрома Мартина-Белл. Отец?

**Мать:** Нет, исследования показали, что я.

**Н.М. Иовчук, докт. мед. наук:** Девочка с синдромом ломкой X-хромосомы может родиться только у матери-носительницы. У отца-носителя синдрома Мартина-Белл могут появиться только больные мальчики, а вот его дочь может быть уже носителем фрагильной хромосомы.

**А.А. Северный:** Нет ли похожих расстройств у кого-то из Ваших родственников?

**Мать:** Мои отец и тетка – высокоинтеллектуальные, энергичные, успешные люди. Мой брат, то есть дядя моих детей, очень похож на моего старшего сына: и внешне, и по особенностям развития. Он всегда учился с очень большим трудом, едва закончил школу, был безразличен к окружающему, ничего его не интересовало. В то же время он прекрасный семьянин, очень спортивный, талантливый художник, сейчас делает дизайнерский ремонт в квартирах, нормально зарабатывает. У него двое совершенно здоровых детей – мальчик и девочка, и я никогда ему ничего не говорила о сущности проблем моих детей.

**Т.А. Баилова, канд. пед. наук:** Есть ли у кого-то из Ваших детей энурез или энкопрез?

**Мать:** У старшего после ссор бывает недержание мочи.

**А.А. Северный:** Какое в основном настроение бывает у Ваших детей?

**Мать:** Младший почти всегда веселый, солнечный, дурачится, когда стесняется, или веселится. Раньше и старший был веселым, но в последние годы он молчалив, мрачен, отгорожен.

**А.А. Северный:** Не замечали ли вы увеличения яичек у Ваших мальчиков?

**Мать:** Да. Это заметили еще в роддоме.

**А.А. Северный:** Что бы Вам хотелось пожелать в плане обучения младшего мальчика?

**Мать:** Найти и нанять хорошего дефектолога, чтобы подготовить ребенка к коррекционному классу обычной школы.

**А.А. Северный:** Спасибо! Теперь мы пригласим детей. Сначала - младшего.

#### **Психический статус ребенка во время консилиума**

Без стеснения входит в аудиторию, движения быстрые, резкие. Согласился остаться без матери, чтобы играть в кубики. Мальчик высокого роста, астенического телосложения. Отмечаются выраженные черты дисплазии: оттопыренные, мягкие уши, высокий лоб, слегка выдвинутая нижняя челюсть, узкие губы, большой рот. Постоянно улыбается. Живая мимика, выразительные жесты. Речь с иногда появляющимися повторами окончаний слов. Поведение дурашливое: не переставая улыбаться, посвистывает, приставляет к глазам кулачки, будто смотрит в бинокль. не сразу отвечает на вопросы, на некоторые совсем не отвечает, непрерывно что-то неразборчиво бормочет, неожиданно произносит фразу с «матерным» словом. Рассказал, что в детский сад больше не ходит, перестал туда ходить после того, как его обидел один мальчик. Не называет букв, написанных на кубиках, но правильно называет нарисованных там животных. Все предъявленные ему машинки называет «такси», и только после повторных вопросов одну из них правильно назвал «джипом». Часто обращается к психологу, которую лучше всего знает, с одними и теми же словами: «Пошли домой», и наконец, убегает с ликующим громким криком.

#### **Старший брат (16 лет)**

Высокого роста. грубо диспластичен: узкое лицо, оттопыренные, большие, мягкие уши, нижний прогнатизм. Голова опущена, не смотрит на собеседника, говорит очень тихо. Отмечается множество лишних движений: поправляет пояс, воротник, карманы, чешет голову. Крайне тормозим. По пальцам считает, сколько дней осталось до его дня рождения, не смог перевести дни в недели (21 день), хотя проявлял заметное усилие. Отказывается отвечать, какие оценки получил в школе за год, признается, что стесняется, «не хочется говорить». Затрудняется ответить, какие у него трудности в жизни, в учебе. Друзей нет. Безразлично говорит о брате и маленькой сестре. С видимым облегчением покидает аудиторию.

#### **ДИСКУССИЯ**

**Н.И. Федотова.** Мне представляется, что в этой семье в первую очередь помощь нужна матери. От нее очень многое зависит - как дети будут дальше развиваться, как она будет ими дальше заниматься. На мой взгляд, ее состояние на сегодняшний день таково, что ей требуется помощь, возможно не только психологическая, но и медикаментозная.

**А.А. Северный:** Как Вы можете оценить состояние пробанда?

**Н.И. Федотова:** Несмотря на все потрясения, которые пережил ребенок, у него удивительная выживаемость и приспособляемость к особенностям семьи. Что касается его обучаемости, то мне он кажется перспективным, если работа с ним будет серьезно налажена.

**Г.В. Скобло:** Мне кажется, это очень интересный случай, особенно в плане разнообразия клинических проявлений в трех поколениях одной семьи. Жаль, что дядя представленных детей генетически не обследован, и можно только догадываться, что он тоже страдает синдромом Мартина-Белл. Н.В. Симашковой описаны случаи очень тяжелого течения таких больных, здесь – случаи относительно легкие. Наша главная задача – решить, как помочь детям, как лечить мальчика с неврозоподобной симптоматикой.

**А.А. Северный:** Н.В. Симашковой описаны случаи психозов у детей с синдромом Мартина-Белл.

**К.К. Данилина, кинезиотерапевт:** Те случаи – только с ломкостью X-хромосомы, без учета количества повторов. Здесь более точный диагноз, подтвержденный генетиками, - с большим количеством повторов.

**Н.В. Зверева, канд. психол. наук:** Показанные дети совершенно разные: один с полевым поведением и гипоманией, второй (старший) – вялый, буквально засыпал в кресле.

**Т.А. Басилова:** Эти случаи особенно интересны в социально-педагогическом аспекте: где сможет работать старший ребенок, где можно учить младшего мальчика, какой станет маленькая девочка? Оказывается, очень важной является моторика, не исключен и талант в какой-то области у больных с синдромом Мартина-Белл. Их дядя – успешный художник. В процессе наблюдения надо решить, чем занять этих детей, чтобы приспособить их к реальной жизни.

**Е.В. Свистунова, канд. психол. наук:** Младший мальчик не производит впечатления слабоумного и представляется весьма отзывчивым к помощи. Необходимо продумать, как его готовить к будущей жизни, как учить.

**А.А. Северный:** Это главный вопрос, особенно учитывая современную перестройку школьной системы с тенденцией к инклюзивному образованию.

**Е.В. Корень, канд. мед. наук:** В данном случае встает главный клинический вопрос: структура и степень выраженности интеллектуального недоразвития. Это важно с точки зрения дифференциального диагноза с шизофреноподобным синдромом или даже с шизофренией. У младшего мальчика отмечается повышенный фон настроения, стереотипии, вербигерации, незрелые поведенческие реакции, которые следует также дифференцировать, – это стереотипии или способы снять эмоциональное напряжение. Для того чтобы обеспечить условия для развития ребенка, прежде всего необходима работа с матерью, у которой отмечается неприятие болезни детей при завышенных ожиданиях. У нее нет четкого запроса, просит того, что не может дать, что порождает порочный круг. Конечно, в данном случае полезно психобразование, например, путем включения в одну из наших (в Московском НИИ психиатрии Росздрава) групп для родителей детей с шизофреническим спектром расстройств.

**К.К. Данилина:** У женщин с премутацией X-хромосомы иногда наблюдается некоторое снижение интеллекта, так что может быть затруднено проведение психотерапевтической работы.

**А.А. Северный:** По литературе, при ломкой X-хромосоме эффективной может быть фолиевая кислота, но как будто бы нет достоверного положительного результата по сравнению с контрольной группой.

**Ю.С. Шевченко, докт. мед. наук:** Подействует ли на мальчика нейропсихологическая коррекция?

**Т.Г. Горячева, канд. психол. наук:** В процессе нейропсихологической коррекции с возрастом такие дети останавливаются на месте, кто-то в большей, кто-то в меньшей степени. Так что мы (нейропсихологи) в данном случае мало эффективны.

**Ю.С. Шевченко:** В отличие от других выступавших, у меня в данном случае пессимистические взгляды. Каждый генетический синдром имеет свою динамику. У больных при одних синдромах есть потолок развития, что бы мы ни предпринимали, в других (например, при фенилкетонурии) достаточно предпринять вовремя определенные меры, и дальше уже идет нормальное развитие. Здесь идет обменный процесс по своим законам, мы не можем его остановить, и, вероятно, при нем ребенок может встать или стоять в своем развитии на месте, а потом снова начнется негативная динамика (как это произошло со старшим братом нашего больного). У них происходит и снижение IQ по сравнению с более ранним периодом. Так что мне очень жаль мать, которая так или иначе окажется у разбитого корыта.

**Н.В. Зверева:** Согласна, что есть вероятность ухудшения состояния ребенка в виде более, чем сейчас, заметного отставания с возрастом.

**А.А. Северный:** Таким образом, сформировались две кардинально противоположные точки зрения: первое – это состояние, которое можно компенсировать, второе – процесс, который ведет к негативному, дефицитарному состоянию. Попробуем завершить дискуссию. Прежде всего определимся с понятием прогрессивности: во-первых, нарастание, углубление, утяжеление психопатологической симптоматики, во-вторых, нарастание личностного дефицита. Де-

фицитарный процесс может частично компенсироваться или декомпенсироваться. Хочу предложить новое понятие – «лично-социальная прогрессивность». Развитие происходит, ребенок хоть и ущербно, дефицитарно, но созревает – до определенного уровня. Ребенок, подросток в достаточной мере адаптирован в условиях специального образования, в соответствующей его возможностям микросоциальной ситуации. Далее развитие мозга, интеллекта останавливается, а социальная адаптация становится несостоятельной, поскольку социум предъявляет повзрослевшему индивиду требования, которым тот не в состоянии соответствовать. В этом случае IQ не соответствует возрасту, но, по данным психологов, «сырые баллы» IQ не снижаются. У меня представление в этом случае о менее пессимистическом прогнозе, чем у Юрия Степановича. Если мы все сделаем, чтобы адаптировать социум к особенностям ребенка (я имею в виду семью и образовательную систему), он достигнет своего потолка, но приспособится к жизни (уже сейчас мать пробанда отмечает, что он все лучше ориентируется в бытовых ситуациях, осваивает все новые обязанности в быту). Если не сможем адаптировать, он станет регрессировать. Все это дает опорные точки для коррекционно-реабилитационной работы. Главные опоры ребенка – это мать и сестра, к которой есть сильная привязанность, и это очень хорошо. С точки зрения клинической, в наблюдавшемся нами статусе можно говорить о ситуативном аутистично-регрессивном поведении – мальчик на консилиуме стал изображать перед нами 2-летнего ребенка, уходя от непонятной для него ситуации. На первый план в психическом статусе выступает дурашливая гипомания. На прошлых консилиумах мы неоднократно говорили о том, что гипоманиакальное состояние может возникнуть не только при эндогенных заболеваниях, но и у детей с органическим поражением ЦНС, и у умственно отсталых. Так же, как шизофренический психоз может возникнуть у ребенка с той или иной формой умственной отсталости, что, возможно, и описано Н.В. Симашковой. В нашем же случае гипомания, вероятно, мешает развитию ребенка.

**Н.М. Иовчук:** Вот здесь я не совсем согласна. Гипомания часто, наоборот, помогает развитию ребенка, как мы это часто видим у детей, больных малопрогрессивными формами шизофрении с преобладающим гипоманиакальным эффектом. Так что нужно еще подумать и аккуратно взвесить, надо ли ее лечить.

**Е.В. Корень:** Здесь скорее мы видим эйфорический фон настроения. В США детям с СДВГ и повышенным фоном настроения ставят диагноз «биполярное аффективное расстройство». У этого мальчика против гипомании свидетельствуют вербигерации.

**А.А. Северный:** И все же здесь, по моему мнению, скорее имеет место регрессивно-дурашливая реакция. Есть гипомания с искаженной, но полной триадой. Дурашливость скорее свидетельствует об интеллектуальном отставании. Лечить ребенка целесообразно седативными или балансирующими ноотропами в эффективных дозах. Но самое главное в том, что акцент надо делать на педагогическую коррекцию, начиная с индивидуальной и постепенно переходя к групповой работе.

**Н.М. Иовчук:** Надо напомнить, что ребенок пришел на консультацию психиатра с рекомендацией другого психиатра лечить rispoleptom в связи с подозрением на шизофрению. Действительно, при синдроме Мартина-Белл возможны стереотипии, эхололии, аутоагрессия, аутистическое поведение, двигательное возбуждение, но ребенок живой, эмоционально теплый, контактный. Я не усмотрела в нем ничего шизофренического и считаю, как и Анатолий Алексеевич, что его не надо лечить ничем, кроме ноотропов.

**А.А. Северный:** Кататония неспецифична в детском возрасте, хотя, конечно, возможны случаи заболевания шизофренией и детей с очевидными хромосомными заболеваниями. В данном случае этого нет.

**Н.М. Иовчук:** Мы постараемся обеспечить мальчику коррекционную работу и группу в инклюзивном детском саду (может быть, группу «Особый ребенок» или Лекотеку) с мультидисциплинарной помощью, а в дальнейшем подумаем и о месте и форме обучения.

---

**ОФИЦИАЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, РЕЦЕНЗИИ, ИНФОРМАЦИЯ**


---

**ОБРАЩЕНИЕ В РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ПСИХИАТРОВ**

**Н.Г. Незнанову, проф.,**  
 председателю Российского общества психиатров,  
 Директору НИПНИ им. В.М. Бехтерева

Копия:

**Е.А. Брюну, д.м.н.,**  
 главному специалисту-наркологу Минздравсоцразвития,  
 председателю Российской наркологической лиги  
**З.И. Кекелидзе, проф.,**  
 главному специалисту-психиатру Минздравсоцразвития  
**Е.А. Кошкиной, проф.,**  
 Директору ННЦ наркологии Минздравсоцразвития,  
 председателю секции РОП по наркологии  
**Н.Н. Иванцу, проф., член-корр.РАМН,**  
 руководителю Национального наркологического общества  
**А.С. Тиганову, проф., акад.РАМН,**  
 председателю секции РОП по общей психопатологии,  
 директору НЦПЗ РАМН

Глубокоуважаемый Николай Григорьевич!

Обращаемся к Вам как к председателю Российского научного общества психиатров, в связи с тем что в последнее время руководство российской наркологии выступило с законодательными предложениями по кардинальному изменению системы оказания помощи лицам с наркотической зависимостью. В частности, предлагается внедрение процедуры «недобровольной госпитализации» для больных наркоманией<sup>1</sup>. Предполагается применение в таких случаях ст. 29 «Закона о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

Теоретической основой данного предложения является позиция руководства российской наркологии, противоречащая принципам клинической психиатрии. В статьях, опубликованных в последние годы сотрудниками Национального научного центра наркологии и Московского научно-практического центра наркологии отстаивается точка зрения о том, что патологическое влечение к наркотикам является психотическим синдромом (бредом, сверхценной идеей)<sup>2, 3</sup>. Это утверждение, по нашему мнению, противоречит клинической реальности и базовым психопатологическим представлениям отечественной и мировой психиатрии. Мировая психиатрия рассматривает аддиктивное влечение исключительно как поведенческое (а не психотическое) расстройство (ICD-10, DSM-IV).

Используя более чем спорную концепцию о «патологическом влечении» как проявлении «бредового психоза» предлагается внедрение процедуры «недобровольной госпитализации» по отношению к пациентам с синдромом зависимости. При этом упускается из виду, что само психическое расстройство еще не является основанием для недобровольной госпитализации.

Подобные инициативы являются следствием того, что *отечественная наркология в течение 35 лет развивается вне общемировой психиатрической нау-*

---

1. Е.А. Брюн. Без «недобровольной госпитализации» не обойтись // Медицинская газета, № 93, 02.12.2011.

2. М.А. Михайлов. Влечение как бред // Вопросы наркологии. - 2010, № 4.

3. А.Г. Гофман. Комментарии к статье В.Д. Менделевича «Влечение как влечение, бред как бред» // Вопросы наркологии. - 2011, № 3.

ки, а в последнее двадцатилетие переживает глубокий системный кризис<sup>4</sup>.

Нами была предпринята попытка проведения научной дискуссии по вопросам психопатологии аддиктивного влечения на страницах журнала «Вопросы наркологии»<sup>5</sup>. Однако дискуссия, едва начавшись, волевым решением руководителей наркологии, была свернута, и присланные статьи оппонентов были редколлегией отвергнуты.

В связи с вышесказанным, обращаемся к Вам с просьбой создать рабочую группу из числа видных российских психиатров для качественной оценки уровня научных работ, посвященных вопросам психопатологии т. н. «патологического влечения», соответствия их принципам клинической психиатрии. Предлагаем также привлечь к работе юристов, специализирующихся в области психиатрии. Кроме того, считаем целесообразным проведение под эгидой Российского общества психиатров широкой дискуссии (с проведением серий круглых столов) на означенную тему.

С уважением,

*В.Д. Менделевич*, д.м.н., проф., **член Правления РОП** и Европейской ассоциации по лечению опиоидной зависимости, эксперт ВОЗ, директор Института исследований проблем психического здоровья, зав.кафедрой Казанского государственного медицинского университета, главный редактор журнала «Неврологический вестник» им. В.М. Бехтерева.

*М.Л. Зобин*, к.м.н., директор Медицинского центра по лечению наркотической и алкогольной зависимости.

*Ю.П. Сиволап*, д.м.н., проф. кафедры психиатрии и медицинской психологии Первого государственного медицинского университета им.И.М. Сеченова.

*А.Ю. Егоров*, д.м.н., проф. кафедры психиатрии и наркологии Санкт-Петербургского государственного университета, проф.кафедры психиатрии и наркологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова.

*А.Г. Софронов*, д.м.н., проф., **член Правления РОП**, зав. кафедрой психиатрии и наркологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова.

*Е.М. Крупицкий*, д.м.н., проф., **член Правления РОП**, руководитель отдела наркологии НИПНИ им. В.М. Бехтерева, заведующий лабораторией клинической фармакологии аддиктивных состояний Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П. Павлова.

*И.Н. Пятницкая*, д.м.н., профессор.

*Ц.П. Короленко*, д.м.н., проф. кафедры психиатрии Новосибирского государственного медицинского университета, заслуженный деятель науки РФ, член ВОЗ по секции транскультуральной психиатрии.

*Е.В. Снедков*, д.м.н., проф., **председатель комиссии Правления РОП по вопросам профессиональной этики, член Президиума Правления РОП**, зав. кафедрой психиатрии Северо-западного государственного медицинского университета им.И.И.Мечникова, эксперт Национальной Медицинской Палаты РФ.

*В.А. Точлов*, д.м.н., **член Правления РОП**, проф. кафедры психиатрии Северо-западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова.

*А.О. Бухановский*, д.м.н., проф., **член Президиума Правления РОП**, зав. кафедрой психиатрии и наркологии ФПК ППС Ростовского государственного медицинского университета, заслуженный врач РФ.

*Ю.С. Шевченко*, д.м.н., проф., **член Президиума Правления РОП, председатель секции РОП по психиатрии, психотерапии и наркологии детского и подросткового возраста**, зав. кафедрой детской психиатрии и психотерапии Рос-

4. Резолюция научно-практической конференции с международным участием «Комплексные подходы к стандартизации диагностики и терапии психических расстройств», СПб, октябрь 2011 г. ([http://www.bekhterev.ru/index.php?cid=490&crt=19,43,1#PAGE\\_490\\_1](http://www.bekhterev.ru/index.php?cid=490&crt=19,43,1#PAGE_490_1))

5. В.Д. Менделевич. Влечение как влечение, бред как бред // Вопросы наркологии. - 2010, № 5.

сийской государственной медицинской академии последипломного образования.

*И.В. Боев*, д.м.н., проф., **член Президиума Правления РОП**, зав. кафедрой психиатрии, психотерапии и медицинской психологии с курсом неврологии ИПДО Ставропольской государственной медицинской академии.

*Р.Р. Хамитов*, д.м.н., **член Президиума Правления РОП**, проф. кафедры психиатрии и судебно-психиатрической экспертизы Казанской государственной медицинской академии, главный врач Казанский ПБ СТИН.

*Ф.Ф. Гатин*, д.м.н., проф., **член Президиума Правления РОП**, зав. кафедрой психиатрии и судебно-психиатрической экспертизы Казанской государственной медицинской академии.

*Н.А. Корнетов*, д.м.н., проф., **член Правления РОП**, зав. кафедрой психиатрии, наркологии, психотерапии и медицинской психологии ФПК ППС Сибирского государственного медицинского университета, член образовательной секции Всемирной психиатрической ассоциации, заслуженный деятель науки РФ.

*О.Ю. Ширяев*, д.м.н., проф., **член Правления РОП**, зав. кафедрой психиатрии с наркологией Воронежской медицинской академии им. Н.Н. Бурденко.

*А.Г. Соловьев*, д.м.н., проф. кафедры психиатрии и клинической психологии Северного государственного медицинского университета, зам. главного редактора журнала «Наркология».

*О.Ф. Ерышев*, д.м.н., проф., главный научный сотрудник отделения лечения больных алкоголизмом НИПНИ им. В.М. Бехтерева, доцент кафедры психиатрии и наркологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова.

*И.В. Шадрин*, д.м.н., проф., **член Правления РОП**, зав. кафедрой психиатрии Челябинской государственной медицинской академии.

*В.В. Власов*, д.м.н., проф., президент Общества специалистов доказательной медицины.

*Е.Н. Кривулин*, д.м.н., проф. кафедры психиатрии и наркологии Уральской государственной медицинской академии.

*А.В. Худяков*, д.м.н., проф., зав. кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии Ивановской государственной медицинской академии.

*С.Л. Соловьева*, д.психол.н., проф., зав. кафедрой психологии и педагогики Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова.

*Б.М. Коган*, д.биол.наук, проф., **член Правления РОП**, зав. кафедрой клинической и специальной психологии Института психологии, социологии и социальных отношений Московского городского педагогического университета.

*С.С. Сошников*, к.м.н., с.н.с. отделения медико-социальных проблем Центрального НИИ Организации и информатизации здравоохранения МЗСР РФ, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения Мордовского Государственного Университета им. Огарева.

*В.Э. Пащковский*, д.м.н., доцент кафедры психиатрии и наркологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова.

*Д.А. Полевой*, **член Правления РОП**, главный врач Калининградской психиатрической больницы.

*И.А. Сабитов*, к.м.н., доцент, зав. кафедрой медицинской психологии, психоневрологии и психиатрии Ульяновского государственного университета, директор Центра психолого-педагогической реабилитации и коррекции несовершеннолетних злоупотребляющих наркотиками и иными ПАВ.

*В.А. Савченков*, к.м.н., зав. отделением неотложной наркологической помощи клиники психиатрии им. С.С. Корсакова Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова.

*М.В. Янушкевич*, врач отделения неотложной наркологической помощи клиники психиатрии им. С.С. Корсакова Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова.

*С.В. Гарганеев*, к.м.н., зав. отделением Алтайской краевой клинической психиатрической больницы.

*А.А. Атаманов*, к.м.н., доцент, зав. кафедрой социальной работы, психологии и педагогики Челябинской государственной медицинской академии.



**И.Л. Медведев, М.А. Боброва**

**ШКОЛА ДЕТСКОЙ И ПОДРОСТКОВОЙ НЕЙРОПСИХОФАРМАКОЛОГИИ  
(19-24 февраля 2012 года, Венеция, Италия)  
Ассоциация детских психиатров и психологов (Москва).**

С 19 по 24 февраля 2012 года в Венеции (Италия) состоялась школа детской и подростковой нейропсихофармакологии (ECNP School of Child and Adolescent Neuropsychopharmacology), организованная Европейской коллегией нейропсихофармакологии (European College of Neuropsychopharmacology [ECNP]), президентом которой является Joseph Zohar, профессор психиатрии Тель-Авивского университета (Израиль).

ECNP была создана в 1987 г. по инициативе европейских ученых для поощрения исследований и содействия научному обмену в области нейропсихофармакологии. ECNP организует широкий спектр мероприятий и программ по всей Европе: конгрессы, образовательные семинары для ординаторов и резидентов, школы молодых ученых, семинары, направленные на обучение и взаимодействие молодых специалистов, совещания экспертов для обсуждения вопросов психофармакологии, а также совещания для обмена информацией между научным сообществом, европейскими регулирующими органами в области фарминдустрии и фармацевтическими компаниями. Целями ECNP является поддержка инновационных исследований в области нейропсихофармакологии и обмена идеями, открытиями и передовым клиническим опытом; поощрение научной деятельности в странах Европы и координация разработки единых европейских стандартов лечения; содействие образованию молодых ученых и поддержка их непрерывного профессионального развития; обеспечение информирования общественности по вопросам, касающимся функционирования и лечения заболеваний ЦНС; содействие диалогу с регулирующими и государственными органами, международными организациями и фармацевтической промышленностью.

Школа детской и подростковой нейропсихофармакологии была организована впервые. Целью проведения школы являлось обеспечение высокого уровня подготовки детских и подростковых психиатров с учетом международного опыта и распространение знаний через участников в страны Европы. В работе школы приняли участие более 40 психиатров из 28 стран Европы, которые окончили обучение менее 5 лет назад. Среди русскоговорящих психиатров на школе присутствовали коллеги из Беларуси, Украины, Молдовы, Латвии.

Мероприятие проводилось на небольшом острове Сан Серволо, расположенном в Венецианской лагуне. Считается, что монахи-бенедиктинцы жили на этом острове еще в VIII веке. В 1725 г. на Сан Серволо были построены монастырский комплекс и военный госпиталь, необходимый в связи с продолжающейся войной против турок. На острове был заложен аптекарский огород, лекарственные растения из которого применялись для лечения военных. Примечательно, что впоследствии госпиталь использовался для ухода за психически больными людьми. Психиатрическая больница продолжала свою работу вплоть до 1978 г. После закрытия больницы был создан институт для изучения и сохранения документов, связанных с работой психиатрического госпиталя. В настоящее время на острове функционирует Венецианский международный университет, здесь ежегодно проводятся художественные выставки и фестивали.

В течение 6 дней работы школы ведущие специалисты в области детской и подростковой психиатрии делились своими научными знаниями и клиническим опытом. Насыщенная научная программа затрагивала широкий спектр проблем

данной области психиатрии.

В первый день с приветственным словом к участникам обратился профессор Alessandro Zuddas из университета Каглиари (Италия). Он отметил, что за последние несколько лет фармацевтические препараты все чаще используются у детей и подростков с психическими расстройствами. Некоторые препараты не имеют клинических данных об эффективности и безопасности у детей и подростков и, зачастую, клинический опыт лечения взрослых пациентов экстраполируется на детско-подростковую психиатрию. Современные лекарственные препараты должны быть клинически эффективны, безопасны и использоваться по показаниям. Однако лекарства часто используются не по зарегистрированным показаниям (не по прямому назначению препарата), с высоким риском низкой эффективности, с риском возможного злоупотребления некоторыми препаратами. Было отмечено, что группа детских и подростковых психиатров, представляющих несколько стран Европейского Союза (ECNP Child and Adolescent Psychiatry Advisory Scientific Group, European Child and Adolescent Psychopharmacology Network [ECAPN]), начали сотрудничество в проведении научных исследований и клинических испытаний препаратов, а также в разработке более точных критериев для назначения препаратов. Данная школа, по мнению организаторов, будет способствовать распространению передового опыта в области клинической нейропсихофармакологии, высокому уровню подготовки специалистов, а также развитию научно-исследовательской деятельности у себя в стране, что в целом соответствует целям и задачам ECNP.

Пожалуй, одной из центральных лекций было выступление профессора Celso Arango, руководителя департамента детской и подростковой психиатрии госпиталя Gregorio Marañón (Мадрид, Испания) – «Антипсихотики: клиническая психофармакология». Начало лекции сопровождалось вопросами к слушателям, касающихся назначения препаратов, их дозировки, фармакокинетики и побочных действий. Было указано, что использование антипсихотиков в педиатрической практике за последние годы резко увеличилось. В Нидерландах распространенность назначения антипсихотиков у пациентов младше 19 лет в 1997 г. составила 0,3%, тогда как в 2005 г. – уже 0,7%, средняя длительность применения также выросла с 0,8 лет в 1998-1999 гг. до 1,6 лет в 2001-2002 гг. В Великобритании отмечалась такая же тенденция, однако частота назначения антипсихотиков ниже (от 0,04% в 1992 г. до 0,08% в 2005 г.). Так, в 2002 г. среди всех антипсихотиков, используемых в Европе, 93% были атипичными, а в 2004 г. – 99%. Далее были представлены данные о возможности применения различных препаратов в детской практике в соответствии с рекомендацией Европейского медицинского агентства (EMA - European Medicines Agency): хлорпромазин разрешен к применению при шизофрении и других психозах у детей всех возрастов, галоперидол – у детей старше 2 лет, амисульприд – у подростков старше 15 лет, клозапин – при шизофрении у подростков старше 16 лет, арипипразол – у подростков старше 15 лет. Был предложен алгоритм выбора нейролептика. Так, предлагалось начать лечение с антипсихотика, который вызывает меньше побочных эффектов или не имеет тех нежелательных явлений, которых боятся пациенты. Если в течение 4-6 недель после назначения адекватной дозы имеет место неудовлетворительный ответ на терапию, то следует использовать другой антипсихотик. Если лечение шизофрении неэффективно 2 препаратами в качестве монотерапии, то следует использовать клозапин. Китайский и восточно-азиатский этнос, как и африканцы, в 35%-50% имеют менее активную форму цитохрома P450 2D6, чем обусловлен «медленный метаболизм» препаратов и, соответственно, им целесообразно назначать более низкие дозы анти-

психотиков, в тоже время «быстрый метаболизм» является сравнительно редким явлением среди лиц азиатского происхождения (1-6%), а у лиц европейской расы встречается в 5-10%. Во второй части лекции Celso Arango коснулся частных вопросов и представил слушателям подробную информацию о каждом антипсихотике в соответствии с рекомендацией Управления по контролю качества продуктов и лекарств США (FDA – Food and Drug Administration).

Галоперидол рекомендовано назначать с 0,5-2 мг, максимальная доза – не более 6-8 мг в день, необходимо регулярно проверять симптом «зубчатого колеса», препарат назначается с 2 лет.

Доза рисперидона составляет 2-6 мг в день в качестве антипсихотического средства, начальная доза от 0,5 до 1 мг 2 раза в день, при экстацербации психотической симптоматики от 1 до 2 мг 2 раза в день, при шизофрении, маниакальных и смешанных состояниях разрешено использование с 10 лет.

Оланзапин рекомендовано назначать с 5-10 мг в сутки, применяется при шизофрении, маниакальных и смешанных эпизодах с 13 лет, имеет больше побочных эффектов, чем другие препараты: более чем у 50% пациентов отмечается увеличение массы тела, повышение уровня триглицеридов, гемоглобина А1С, что опосредованно, при генетической предрасположенности, может привести к развитию диабета.

Зипразидон не рекомендован FDA несмотря на данные, подтверждающие его эффективность и безопасность при маниакальных состояниях у детей старше 10 лет, средняя доза у подростков составляет 120 мг в день. Стоит избегать назначения препарата, если на ЭКГ интервал QT составляет более 500 мс, при риске развития аритмии и электролитного дисбаланса, например при алкогольной зависимости.

Арипипразол назначается с дозы 5 мг до 10-30 мг в день, является субстратом для цитохромов P450 3A4 и 2D6, поэтому пароксетин и флуоксетин будут повышать его уровень в плазме крови, а карбамазепин снижать; FDA разрешен для лечения шизофрении с 13 лет, при маниакальных и смешанных эпизодах в качестве монотерапии или в дополнение с литием или вальпроатами при биполярных состояниях – с 10 лет, ЕМА разрешен при шизофрении – с 15 лет.

Начальная доза кветиапина составляет 100-200 мг, при необходимости возможно увеличение дозы быстрым титрованием, при биполярной депрессии доза составляет 300 мг в сутки, при острой шизофрении – 400-800 мг в сутки, при биполярной мании – 300-600 мг в сутки, поддерживающая доза – 300-500 мг в сутки. Назначается при шизофрении с 13 лет, при мании – с 10 лет.

Амисульприд разрешен ЕМА при шизофрении и острых психозах с 15 лет, нет исследований по оценке доз в педиатрической практике.

Палиперидон является метаболитом рисперидона (9-OH-risperidone), не метаболизируется цитохромом P450, суточная доза составляет от 6 до 12 мг, разрешен для лечения шизофрении с 13 лет.

Начальная доза клозапина должна составлять 12,5 мг с увеличением на 25-50 мг в день до максимальной дозы в педиатрической практике 300-500 мг в сутки; у взрослых одним из показаний являются суицидальные тенденции при шизофрении. ЕМА рекомендовано использование при шизофрении у лиц, старше 16 лет.

Азенапин и сертиндол не используются в детско-подростковой психиатрии.

Стоит отметить, что в России разрешенный возраст назначения препаратов отличается, поэтому необходимо следовать инструкции препарата.

В лекции не остался без внимания вопрос о таком нежелательном явлении при использовании антипсихотиков, как гиперпролактинемия. Большой риск

увеличения уровня пролактина в плазме крови отмечается у пациентов, принимающих палиперидон/рисперидон, далее следуют галоперидол, оланзапин, zipразидон, кветиапин, клозапин и замыкает этот ряд арипипразол, который является частичным агонистом D2-рецепторов и даже может подавлять выработку пролактина.

В заключение Celso Arango подвел итог своему выступлению, сказав, что существует лишь небольшая разница эффективности лечения разными антипсихотиками за исключением клозапина при резистентности к терапии, а различия проявляются лишь в побочных эффектах, развитие которых у детей и подростков наиболее частое, чем у взрослых пациентов. В связи с этим необходим постоянный мониторинг метаболических побочных эффектов, в частности, увеличения веса. Кроме того, необходимо тщательно оценивать соотношение риска и пользы от назначения конкретного антипсихотика совместно с пациентами и их семьями.

Сообщение Paramala Santosh, руководителя Центра педиатрической психофармакологии Института психиатрии Королевского колледжа (Лондон, Великобритания), было посвящено психопатологическим проявлениям при метаболических и органических расстройствах. В соответствии с психопатологической классификацией метаболических расстройств выделены 3 группы. В первую группу входят острые и рецидивирующие состояния спутанности сознания, которые иногда неправильно диагностируются как острый психоз (порфирия, нарушение ремитилирования гомоцистеина, нарушения в цикле мочевины). Во вторую группу входят хронические психические симптомы, возникающие у подростков или у взрослых – кататония, зрительные галлюцинации (болезнь Вильсона-Коновалова, Нимана-Пика тип С). Третью группу составляют симптомы, характеризующиеся поздним началом поведенческих расстройств или изменениями личности с умеренной умственной отсталостью (GM2 ганглиозидоз, гиперглицинемия). Было отмечено, что психотические состояния развиваются с частотой примерно 1 на 10000 случаев при таких заболеваниях, как порфирия, синдром Аспергера, аутизм, синдром Дауна, синдром ломкой X-хромосомы, синдром Жильбера, синдром Жилиа де ля Туретта, болезнь Гентингтона, синдром Кляйнфельтера, синдром Марфана, фенилкетонурия, альбинизм. Приведены клинические проявления каждого заболевания.

Следующая часть лекции была посвящена органическим психозам: механизмам их развития, психопатологической симптоматике и тактике лечения. В частности, рекомендовано начинать терапию с 1/6-1/8 оптимальной дозы и увеличивать ее с таким же шагом каждые 3-7 дней в зависимости от фармакокинетики препарата, необходим регулярный мониторинг побочных эффектов, прекращение титрования дозы при возникновении побочных явлений до их нивелирования, использование различных нефармакологических методов лечения. Было показано, что утяжеление заболеваний, вызванных нарушением метаболизма, может происходить при назначении различных препаратов. Так, вальпроаты блокируют цикл мочевины, имипрамин, мепробамат, метиприлон ухудшают течение порфирии, нейролептики вследствие блокады D2-рецепторов – болезни Вильсона-Коновалова. Кроме того, лектором затронуты вопросы, связанные с травматическим повреждением головного мозга у детей и подростков, и указано на высокую частоту развития психопатологических симптомов у данных пациентов.

Сообщение профессора Emily Simonoff из Института психиатрии Королевского колледжа (Лондон, Великобритания) было посвящено расстройствам аутистического спектра. По DSM-IV и МКБ-10 к расстройствам аутистического

спектра относятся детский аутизм, синдром Аспергера, атипичный аутизм, отклонения в развитии, синдром Ретта, тогда как в DSM-V к данным нарушениям будет относиться расстройство аутистического спектра и расстройство социальной коммуникации. В соответствие с этим, по DSM-V расстройства аутистического спектра будут диагностированы, если имеют место отклонения в социальной коммуникации, присутствии ограниченных или повторяющихся действий, интересов или деятельности, наличие симптомов в раннем детстве, нарушение или ограничение повседневного функционирования. Необходим междисциплинарный подход к оценке аутизма: медицинский, логопедический, психологический, образовательный, социальный. Было указано, что в настоящее время нет фармакологических методов лечения аутизма. Отмечено, что аутизм часто сочетается с эмоциональными нарушениями – тревожными расстройствами, фобией, особенно социальной, агорафобией, депрессией, дистимией; нарушениями поведения – оппозиционным поведением, синдромом дефицита внимания с гиперактивностью; другими расстройствами – синдромом Жилия де ля Туретта, хроническими тиками, энурезом, энкопрезом. Тем не менее, приведены данные об использовании рисперидона, арипипразола при раздражительности, метилфенидата и атомоксетина при синдроме дефицита внимания с гиперактивностью, эсциталопрама, флуоксетина, флувоксамина при обсессивно-компульсивном расстройстве.

Josefina Castro-Fornieles из Департамента детской и подростковой психиатрии и психологии университета Барселоны (Испания) подготовила сообщение о лечении больных с расстройствами пищевого поведения. В основе расстройств пищевого поведения лежат как социальные, так и генетические и биологические факторы. Целями лечения являются увеличение веса, нормализация приема пищи и контроль пищевого поведения, оценка и помощь при психологических проблемах, лечение сопутствующих заболеваний, в том числе психических, повышение самооценки и социальных навыков. Одну из ключевых ролей в лечении играет психотерапия, в частности когнитивно-бихевиоральная, индивидуальная, групповая, семейная. В качестве фармакотерапии при нервной анорексии используются 2 класса препаратов, направленных на нормализацию баланса серотонина и дофамина в нервной системе. Так, приведены исследования, в которых пациенты получали сертралин, циталопрам, флуоксетин, оланзапин, кветиапин, арипипразол. Были упомянуты другие препараты без указаний на доказательные клинические исследования (цинк, литий, налтрексон, гормон роста). При нервной булимии показана эффективность флуоксетина и топирамата. Также упоминались препараты с отсутствием доказательных исследований в соответствии с современными требованиями (ребоксетин, ондансетрон, налтрексон, бупропион, тразодон).

Целый день школы был посвящен тревожно-депрессивным расстройствам и методам их лечения. Ian Goodyer из Университета Кэмбриджа (Великобритания) коснулся вопросов моноаминовой теории развития депрессии, представил результаты рандомизированных клинических исследований эффективности препаратов при депрессии у подростков. В исследовании TADS (Treatment of Adolescent Depression Study) показано, что у подростков с умеренной и тяжелой депрессией лечение флуоксетином в качестве монотерапии или в сочетании с когнитивно-бихевиоральной терапией способствовало более быстрому ответу на лечение, использование когнитивно-бихевиоральной терапии в сочетании с флуоксетином повышало безопасность лечения, а также эффективность при большой депрессии у подростков. Исследование ADAPT (Adolescent Depression and Psychotherapy Trial) показало эффективность лечения флуоксетином с пси-

хотерапией у 60% больных. Наблюдение лектором подростков с депрессией в период с 1997 по 2009 гг. показало, что тяжелые депрессии встречаются в 1-2% случаев, риск повторения депрессии в течение 5 лет составляет 60%, лечение без ответа на препараты – 40%, риск хронификации – 15%, нет надежных клинических и психосоциальных предикторов ответа на лечение, резистентность или рецидив.

Gabriele Masi из Научного института детской неврологии и психиатрии Calambrone (Пиза, Италия) сделала сообщение о лечении тревожных расстройств. Тревожные расстройства являются наиболее распространенными психическими расстройствами и составляют от 9,9% до 16,7% во всем мире. Распространенность среди детей и подростков – от 6% до 18%. Около 50% всех тревожных расстройств начинаются в возрасте до 11 лет, а около 75% - в возрасте до 21 года. Отмечена высокая коморбидность тревожных и депрессивных расстройств. Данные по фармакотерапии в педиатрической практике ограничены, поскольку большинство молодых людей с тревожными расстройствами не получает лечения. Были показаны результаты нескольких исследований препаратов при лечении тревожных расстройств. В исследованиях, финансируемых фармацевтическими компаниями, получены лучшие результаты, чем в тех, которые финансируются из других источников. Установлено, что комбинированная терапия лекарственным препаратом в сочетании с психотерапией более эффективна. Среди побочных эффектов при лечении наиболее часто встречаются гиперкинезы у детей, суицидальные мысли и поведение, беспокойство, гиперактивность, расторможенность, редко маниакальные симптомы и смешанные состояния. Распространенность обсессивно-компульсивного расстройства у детей и подростков составляет 1%-2%, пики развития заболевания составляют подростковый возраст и возраст около 21 года. Когнитивно-бихевиоральная терапия является методом первого выбора при лечении легкого обсессивно-компульсивного расстройства, тяжелое течение заболевания и отсутствие ответа на психотерапию является показанием к назначению психофармакопрепаратов, в частности, были приведены результаты исследования POTS (Pediatric OCD Treatment Study), показавшем эффективность сертралина. При отсутствии эффекта от лечения антидепрессантами возможно назначение нейролептиков, в частности, была показана эффективность арипипразола. В течение 10 лет наблюдались 717 подростков. Было выявлено, что подростки с тревожными расстройствами имели больший риск развития депрессии во взрослом возрасте по сравнению с подростками без тревожных расстройств (56% против 6%). Далее в лекции рассматривались вопросы панического расстройства. Частота панического расстройства у детей и подростков дискутируется и составляет 1%, однако панические атаки отмечаются у 4-6%. С учетом когнитивной незрелости дети не в состоянии правильно выражать свои физиологические и психологические жалобы или же они могут интерпретировать данные симптомы в соответствии с уровнем своего развития (страх, ночные кошмары), что затрудняет определение состояния как панического приступа. Наиболее распространенными симптомами у детей младшего возраста являются внезапный страх, агитация с криком, сердцебиение, одышка, потливость, головокружение, слабость, в небольшом количестве соматические симптомы, такие как страх рвоты после еды, страх перед сном. В подростковом возрасте возникают новые симптомы, а именно боль в груди, приливы, головная боль, головокружение, «когнитивные симптомы» появляются позже: страх смерти, страх сойти с ума, страх потерять контроль над собой, а также дереализация-деперсонализация. Среди фармакопрепаратов для лечения панического расстройства использовались флуоксетин,

сертралин, пароксетин, начиная с малых доз и постепенного титрования, поскольку пациенты могут быть очень чувствительные к эффектам антидепрессантов, в связи с чем в первые дни лечения могут появиться беспокойство, возбуждение, усилиться симптоматика панических атак, что может способствовать прекращению лечения самими пациентами. Положительный ответ на лечение может быть не ранее, чем через 3-4 недели, этот латентный период может быть слишком большим у пациентов с частыми и тяжелыми приступами. Бензодиазепины (например, алпразолам) могут быть использованы для быстрого купирования атак, а затем постепенно отменены после начала действия селективных ингибиторов обратного захвата серотонина. При постоянной тревоге ожидания с фобическим избеганием без панических атак необходимо проведение психотерапии. При отсутствии эффекта от лечения первым селективным ингибитором обратного захвата серотонина необходимо перейти к другому, затем назначить трициклический антидепрессант, затем селективный ингибитор обратного захвата серотонина и норадреналина (венлафаксин), а когда будет достигнута эффективная дозировка, лечение должно быть продолжено, по крайней мере, в течение 8-12 месяцев.

Лекция Carmen Moreno из Департамента детской и подростковой психиатрии Госпиталя Gregorio Marañón (Мадрид, Испания) затрагивала вопросы лечения биполярного расстройства у детей и подростков. Показано, что средний возраст дебюта биполярного расстройства составляет 17,4 года. Отмечено, что у детей и подростков часто имеют место раздражительность, гиперактивность, отвлекаемость, депрессивные симптомы и суицидальные попытки, длительное, хроническое течение, быстрая смена настроения, смешанные состояния, у подростков депрессивные симптомы отмечаются чаще, чем маниакальные, дети испытывают трудности в выражении своих эмоций и поэтому диагностика эмоциональных нарушений складывается из наблюдения за их поведением. В отличие от взрослых пациентов, у которых при биполярном расстройстве часто встречаются алкогольная и наркотическая зависимость, а также тревожные расстройства, у детей и подростков отмечается синдром дефицита внимания с гиперактивностью (от 11% до 98%), оппозиционное вызывающее расстройство (oppositional defiant disorder – ODD), тревога. Лечение биполярного расстройства в детском возрасте должно включать в себя медикаментозную терапию, психотерапию и психообразовательные мероприятия. В исследованиях при лечении маниакальных и смешанных состояний показана эффективность кветиапина с вальпроатом натрия, оланзапина, арипипразола, рисперидона, лития, окскарбазепина, топирамата, при коморбидности с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью – метилфенидата. В лекции было акцентировано внимание и на нежелательных явлениях при приеме препаратов, в частности, увеличение веса больше всего характерно для пациентов, принимающих оланзапин, далее, по мере убывания, клозапина, рисперидона, кветиапина и арипипразола. Дети и подростки по сравнению со взрослыми, принимающими антипсихотические препараты, имеют более высокий риск увеличения массы тела, седации, гиперпролактинемии. Рисперидон, арипипразол, оланзапин, кветиапин, литий одобрены FDA для лечения биполярного расстройства у детей с 10 лет и старше, стратегия лечения в основном взята у взрослых пациентов. В заключении сообщения было указано, что отсутствуют единые возрастные диагностические критерии биполярного расстройства, клинические исследования показали эффективность атипичных антипсихотиков при острых маниакальных и смешанных состояниях, отсутствуют данные по лечению биполярной депрессии, а также необходимо тщательно следить за развитием метаболических по-

бочных эффектов.

Лекции профессора Alessandro Zuddas из Центра фармакотерапии детей и подростков Университета Кальяри (Италия) и David Coghill из Университета Данди (Великобритания) были посвящены фармакотерапии синдрома дефицита внимания с гиперактивностью. Данное заболевание представляет собой гетерогенное расстройство с такими симптомами, как нарушение внимания, гиперактивность, импульсивность, часто сочетается с оппозиционным вызывающим расстройством, тикозными расстройствами, моторными нарушениями, тревожными расстройствами и дислексией. При лечении синдрома дефицита внимания с гиперактивностью показана эффективность метилфенидата, лекарственного препарата из группы психостимуляторов, который в России запрещен к использованию, а также атомoksetина. Были представлены как собственные клинические исследования метилфенидата, показавшие его эффективность и безопасность, так и других ученых.

С особым вниманием молодые психиатры слушали лекцию Gil Zalsman из Центра психического здоровья (Петех-Тиква, Израиль), которая была посвящена суицидальному поведению детей и подростков, а также лекцию Eric Taylor из Института психиатрии Королевского колледжа (Лондон, Великобритания), в которой были рассмотрены вопросы генетики. На школе с сообщениями также выступили Michael Kolch (Германия), Andrea Cipriani (Италия), Marina Danckaerts (Бельгия), Jan Buitelaar (Нидерланды). Повышенный интерес участников вызвали дебаты между Eric Taylor и Ian Goodyer на тему «Стоит ли считать медикаментозное лечение детей и подростков методом первого выбора?». Кроме того, было представлено несколько лекций, из которых молодые ученые смогли узнать, как правильно делать презентации и организовывать различные научные мероприятия, проводить исследования.

Одними из мероприятий школы стали семинары, проходившие в течение всех дней школы (по три семинара в день), на которых обсуждались актуальные вопросы, затронутые в лекциях, рассматривались клинические случаи, при этом участники могли высказаться и задать вопросы по рассматриваемым проблемам. В частности, были представлены клинические иллюстрации больных с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью, аутизмом, шизофреноподобным расстройством. Руководителями семинаров предлагалось высказывать свои суждения о диагнозе, терапии, возможных побочных действиях, клиническом прогнозе. Участники из разных стран активно дискутировали, отстаивали свои точки зрения в соответствии со своим опытом. Воркшопы позволили закрепить полученную информацию из лекций и использовать ее в клинической практике на наглядных примерах.

Опыт общения с психиатрами из разных стран позволил сформировать представление о подходах к диагностике и лечению детей и подростков с психическими расстройствами с учетом национальной специфики и разрешенными к применению в каждой стране психофармакопрепаратами. Школа прошла на высоком организационном и научном уровне, в дружелюбной атмосфере и являлась одним из значимых событий в области детской и подростковой психиатрии за последние несколько лет. Участие российских психиатров в школе стало возможным благодаря поддержке Ассоциации детских психиатров и психологов.