

АССОЦИАЦИЯ ДЕТСКИХ ПСИХИАТРОВ И ПСИХОЛОГОВ

**ВОПРОСЫ
ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ
ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

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

2015 (15), № 3-4

Москва. 2015

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. Басилова, 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, Ю.С. Шевченко, А.М. Щербакова,
Э.Г. Эйдемиллер (зам. Главного редактора)

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

ISBN 5-94668-004-7
ISSN 2305-9133

© Ассоциация детских психиатров и психологов. 2015

Перепечатка запрещена. При цитировании ссылка обязательна.

Выпуск журнала осуществляется при финансовой поддержке
Института Гармоничного Развития и Адаптации («ИГРА»)
и организационно-технической поддержке
ФГБНУ «Центр защиты прав и интересов детей»

ПРЕДСТАВЛЕНИЕ РЕДКОЛЛЕГИИ

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

ИГОРЬ ВАЛЕРИЕВИЧ ДОБРЯКОВ, доцент кафедры детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Северо-Западного государственного медицинского университета имени И.И. Мечникова и кафедры психического здоровья и раннего сопровождения детей и родителей факультета психологии Санкт-Петербургского государственного университета, кандидат медицинских наук, психолог, психиатр высшей категории. Эксперт в области психиатрии и психотерапии International Federation of Independent Experts; консультант United Nations Children's Fund по работе в кризисных ситуациях, официальный супервизор Российской Психотерапевтической Ассоциации; сопредседатель секции перинатальной психологии Российского Психологического Общества; член Координационного Совета Санкт-Петербургского Психологического общества. Член редакционных коллегий журналов «Перинатальная психология», «Детская медицина Северо-Запада». Автор более 250 научных публикаций, в том числе 3 монографий («Семейный диагноз и семейная психотерапия» - соавт. Э.Г. Эйдемиллер, И.М. Никольская), «Перинатальная психология», «Ka Radit Laimigu Bernu»; автор глав в 2 коллективных монографиях, в 3 учебно-методических пособиях, в учебниках «Детская психиатрия», «Психология здоровья».

НАТАЛЬЯ ВЛАДИМИРОВНА ЗВЕРЕВА, кандидат психологических наук, профессор кафедры нейро- и патопсихологии развития МГППУ, ведущий научный сотрудник отдела медицинской психологии ФГБУ «НЦПЗ» РАМН, член редколлегии электронных журналов «Медицинская психология в России», «Клиническая и специальная психология», **заместитель президента АДПП**. Круг научных интересов связан с клинической психологией, проблемами аномального развития, дифференциальной диагностики в клинической психологии, возрастных аспектов дизонтогенеза. Автор более 150 научных публикаций, в их числе редактор (по психологии) «Справочника по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста» (2004), учебного пособия «Патопсихология детского и юношеского возраста» (соавторы О.Ю. Казьмина, Е.Г. Каримулина, книга – лауреат конкурса на лучшую научную книгу 2008 г), хрестоматии по Методам нейропсихологической диагностики, учебника «Клиническая психология детей и подростков» (соавтор Т.Г. Горячева, книга – победитель XV Национального психологического конкурса «Золотая Психея» по итогам 2013 г.).

СЕРГЕЙ АЛЕКСАНДРОВИЧ ИГУМНОВ, профессор, доктор медицинских наук, профессор Белорусского государственного медицинского университета. Член Ассоциации европейских психиатров и Московской психотерапевтической академии. Автор более 270 статей, учебных пособий и монографий: Клиническая психотерапия детей и подростков; Общая психотерапия; Антенатальное облучение: нейропсихиатрические аспекты; Расстройства поведения у подростков; и др. Основные направления исследований: психические и поведенческие расстройства у детей и подростков; психические расстройства, возникающие при стихийных и техногенных катастрофах, нейропсихиатрические аспекты антенатального облучения.

НИНА МИХАЙЛОВНА ИОВЧУК, профессор, доктор медицинских наук, профессор МГППУ, **член Правления АДПП**. Автор более 170 научных статей и монографий в области аффективной патологии детско-подросткового возраста, пограничных психических расстройств в детском возрасте, психиатрических аспектов социальной и школьной дизадаптации. Автор спецкурса «Детская социальная психиатрия» для усовершенствования психиатров и для обучения психологов, социальных работников, специалистов учреждений образования, автор (совместно с А.А. Северным, Н.Б. Морозовой) монографии «Детская социальная психиатрия для непсихиатров». Сфера деятельности: внебольничная психиатрия, школьная психиатрия, психиатрические аспекты школьной и социальной дизадаптации детей и подростков.

НАТАЛЬЯ КАПИТОНОВНА КИРИЛЛИНА, кандидат медицинских наук, директор ООО «Институт гармоничного развития и адаптации» («ИГРА»), **член Правления АДПП**, руководитель курса профессиональной переподготовки «Детско-подростковая и семейная психотерапия». Имеет несколько печатных работ, 2 монографии по теме элективного мутизма. Основные сферы интересов: элективный мутизм, игровая и семейная психотерапия.

ИГОРЬ ВЛАДИМИРОВИЧ МАКАРОВ, доктор медицинских наук, главный научный сотрудник, руководитель отделения детской психиатрии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, профессор кафедры психиатрии и наркологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, главный детский специалист-психиатр Минздрава в Северо-Западном федеральном округе. Автор более 150 научных и учебно-методических работ, в том числе монографий «Психозы у детей», «Лекции по детской психиатрии», «Клиническая психиатрия детского и подросткового возраста». Сфера научных интересов: общая психопатология, психозы, органические шизоформные расстройства и аутизм у детей и подростков, реабилитация психически больных детей.

ВЛАДИМИР ДАВЫДОВИЧ МЕНДЕЛЕВИЧ, доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой медицинской и общей психологии Казанского государственного медицинского университета, директор Института исследований проблем психического здоровья. Автор более 600 научных публикаций, 50 монографий, 5 научно-популярных книг: «Психиатрическая пропедевтика»; «Клиническая и медицинская психология»; «Психология девиантного поведения»; «Неврология и психосоматическая медицина»; «Наркозависимость и коморбидные расстройства поведения»; «Психология зависимой личности»; «Гинекологическая психиатрия», «Аддиктивное влечение» и др. Автор антиципационной концепции неврозогенеза, теории зависимой личности, психотерапевтической методики «антиципационный тренинг», тестов антиципационной состоятельности (прогностической компетентности) и склонности подростков к зависимому поведению. Основные области исследований: неврология, психология девиантного поведения, клиническая (медицинская) психология, психотерапия.

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

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

АНАТОЛИЙ АЛЕКСЕЕВИЧ СЕВЕРНЫЙ, кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник НЦ психического здоровья РАМН, **президент АДПП**. Автор более 200 научных публикаций, в т. ч. (в соавторстве) 4 монографий и Справочника по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста. Основные направления исследований: психосоматические расстройства и пограничная психическая патология в детско-подростковом возрасте, организация помощи детям и подросткам с психическими нарушениями.

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

ВЛАДИМИР САМУИЛОВИЧ СОБКИН, доктор психологических наук, профессор, действительный член РАО, заслуженный деятель науки РФ, директор Института социологии образования РАО, лауреат Премии Президента РФ в области образования. Автор более 570 научных публикаций по проблематике социологии образования, детской, возрастной и педагогической психологии, психологии искусства. Ряд статей и монографий переведен на иностранные языки и изданы за рубежом. Основные направления исследований: детская, возрастная и педагогическая психология, социология образования, психология искусства.

ЮРИЙ СТЕПАНОВИЧ ШЕВЧЕНКО, доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой детской психиатрии и психотерапии Российской медицинской академии последипломного образования, **председатель Московского филиала АДПП**, заместитель председателя Профессионального медицинского объединения психотерапевтов, психологов и медицинских работников, член Президиума Российского общества психиатров, член редколлегии журналов «Социальная и клиническая психиатрия», "Психотерапия" и др. Редактор, автор и соавтор книг: Детская и подростковая психиатрия (клинические лекции для профессионалов); Психокоррекция: теория и практика; Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста; Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей; Лечение детей с психосоматическими расстройствами; Бихевиорально-когнитивная психотерапия детей и подростков; Элективный мутизм (красноречивое молчание); Детская и подростковая психиатрия и медицинская психология; Радостное взросление (личностный рост ребенка) и др. Основные направления исследований: психотерапия детей и подростков, пограничная психиатрия детско-подросткового возраста, организация психиатрической помощи детям и подросткам.

АННА МИХАЙЛОВНА ЩЕРБАКОВА, кандидат педагогических наук, профессор кафедры специальной психологии и реабилитации Московского городского педагогического университета. Автор более 60 публикаций, в том числе программно-методических сборников, рекомендованных ФЭС МО РФ. Научный редактор и соавтор монографического сборника «Актуальные проблемы психологической реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья». Основные направления исследований и деятельности: психологическая реабилитация лиц с ограниченными возможностями здоровья. Разработчик и руководитель магистерской программы «Психологическая реабилитация в социальной сфере». Руководитель программы профессиональной переподготовки «Клинико-психолого-педагогические основы реабилитации творческими видами деятельности (средствами театрального искусства)». Член редколлегии электронного журнала «Клиническая и специальная психология». Круг интересов: психология устойчивости, становление личности ребенка, оставшегося без попечения родителей; пути и способы социализации детей с интеллектуальной недостаточностью; вопросы семейного воспитания детей с нарушениями в развитии.

ЭДМОНД ГЕОРГИЕВИЧ ЭЙДЕМИЛЛЕР, доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Северо-Западного государственного медицинского университета имени И.И. Мечникова, **председатель Санкт-Петербургского филиала АДПП**. Автор более 170 научных работ, в т. ч. 8 монографий, один из основоположников семейной психотерапии и онтогенетически-ориентированной индивидуальной и групповой психотерапии в России. Автор психологических методов исследования - "Аутоинтефикация и идентификация по словесно-характерологическим портретам", опросник "Анализ семейных взаимоотношений" и проективный тест "Возраст. Пол. Роль". Автор (с Н.В. Александровой) моделей психотерапии - краткосрочной аналитической психодрамы и аналитико-системной семейной психотерапии. Круг интересов: психоанализ, системный, синергетический и нарративный подходы. Области исследований: психосоматические отношения, когнитивные стили и сценарии, уровень и структура проявлений агрессивности у детей.

СОДЕРЖАНИЕ

ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ, СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА И СМЕЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ

Н.М. Иовчук

ОДАРЕННОСТЬ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ
НАРУШЕНИЯМИ: ДИНАМИКА И ПРОГНОЗ.

ЧАСТЬ I. ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ ОДАРЕННОСТИ У ДЕТЕЙ
С МАЛОПРОГРЕДИЕНТНОЙ ДЕТСКОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ..... 8

Е.В. Корень, Т.А. Куприянова, Н.Е. Степунина

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ПРОВЕДЕНИЮ
ГРУППОВЫХ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

У ПОДРОСТКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО
СПЕКТРА: ФОКУС НА ПРЕМОРБИДНОМ ФУНКЦИОНИРОВАНИИ.... 17

С.В. Гречаный

ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ПОДРОСТКОВ КАК ОСНОВА
УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ С ВРЕДНЫМИ

ПОСЛЕДСТВИЯМИ..... 27

Е.В. Свистунова, Т.В. Луценко

ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ

ДОШКОЛЬНИКОВ С НЕДОСТАТКАМИ ЗРЕНИЯ, НАХОДЯЩИХСЯ
В РАЗНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ..... 37

Е.О. Смирнова, И.В. Хохлачёва

СПЕЦИФИКА РОДИТЕЛЬСКОГО ОТНОШЕНИЯ У МАТЕРЕЙ

ДОШКОЛЬНИКОВ С ТРУДНОСТЯМИ В ОБЩЕНИИ..... 48

Т.А. Зенкина

ОБ ОТНОШЕНИИ МОСКОВСКОГО СТУДЕНЧЕСТВА К ЛИЦАМ

С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ..... 58

В.С. Собкин, Е.А. Калашникова, А.А. Мкртычян

К ВОПРОСУ О ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОРИЕНТАЦИЯХ

ШКОЛЬНИКОВ..... 67

Н.А. Ильчевская

ЦЕННОСТНЫЕ ОСНОВАНИЯ СЕМЕЙНОГО ВОСПИТАНИЯ В РУССКОЙ

КЛАССИЧЕСКОЙ ЛИТЕРАТУРЕ XIX–НАЧАЛА XX ВЕКА..... 74

АРХИВ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ, ПСИХОЛОГИИ, СОЦИАЛЬНОЙ И КОРРЕКЦИОННОЙ ПЕДАГОГИКИ

В.М. Башина

ДИАГНОСТИКА АУТИСТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

В ХРОНОБИОЛОГИЧЕСКОМ АСПЕКТЕ..... 79

ОСОБАЯ ТЕМА

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА В ШКОЛЕ

А.Л. Саватеева, О.В. Саватеева

СОЦИАЛИЗАЦИЯ ПОДРОСТКОВ С ОВЗ И ДЕЛИНКВЕНТНЫМ

ПОВЕДЕНИЕМ В УСЛОВИЯХ ОБУЧЕНИЯ В ШКОЛЕ-ИНТЕРНАТЕ..... 98

А.С. Антипов, В.Ф. Сухих, С.Г. Бронникова

СТАЖИРОВОЧНАЯ ПЛОЩАДКА КАК ИНФРАСТРУКТУРА

ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ПЕДАГОГОВ..... 102

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ, ЛЕКЦИИ, МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

Ю.С. Шевченко

ПОДРОСТКОВАЯ ИНИЦИАЦИЯ: ЭТОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ
АСПЕКТЫ (эссе)..... 107

В.В. Грачев

АТИПИЧНЫЕ ФОРМЫ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ
В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ (обзор)..... 125

И.Е. Аверина

КОРРЕКЦИОННО-РАЗВИВАЮЩАЯ РАБОТА С ДЕТЬМИ
ДОШКОЛЬНОГО И МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА
С РАЗЛИЧНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ С ОПОРОЙ
НА СРЕДОВОЙ ПОДХОД..... 133

ОФИЦИАЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, РЕЦЕНЗИИ, ИНФОРМАЦИЯ

К ЮБИЛЕЮ НИНЫ МИХАЙЛОВНЫ ИОВЧУК..... 140

ВЕРА МИХАЙЛОВНА БАШИНА (1927-2014)
(к годовщине со дня смерти)..... 142

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ПЕЧАТНЫХ РАБОТ..... 144

Материалы для публикации в журнале «**ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО
ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**» направляются электронной почтой
вложенным файлом в формате **Word.rtf** либо **Word.doc** на адрес:
acpp@inbox.ru либо **acpprf@gmail.com**.

Н.М. Иовчук**ОДАРЕННОСТЬ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ
НАРУШЕНИЯМИ: ДИНАМИКА И ПРОГНОЗ.****ЧАСТЬ I. ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ ОДАРЕННОСТИ
У ДЕТЕЙ С МАЛОПРОГРЕДИЕНТНОЙ ДЕТСКОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ****Ассоциация детских психиатров и психологов, Московский городской
психолого-педагогический университет (Москва).**

Резюме. Рассматриваются динамика одаренности и возможности ее реализации при ранней детской малопрогрессирующей шизофрении на основании проспективного наблюдения (от 8 до 18 лет) 35 больных, у которых заболевание дебютировало до 3-летнего возраста и отличалось относительной мягкостью течения. Уже в дошкольном возрасте возникали черты декомпенсации, обусловленные формальностью, ригидностью, чужаковатостью, психическим инфантилизмом и постоянным двигательным или речевым возбуждением. К пубертатному возрасту продуктивная симптоматика в основном редуцировалась, но еще более очевидными становились эмоциональная ущербность, безынициативность, ограничение интересов и контактов, стереотипизация психической деятельности, в связи с чем признаки одаренности порой полностью нивелировались и больные оказывались в ситуации глубокой социальной дизадаптации, особенно при несогласованных действиях специалистов разного профиля.

Ключевые слова: ранняя детская малопрогрессирующая шизофрения, опережающее развитие, динамика одаренности, постпроцессуальные изменения личности, социальная дизадаптация.

Одаренность, в нашем понимании, - врожденное свойство, составляющее предпосылку для будущего творческого успеха в какой-то области научных знаний, искусства, спорта или прикладной деятельности. На пути одаренности встречается множество препятствий социального, материального, психического, соматического и т. д. характера, в связи с чем успех часто обеспечен не одаренным, а целенаправленным, рациональным, расчетливым, хорошо адаптированным в жизни посредственностям. Одним из естественных препятствий в развитии одаренности является психическая патология, впервые возникшая в детском или подростковом возрасте. Давно известно, что творчество душевно больных отличается особой оригинальностью, нестандартностью, неповторимостью. Поэтому для сохранения возможности реализации творческих возможностей душевно больных детей и подростков необходима научно-практическая разработка комплексного, междисциплинарного подхода в целях сохранения и развития их одаренности.

Историческая, художественная и биографическая литература охотно описывает психотические эпизоды, затяжные психические болезни или «сложные» характеры (с нелюдимостью, замкнутостью, нетерпимостью, чужаковатостью, чрезмерной чувствительностью, особым жизненным укладом и т. п.) у многих всемирно знаменитых писателей, поэтов, художников, актеров, ученых, государственных деятелей. Болезненное душевное состояние так или иначе оставляет свой отпечаток на творчестве великих людей, что достаточно ярко прослеживается в их произведениях.

Связь между гениальностью и «помешательством» отражена в работах многих психиатров, начиная с XIX века, в специальных журналах и сборниках. Указания на признаки одаренности у детей и подростков, больных шизофренией, отмечали и детские психиатры, в том числе М.Ш. Вроно [3] и Г.Е. Сухарева [9], но так и остается без ответа вопрос: сколько талантов, обнаруженных уже в детском возрасте, погублено психическим заболеванием – десятки, сотни, десятки или сотни тысяч?

Между тем в связи с одаренностью встают и вполне конкретные вопросы, доступные исследованию:

- Как происходит развитие одаренности при различных психических нарушениях, возникших в детском или подростковом возрасте?
- Каков прогноз реализации природных способностей ребенка/подростка при этих нарушениях?
- Силами каких специалистов возможно помочь ребенку/подростку реализовать свою одаренность, несмотря на психическое заболевание?

В настоящей работе предпринята попытка обобщения клинических наблюдений для выявления особенностей динамики одаренности в клиническом и социальном аспектах у детей и подростков, больных ранними формами шизофрении, эндогенным аффективным психозом, и лиц с синдромом Аспергера. Естественно, здесь не идет речь о больных тяжелыми формами шизофрении, грубо нарушающими развитие ребенка и оставляющими дефект олигофреноподобного типа.

Под динамическим наблюдением (длительностью от 8 до 18 лет) находились 99 лиц, заболевших малопрогрессирующей шизофренией в детском возрасте (35 больных) или эндогенным аффективным психозом с манифестом до 15-летнего возраста (45 больных) и 19 подростков и юношей с синдромом Аспергера. У всех отмечались признаки опережающего развития и творческой одаренности.

Первая группа включала 35 больных шизофренией, начавшейся в дошкольном возрасте и характеризовавшейся относительной мягкостью болезненного процесса. Общие особенности описываемого варианта течения шизофрении заключались в раннем (до 3-летнего возраста) возникновении хронического возбуждения, на фоне которого разворачивались другие, в основном невротоподобные расстройства, при постепенном нарастании изменений личности и редукции (или относительной стабилизации) психических расстройств к пубертатному возрасту. Клинические особенности ранней детской малопрогрессирующей шизофрении описаны в работах многих педопсихиатров [3, 5, 6, 7, 8, 9 и др.].

Для детей с ранним интеллектуальным развитием характерными были гипоманиакальные состояния с идеаторным и речевым возбуждением, ускоренным ассоциативным процессом, повышенным стремлением к интеллектуальной деятельности при незначительном моторном возбуждении или даже при полном его отсутствии. На этом фоне выступали сверхценные увлечения, патологические фантазирование, поведенческие нарушения, патологические влечения (садистические, ранние сексуальные), фрагментарные кататонические расстройства, а также парадоксальные для состояний с приподнятым настроением - нелепые, вычурные страхи, сопровождающиеся иллюзорными и фрагментарными галлюцинаторными расстройствами, навязчивостями (навязчивыми страхами, сомнениями, опасениями, вопросами), ритуалами защиты. При достижении ребенком 8-9-летнего возраста появлялись отчетливые депрессивные вкрапления в основной приподнятый фон настроения.

После 10-летнего возраста, преимущественно с 11-13 лет, происходило постепенное ослабление интенсивности гипоманиакальных расстройств: снижение

двигательного возбуждения, отвлекаемости, болтливости. одновременно с этим тускнела и другая психопатологическая симптоматика. К пубертатному возрасту преобладающий гипоманиакальный фон настроения приобрел однообразно-монотонный оттенок, наступала ремиссия с застывшими, остаточными продуктивными расстройствами. Иными словами, заболевание развивалась на протяжении многолетнего периода активных болезненных проявлений и переходило в ремиссию со специфическими изменениями личности.

Развитие детей в этих случаях почти полностью происходило на фоне психического заболевания и было тесно спаяно с ним. Опережающее развитие отличалось дисгармоничностью: идеаторные функции и прежде всего возникновение понимания и развития речи намного обгоняли становление двигательной сферы. Нередко фразовая речь у таких детей появлялась еще до того, как они начинали ходить или даже стоять без поддержки, а в дальнейшем отмечались неловкость, неуклюжесть, недостаточная координация движений. В дошкольном возрасте продолжалось стремительное интеллектуальное развитие с быстрым появлением навыков чтения, письма и счета; блестящей способностью к воспроизведению услышанного и прочитанного; появлением «философских» вопросов о жизни, смерти, вечности; нестандартностью, оригинальностью суждений и высказываний; с яркими, пышными, красочными фантазиями, творческой, не соответствующей возрасту игрой, правда, как правило, охватывающей лишь предмет увлечения ребенка и не вписывающейся в структуру многообразных и наиболее адекватных возрасту детских игр. На фоне опережающего интеллектуального развития выступали признаки одаренности: абсолютный музыкальный слух, выразительность и необычность стихов, прозы или рисунка, математические способности, профессиональная игра в шахматы, легкость в усвоении нескольких языков. Между тем такие дети не умели играть с другими детьми, а чаще активно избегали общения с ними; для них мучительной была всякая смена привычного уклада жизни - новое место, общество, одежда, пища и даже игрушки; они были чрезмерно привязаны к матери, не допускали ее отсутствия, были полностью зависимы от нее, не проявляя в то же время по отношению к ней искреннего сочувствия и элементарной заботы. Трудности адаптации и непереносимость детского общества делали для большей части из них невозможным пребывание в детском саду. Они, как правило, проводили время в одиночестве или в обществе избранных взрослых, подчиняя всю семью особому ритму жизни; производили впечатление чужаков, нелепых, сочетали в себе признаки инфантилизма и старообразности, необычайной сообразительности и абсолютной неприспособленности в бытовых вопросах, эмоциональной хрупкости и эгоистичности. Все эти особенности расценивались окружающими как проявления неординарности, обусловленной талантливостью ребенка, и долго не вызывали опасения родителей, а иногда и поощрялись ими.

Первые серьезные трудности возникали в 1 классе школы, когда ребенок, постоянно возбужденный, ни на минуту не замолкающий, не воспринимающий запретов и при этом не обращающий внимания на окружающих, к тому же боязливый, неконтактный, ригидный, эгоцентричный, оказывался совершенно не соответствующим школьным требованиям. Дети в основном неплохо успевали, хотя и не оправдывали возлагаемых на них надежд, поскольку предпочитали заниматься только тем, что им нравилось, игнорируя все остальные предметы. Кроме того, усвоению нового материала чрезвычайно мешали неусидчивость, интровертированность с погружением в мир увлечений и фантазий. Постепенно нарастала неравномерность запаса знаний, школьное обучение прекращало вызывать интерес, успеваемость становилась все более посредственной. Абстрактное мышление и

уровень обобщений по-прежнему были очень высокими, но недостаточность конкретных знаний, очень медленно пополняющийся жизненный опыт, отсутствие реальных представлений о связи между явлениями делали эти абстрактные построения не оригинальными, а нелепыми. При приближении к пубертатному возрасту выявлялись значительное ограничение интересов, снижение активности, нарастание ригидности, тугоподвижности мышления, стереотипизация мыслительных процессов и речи. К 14-15 годам жизни, когда продуктивная симптоматика становилась стертой, тусклой и монотонной, становился особенно очевидным личностный дефект.

Пубертатный период у этих больных в основном протекал без типичных кризовых особенностей: они не обнаруживали свойственных пубертатному периоду влечений, стремления к группированию; у них отсутствовали характерные для пубертатного криза мировоззренческие расстройств, проблемы взаимоотношений с окружающими, повышенная рефлексия; будучи замкнутыми и инфантильными, они не проявляли оппозиционности и негативизма по отношению к взрослым. Между тем именно в пубертатном возрасте для окружающих становилось очевидным, что дети больше не проявляют свойственной им ранее одаренности. Их деятельность утрачивала творческий характер, приобретая ограниченный, стереотипный, штампованный оттенок. Речь утрачивала яркость и выразительность, изобиловала штампами, заимствованными выражениями и интонациями. Нарастали резонерство, бесплодное мудрствование. Подростки по-прежнему представляли себя очень способными, строили нереальные планы, винили в своих неудачах окружающих и систему образования. В то же время они не могли сосредоточиться, углубленно заниматься даже предметом своего увлечения, и их знания и умения в этой области оказывались крайне поверхностными, неадекватно интерпретируемыми, т. е. приобретали черты «метафизической интоксикации». Иными словами, деятельность больных в сфере их одаренности застыла и, не подкрепленный прогрессивным развитием, талант умирал. То, что представлялось экстраординарным для ребенка дошкольного возраста, в замороженном виде представлялось болезненно гротескным и нелепым у подростка.

При длительном пребывании в стенах одной и той же школы, упорстве и терпении родителей, внимательном, гибком отношении педагогов такие дети постепенно привыкали к коллективу, приобретая элементарные навыки общения. Надо заметить, что при многолетнем совместном обучении сверстники не только не обижали и не унижали больного ребенка, но даже опекали и защищали его, чувствуя его неприспособленность и незащищенность. Поэтому смена школы, класса, места жительства для таких детей являлась весьма неблагоприятным обстоятельством, способным вызвать тяжелую форму школьной дизадаптации с отказом от учебы и страхом перед посещением школы.

При этом кажущиеся простота и адекватность индивидуального обучения на самом деле катастрофически сказывалась на детях с указанными особенностями, порождая углубление присущих ребенку замкнутости, дезориентированности в обыденной жизни, страха перед людьми. Подросток, закончивший школу индивидуально, даже с отличием, не мог ни работать, ни приобретать специальность. Окончив среднюю школу обычно намного хуже сверстников со средними способностями, подростки проходили длительный, мучительный этап социальной ориентации, протекавший неровно, перемежавшийся длительными периодами «отдыха» или поисками соответствующей мечтам и былым возможностям работы. Только один больной из этой группы с трудом закончил институт, остальные до настоящего времени не имеют профессионального образования, выполняют неквалифициро-

ванную работу, чаще всего в учреждениях, где работают их родители, постоянно опекающие и поддерживающие своих детей. В нескольких случаях больные, получив инвалидность, не работают, почти не выходят из дома, сутками просиживают за компьютером и в лучшем случае выполняют элементарные домашние дела.

В заключение приводится история болезни больного с относительно мягким течением шизофренического процесса, опережающим развитием и определенной одаренностью.

М., 19 лет.

Мальчик от первой беременности, протекавшей с анемией на всем ее протяжении. Роды срочные, длительные, с «выдавливанием» ребенка. Родился с весом 3600, длиной 55 см. Еще в роддоме обращал на себя внимание постоянным криком, кричал «до черноты», с закатыванием, не прекращал плакать даже во время кормления. Спал днем и ночью не более одного часа подряд, был очень беспокоен. В раннем возрасте чрезвычайно часто болел простудными заболеваниями, гнойным отитом, пневмонией. К 6 мес. стал меньше плакать, лучше спать. В возрасте 8 мес. появился страх: начинал кричать, плакать, если кто-то из незнакомых подходил к его кроватке. Пронзительно кричал на всем протяжении посещения участковым педиатром. Стал долго засыпать, спал беспокойно, с частыми пробуждениями, во сне периодически весь напрягался, кричал, просыпался не позже 4 часов утра. К году стал спокойнее, лучше спал, реже плакал.

Раннее развитие: головку держит с 1,5 мес.; первая улыбка - в 2 мес.; смех, выражение радости при виде новой игрушки - в 4 мес.; ходить начал в 1 год 3 мес. Гуленье - в 3-4 мес., первые слова - в 7 мес., словарный запас пополнялся быстро, к 10 мес. стал говорить чистыми развернутыми фразами. К 1 г. 10 мес. знал все буквы, в 2 г. 10 мес. самостоятельно научился читать, но не любил сказки, а предпочитал энциклопедии и газеты. Отличался зеркальной памятью, мог дословно пересказать любой прочитанный текст или мультфильм. С 3 лет стал интересоваться электрическими приборами и радиосхемам, рисовал их и, с точки зрения взрослых, делал это достаточно профессионально. В игрушки не играл, предпочитал только сложные конструкторы. Знал названия всех динозавров, умел их различать по картинкам. С 4 лет особое внимание стал уделять цифрам, не только считал подряд и знал написание всех цифр до 1 миллиона, но и легко перемножал в уме многозначные числа.

В возрасте 2 лет стал бояться медицинских кабинетов, медицинских манипуляций, белых халатов, при этом страх перед посторонними людьми исчез: легко знакомился, приветливо отвечал на вопросы окружающих, с удовольствием показывал гостям игрушки. Все вокруг его интересовало, был очень подвижен, непоседлив. Особенно привлекали его внимание электрические розетки, но подходить к ним при запрете взрослых остерегался. Снова стал долго засыпать, подолгу лежал с открытыми глазами и засыпал только, когда сидевшая около него мать постоянно контролировала, закрыты ли глаза. В течение года постепенно нарастала двигательная активность, стал бурно жестикулировать, перебивал беседу взрослых своими вопросами, которых становилось все больше. К 3 годам появились запинки в речи, агрессивность: не упускал случая наступить на ногу, толкнуть, ущипнуть мать или бабушку. В ответ на замечания смеялся или начинал кричать на мать, старался при этом употреблять обидные слова. Особенно часто такие ситуации возникали в общественных местах. Даже очень сложные ручные операции выполнял легко, но при этом был неуклюж, плохо бегал, часто падал, так и не смог научиться кататься на велосипеде и самокате. 3-4 раза в неделю возникали состояния беспричинного возбуждения, когда внезапно начинал

хохотать, бросал обувь или другие попадающиеся под руку предметы, чрезмерно много бегал, прыгал, его невозможно было успокоить - ни отвлечением, ни силой, ни наказанием: толкался, сопротивлялся, грубил, бил взрослых ногами. Стал закрывать все попадающиеся под руку замки: закрывал снаружи находящиеся в комнате близких, как-то снаружи закрыл магазин. В любом помещении сразу отключал все электроприборы, заглядывал во все уголки, был очень наблюдателен, бойко и многословно пересказывал свои наблюдения вечером. Просыпался слишком рано - не позже 4-4.30 утра.

С 4 лет стал посещать детский сад, но, сходя туда 2-3 дня, сразу же заболел острыми респираторными заболеваниями, отитом, бронхитом. Появились частые носовые кровотечения, кожные высыпания. Стал бояться хлеба («Боюсь хлебушка!»), перестал ходить к морю (семья живет в маленьком южном городке), говорил, что боится моря. Особенно стал бояться врачей, медсестер. Не дал сделать себе ЭКГ - кричал, дрался, убежал. Если знал, что ему предстоит инъекция, плакал, дрожал с утра, при приходе медсестры становился неуправляемым, на лице застывало выражение ужаса, не давал до себя дотронуться. Перестал входить в темную комнату, очень боялся крови. Упав, оцарапавшись и увидев свою кровь, с выражением ужаса на лице спрашивал: «Я еще жив? Я не умер?». К детскому саду все же привык, выполнял режимные моменты, только не спал, а лежа непрерывно разговаривал, смеялся, что-то рассказывал, не требуя при этом присутствия слушателей. Знал всех детей и педагогов по имени, но детей к себе не подпускал, при попытке детей привлечь его к игре, отталкивал их, кричал, дрался, стремился бросить песок в лицо. Особенно возбужденным, шумным, дурашливым становился к вечеру, а утром вставал капризным, раздражительным, хотя никогда не выглядел вялым. Требовал постоянного присутствия матери, не отпускал ее от себя, при этом, если она болела, устала, была в плохом настроении, не чувствовал этого, не сопереживал, не стремился помочь, приласкаться. Продолжал требовать ее внимания, почти силой поднимал ее с кровати. Общества отца избегал, никогда к нему не ласкался; бабушку откровенно не любил и не скрывал этого.

В возрасте 6,5 лет стал посещать подготовительную группу школы. Очень быстро запоминал, мгновенно усваивал материал, но не мог усидеть на месте, вскакивал, перебивал учителя, говорил только о своем – об электричестве, схемах, динозаврах.

Впервые проконсультирован психиатром в возрасте 7 лет.

На приеме: выглядит моложе своего возраста, очень бледен, синева под глазами. Движение быстрые, резкие, размашистые, нет дружелюбных движений руками, жестикация своеобразная, резкая, но невыразительная. Влетел в кабинет раньше матери, ни с кем не знакомясь, сразу же бросился к компьютеру, начал стучать по клавишам, не слушая вопросов и замечаний. Сам непрерывно задает вопросы, не слушая ответов. Не обращает внимания на окружающих. Лицо амимичное, глаза с широкими зрачками, застывший взгляд, скорбное выражение взгляда. При этом на лице постоянная улыбка. Движения вычурные, манерные. Речь грамматически абсолютно правильная, со сложными оборотами, очень громкая, быстрая, монотонная, со своеобразными манерными запинками перед некоторыми словами. Говорит постоянно, причем переключить на вопросы врача невозможно; говорит только о том, что его интересует. Рисует мышеловки, пишет «рецепты противоядия от электрических розеток», которые, по его мнению, могут вырваться из стены и кусаться. Со смехом рассказывает, что давно боится электрических розеток, сливного бачка, батарей парового

отопления, дрели, но никому об этом не рассказывает, даже маме. Для того чтобы меньше бояться, изобретает все новые защитные системы, рисует схемы. Постепенно начинает включаться в беседу, но на вопросы отвечает мгновенно, не подумав, коротко, односложно. При этом непрерывно занят игрушками, рисованием или манипуляциями с неигровыми предметами. Не обращает внимания на отсутствие матери; когда она появляется, с ней требователен, холоден, временами груб. Признается, что всегда весел, грустным никогда не бывает, но сердится, если ему мешают. Говорит, что нравится вызывать испуг, стыд за него или недовольство у бабушки. Не обращая внимания на попытки его остановить, хохоча, рассказывает, как дети обзывают друг друга, какая у его воспитательницы смешная внешность. С детьми играть не любит, о детях старается не говорить, перебивает вопросы врача собственными множественными вопросами. Постепенно становится все более беспокойным, вскакивает, бежит по кабинету, прыгает до пота на диване, старается залезть на стол, на шкаф, громко смеясь, сбрасывает оттуда вещи. Было назначено лечение психотропными средствами.

В возрасте 7,5 лет ребенок пошел в обычную школу. Усваивал по-прежнему очень хорошо. Читал, прекрасно считал: мог в уме помножить трехзначные числа, знал таблицу умножения. На уроках вел себя хорошо, не мешая классу, но на переменах озорничал, дурачился, хохотал, бегал. При этом с детьми не общался, никого из одноклассников не выделял, не знал их имен. На уроках ему было скучно, был недоволен, что не ставят оценок, говорил: «Мне плохо без отметок». Школу много пропускал, так как часто болел простудными заболеваниями. Из-за пропусков и нелепого поведения в школе под давлением администрации школы и педагогов был переведен на индивидуальное обучение.

Получил инвалидность по психическому заболеванию. После 12-летнего возраста в Москву на консультацию ездить не мог из-за неблагоприятного финансового положения семьи. По назначению психиатра по месту жительства получал лечение нерегулярно, в основном нейролептиками старого поколения (галоперидолом, трифтазином, хлорпротиксеном, аминазином) и нерегулярно. Психологи ребенком занимались только в дошкольном и младшем школьном возрасте.

К 14 годам стал менее взбудораженным, исчезли увлечения динозаврами, электричеством, перестал рисовать схемы, но благодаря вычурности походки, жестикологии, манерности речи, отсутствию чувства дистанции со взрослыми производил все более нелепое впечатление на окружающих. Учился неохотно, в основном под давлением родителей, иногда с их помощью. Без всякого интереса относился ко всем предметам, даже к математике, которую раньше выделял из прочих уроков. Среди оценок появилось много троек. Любыми способами старался избежать прихода в дом учителей. 10 и 11 классы закончил экстерном со средними оценками. Поступил в институт на интерактивную форму обучения, но задания не выполнял, не мог выйти из дома, чтобы сдать зачетно-экзаменационную сессию. Совсем не переживал отчисления из института, т. к. по-прежнему строил планы на поступление на мехмат МГУ, иногда говорил, что станет изобретателем, но выходить из дома и где-нибудь учиться не хотел.

До настоящего времени (19 лет) лишен всяких контактов со сверстниками, Предпочитает не выходить из дома. Занят в основном компьютерными играми. Стал мало читать. Совсем не интересуется литературой, искусством, политикой, спортом. Становится все более бездеятельным. Дома деспотичен, груб с матерью, хотя зависим, не отпускает ее от себя.

В данном случае речь идет о многолетнем рано начавшемся шизофреническом процессе. По его завершении в пубертатном возрасте отчетливыми становятся личностные изменения в виде аутизации, эмоциональной дефицитарности, психического инфантилизма и грубого снижения активности. Признаки одаренности, такие явные в дошкольном возрасте, по существу в пубертате полностью нивелированы. Между тем психологи, наблюдавшие ребенка в раннем возрасте, настраивали родителей мальчика на блестящее будущее и предлагали отдать его в 1 класс с 5-летнего возраста и, возможно, проходить ускоренное экстернатное обучение.

Таким образом, даже мягкий рано начавшийся шизофренический процесс губительно сказывается на природной одаренности ребенка. При этом гипоманиакальный аффект с оживлением идеаторных функций способствует сверххраненному интеллектуальному развитию и проявлению одаренности, но появляющиеся одновременно с болезнью и постепенно нарастающие изменения личности, особенно аутизация, ригидность, эмоциональная дефицитарность, снижение энергии, стереотипизация, монотонность психических процессов со временем полностью ее нивелируют. Отрицательное влияние в этом отношении оказывает и отсутствие пубертатного криза с характерным для него взрывом эмоциональной жизни, максимальной среди всех возрастных периодов жизни человека рефлексией и началом социализации. Особенно прогностически неблагоприятны случаи индивидуального обучения, еще более десоциализирующие больного.

Одним из важнейших моментов, влияющих на социальный прогноз у таких больных, является терапевтический аспект. Позднее обращение к детскому психиатру уже само по себе является неблагоприятным фактором, т. к. задерживает начало адекватной психотропной терапии. К сожалению, многие родители в силу собственных убеждений или под влиянием малообразованного окружения и даже под давлением занимающихся ребенком педагогов и психологов сразу же отказываются от рекомендуемого психотропного лечения. Проходят не дни и месяцы, а годы, прежде чем родители (возможно, уже при поддержке психолого-педагогического сопровождения) настойчиво просят назначить терапию. К этому времени лечение не просто запаздывает, а иногда становится и вовсе бессмысленным, поскольку активный период болезни закончен и вся клиническая картина определяется необратимыми личностными и стереотипизированными, резистентными к любой терапии остаточными продуктивными расстройствами. Есть основания считать, что больной, получавший адекватную и своевременную медикаментозную терапию, «выходит» из болезни с меньшим личностным ущербом, чем нелеченый больной.

Нельзя приуменьшать роль психиатра в группе профессионального сопровождения ребенка с ранней малопрогрессирующей шизофренией и в том, что прямо не касается назначения лечения. Только психиатр может в определенной мере определить прогноз течения болезни и условия для максимально высокого уровня социальной адаптации в будущем, при необходимости способствовать стационарированию больного, предоставлению академического отпуска, щадящего режима обучения или сдачи выпускных экзаменов (с учетом психического состояния в данное время, личностных реакций, актуальности психотравмирующих обстоятельств для каждого конкретного ребенка), оформлении инвалидности.

Только при адекватном определении социального прогноза и согласованных действиях педагогов, психологов и психиатров удастся максимально социализировать ребенка и подготовить его к доступному профессиональному обучению.

ЛИТЕРАТУРА

1. Башина В.М. Ранняя детская шизофрения (статика и динамика). 2-е изд., - М.: «Медицина», 1989. - 253 с.
2. И.В. Буреломова, Затяжные маниакальные состояния у детей, больных шизофренией // Ж. невропатол. и психиатр. - 1984, т. 84, вып. 10. - С.1546-1543.
3. М.Ш. Вроно. Шизофрения у детей и подростков (особенности клиники и течения). – М.: «Медицина», 1971. – 128 с.
4. Н.М. Иовчук, И.В. Буреломова . Варианты течения детской шизофрении с затяжными гипоманиакальными расстройствами // Ж. невропатол. и психиатр. - 1985, т. 85, вып. 10. - С. 1526-1532.
5. Д.Н. Исаев. Психопатология детского возраста. Учебник для вузов – СПб.: СпецЛит, 2001. – 463 с.
6. В.Е. Каган. Аутизм у детей. – Л.: «Медицина», 1981. – 190 с.
7. В.В. Ковалев. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. – Москва, «Медицина», 1985. – 288 с.
8. Симсон Т.П. Шизофрения раннего детского возраста. – Москва: Медгиз, - 1948. - 136 стр.
9. Г.Е. Сухарева. Лекции по психиатрии детского возраста. Избранные главы. - М: «Медицина», 1974. – 320 с.

N.M. Iovchuk

**GIFTEDNESS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS SUFFERING FROM
MENTAL DISORDERS: DYNAMICS AND PROGNOSIS.**

**PART 1. FEATURES OF DYNAMICS OF GIFTEDNESS IN CHILDREN
SUFFERING FROM LATENT SCHISOPHRENIA**

Summary. The dynamics of giftedness and opportunities to exercise during early childhood latent schizophrenia based prospective study (from 8 to 18 years), 35 patients in whom disease debuted to 3 years of age and have a relatively soft course. As early as preschool age there were features of decompensation due formality, rigidity, eccentric, mental infantilism and constant motor or verbal excitation. In adolescents productive symptoms generally has been reduced, but more evident became emotional handicap, lack of initiative, limitation of interests and contacts, stereotyping of mental activities, therefore the signs of giftedness sometimes completely leveled, and the patients themselves in the situation of deep social dysadaptation, especially in uncoordinated actions of multidisciplinary specialists.

Keywords: yearly latent schizophrenia, advanced development, the dynamics of giftedness, terminative personality changes, social dysadaptation.

Е.В. Корень, Т.А. Куприянова, Н.Е. Степунина
ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ПРОВЕДЕНИЮ
ГРУППОВЫХ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ
У ПОДРОСТКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО
СПЕКТРА: ФОКУС НА ПРЕМОРБИДНОМ ФУНКЦИОНИРОВАНИИ
Московский научно-исследовательский институт психиатрии, филиал
ФМИЦПН Минздрава России (Москва).

Резюме. В статье на выборке из 53 подростков с расстройствами шизофренического спектра на этапе становления ремиссии (меньше 65 баллов по PANSS) представлены результаты изучения влияния разного уровня преморбидного функционирования (по DD-CGAS) на эффективность групповой психосоциальной терапии, оценивавшейся по динамике уровня социального функционирования (по CGAS и PedsQL.) через 3, 6 и 12 месяцев. Выявлены и описаны наиболее значимые различия в силе и особенностях проявления эффекта терапии (dc) между группами. Сделаны выводы об особенностях работы с каждой из групп пациентов в плане повышения эффективности психосоциальных вмешательств.

Ключевые слова: групповая психосоциальная терапия, подростки, расстройства шизофренического спектра, преморбидное функционирование, социальное функционирование.

В парадигме комплексной помощи, направленной на социальное восстановление и качественное повышение уровня социального функционирования психически больных, особую роль играет выявление факторов, влияющих на эффективность лечебно-реабилитационных программ [2, 3, 7, 11, 12, 13, 22]. При констатируемом недостаточном количестве исследований, посвященных выявлению особенностей психосоциальных вмешательств для подростков с расстройствами шизофренического спектра [2,3,4, 5, 6, 12,17, 20, 22], малоизученной остается проблема дифференцированного подхода к их проведению в контексте повышения эффективности программ психосоциальной терапии и реабилитации. По имеющимся публикациям, значительный интерес представляет изучение уровня и особенностей преморбидного социального функционирования на долгосрочные результаты лечения, клинико-социальный прогноз и исходы психических расстройств у детей и подростков [15, 16, 18, 19].

Предполагаемая прогностическая значимость уровня преморбидного функционирования для разработки дифференцированного подхода, направленного на повышение эффективности групповых психосоциальных вмешательств для подростков с расстройствами шизофренического спектра послужила основой для проведения данного исследования.

Целью настоящей работы являлось изучение влияния уровня преморбидного функционирования на динамику социального функционирования при проведении групповой психосоциальной терапии с подростками, страдающими расстройствами шизофренического спектра для разработки дифференцированного подхода к ее проведению.

Материалы и методы. С инициальной оценкой и последующим интервалом в 3 (на момент окончания группы), 6 и 12 месяцев обследованы 53 подростка с семьями (28 юношей и 25 девушек) в возрасте 15-18 лет, страдающих шизофренией и расстройствами шизофренического спектра (F20, F21 и F25, по МКБ-10), в состоянии становления ремиссии (порог для включения в исследование – ниже 65 баллов по PANSS), давших информированное согласие на участие в программе

(модуле) групповой психосоциальной терапии (12 занятий с частотой 1 раз в неделю). В соответствии с существующими рекомендациями в каждую закрытую группу (по 8-9 человек) набирались подростки с разной степенью тяжести психического расстройства и уровнями социального функционирования, что повышает терапевтический потенциал группы [1, 6, 11].

Все подростки получали стандартную медикаментозную терапию в соответствии с современными клиническими рекомендациями. В исследование не включались подростки с сопутствующей соматической или неврологической патологией, а также с грубыми поведенческими нарушениями, делающими невозможным их участие в групповых занятиях.

В исследовании применялись следующие шкалы и опросники: детская шкала оценки общего функционирования CGAS [14, 21], для ретроспективной оценки преморбидного уровня функционирования - ее адаптированная модификация – DD-CGAS [23]; PANSS [9]; опросник по исследованию качества жизни для подростков и родителей PedsQL [10].

Статистическая обработка полученных результатов проводилась при помощи пакета программ Statistica for Windows 6.1, MsExcel 2007. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез (p) в данном исследовании принимали равным 0,05. Размер эффекта (effect size) рассчитывался по формуле Коэна - $d = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{s}$, где x_1 и x_2 – средние значения показателя до и после терапии, s – стандартное отклонение.

Результаты и их обсуждение. В соответствии с уровнем преморбидного функционирования все пациенты были разделены на 3 группы:

1-я группа – с высоким уровнем преморбидного функционирования (оценка по DD-CGAS ≥ 71) – 13 подростков (24,5%): 4 юноши и 9 девушек. Средний возраст манифестации заболевания у подростков данной группы – $15,5 \pm 0,8$ лет. Средняя длительность заболевания - $2,5 \pm 0,4$ лет. Преобладали приступообразные формы течения болезни с острым манифестом и резким нарушением социального функционирования под влиянием преимущественно продуктивной психопатологической симптоматики. В целом для детей этой группы были характерны раннее развитие в соответствии с возрастными нормами, отсутствие заметных трудностей адаптации в д/саду и школе, достаточная сформированность навыков общения со сверстниками. Можно было отметить лишь незначительные и преходящие трудности в одной из значимых сфер жизнедеятельности: самообслуживание, контакты со сверстниками, социальное поведение, обучение, не осложняющие функционирования в других сферах жизни, которые преодолевались и нивелировались в процессе развития. При изменении окружающих ребенка условий возможным было кратковременное нарушение адаптации, не приводящее к изменению уровня функционирования.

К моменту начала групповых занятий подростки данной группы остро переживали факт развития у них психического заболевания с преобладанием реакций «минимизации проблем» [8], перенесенную (в большинстве случаев) госпитализацию и связанное с этим нарушение привычного уклада жизни и нуждались прежде всего в эмоциональной поддержке, повышении самооценки и создании благоприятных условий для когнитивного восстановления после перенесенного приступа, формирования критики к заболеванию и поддержания надежды на выздоровление при грамотном отношении к приему поддерживающей терапии и активном сотрудничестве с лечащим врачом.

Из этой группы в процессе исследования выбыли 3 подростка по объективным причинам: двое, не посетив всех занятий, к оценке через 3 месяца и еще один

на завершающем этапе исследования из-за смены места жительства.

2-я группа – с умеренно сниженным уровнем преморбидного функционирования (оценка по DD-CGAS – 51-70 баллов) – 26 подростков (49,1%): 16 юношей и 10 девушек. Средний возраст манифестации заболевания – 13,5±1,2 лет. Средняя длительность болезни – 5,1±0,8 лет. Преобладало непрерывное течение заболевания с постепенным нарушением социального функционирования, обеднением социальных контактов по мере нарастания эмоционально-волевых расстройств, снижения энергетического потенциала. Раннее развитие, как правило, происходило с некоторой задержкой от возрастной нормы и/или асинхронией. В преморбиде у этих детей можно было отметить заметные проблемы в одной или нескольких сферах жизнедеятельности (самообслуживание, общение, социальное поведение, обучение), явно нарушающие социальную адаптацию. Могли иметь место «странности» в поведении, очевидные для окружения ребенка (воспитатели, педагоги, одноклассники), были характерны трудности установления дружеских, приятельских отношений со сверстниками. Однако дети этой группы были способны обучаться в общеобразовательной школе и преодолевать имеющиеся трудности при поддержке семьи и ближайшего окружения.

Клинико-социальные потребности в проведении групповых занятий заключались в первую очередь в том, что для подростков данной группы, постепенно «вытесняемых» болезнью, к которой они мало критичны, из социальной жизни, мира сверстников, учебной среды в более или менее полную изоляцию с постепенной утратой интересов и побуждений, привычно низкой самооценкой, крайне важна эмоциональная поддержка. Для этих подростков, склонных к идентификации болезненных изменений с личностными особенностями, актуальными задачами являлись также развитие навыков общения со сверстниками и постепенное, по мере увеличения доверия к ведущему и другим участникам группы, формирование критики к имеющемуся заболеванию, разотождествление болезненных проявлений и личностных особенностей, получение представлений о сильных, «ресурсных» сторонах личности параллельно с формированием мотивации к преодолению сложившихся вследствие болезни устойчивых дизадаптивных паттернов поведения и реагирования.

Подростки этой группы фиксированы на своих эмоциональных трудностях, часто замкнуты, малоконтактны, недостаточно критичны к имеющимся проблемам в общении со сверстниками, склонны к избегающему поведению в трудных ситуациях. Нередко болезненно воспринимают присутствие в группе участников с более выраженными трудностями, стремясь отмежеваться от «больных», психологизируя собственные проблемы. В большинстве случаев они зависимы от родителей, нередко также не желающих понимать истинную картину происходящего. В процессе исследования 8 подростков отказались от участия в групповой работе, посетив 1-3 занятия, еще 1 подросток выбыл на финальном этапе исследования в связи с изменением места жительства.

3-я группа – с низким уровнем преморбидного функционирования (оценка по DD-CGAS ≤50) – 14 человек (26,4%): 8 юношей и 6 девушек. У большинства подростков манифест отмечался до 7 лет, со средним сроком заболевания больше 5 лет (точно установить невозможно). Раннее развитие, как правило, происходило с отчетливой задержкой и/или асинхронией. Отмечались выраженные проблемы в одной или нескольких сферах социального функционирования (в самообслуживании, общении и др.), серьезно нарушающие адаптацию ребенка, очевидные даже для стороннего наблюдателя. В большинстве случаев были характерны аутистические паттерны реагирования. Для социализации и обучения ребенка требовалось

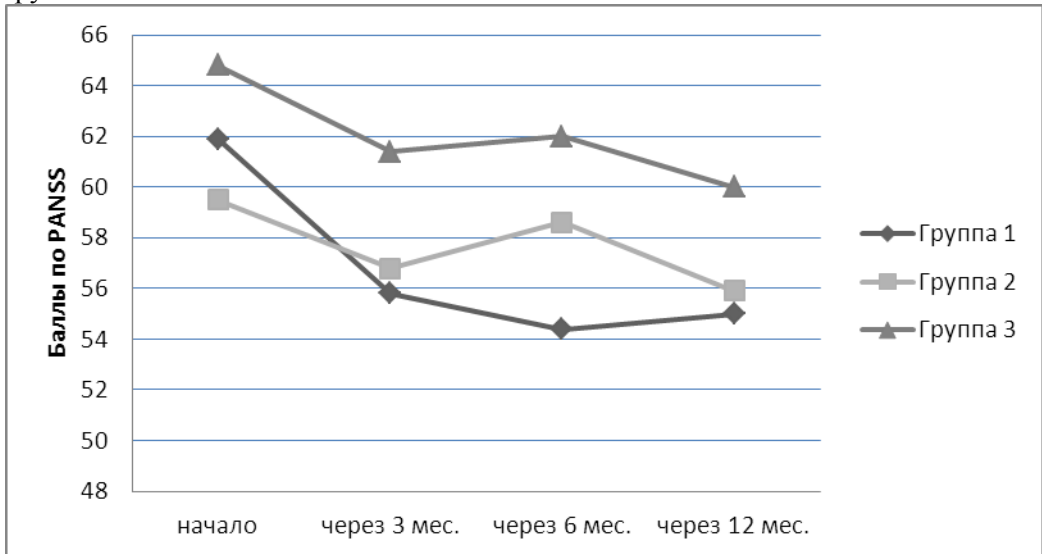
создание специальных условий (коррекционные сад, школа, обучение по индивидуальной программе).

На момент обследования и начала групповых занятий социальная дизадаптация подростков данной группы преимущественно определялась грубым искажением психического развития со своеобразной психической незрелостью, выраженной задержкой и нарушением формирования социальных навыков с очень низким уровнем критики к своему заболеванию. Они являются «изгоями» в среде сверстников с раннего детства, как правило, обучаются в специализированных школах или по индивидуальной программе, в большинстве случаев гиперпекаются родителями и больше других нуждаются в повышении самостоятельности в семье, в быту и параллельном развитии навыков самообслуживания и социализации. Нахождение в доброжелательно настроенном коллективе сверстников, в ситуации сравнения себя с другими, способствует формированию критики к своему поведению и мотивацию к социальному восстановлению. Как и для подростков с более высоким уровнем преморбидного функционирования, общими являлись задачи формирования и поддержания комплаенса и повышения стрессоустойчивости.

1 подросток из данной группы выбыл, не посетив всех занятий, из-за решения матери «сосредоточиться на учебе», еще один - на финальном этапе исследования.

График 1.

Динамика выраженности психопатологической симптоматики в изучаемых группах по PANSS



Как показано на графике 1, на протяжении исследования отмечались сопоставимые между группами незначительные колебания выраженности психопатологической симптоматики с общей тенденцией к некоторому снижению для каждой из групп, не достигавшие степени статистически значимых отличий на всех этапах оценки.

В табл. 1 представлены данные изменений социального функционирования и качества жизни подростков по PedsQL в ходе проведения и после окончания курса групповой психосоциальной терапии. Как показано в табл. 1, на момент инициальной оценки наиболее значимые различия между группами касались эмоциональной сферы и общения со сверстниками: подростки и родители 3-й группы оценивали эмоциональное самочувствие значительно лучше, а общение со сверстниками – заметно хуже, чем подростки и родители 1-й и 2-й групп.

Таблица 1.

Динамика качества жизни по оценкам подростков и их родителей (опросник PedsQL)

Сферы функционирования		Группа 1				Группа 2				Группа 3			
		начало	3 мес.	6 мес.	12 мес.	начало	3 мес.	6 мес.	12 мес.	начало	3 мес.	6 мес.	12 мес.
физическое функционирование	Дети	60,4±11,1	74,4±14,5 d _c =1,1*	75,6±13,5 d _c =1,2**	70,6±17,2 d _c =0,7	63,8±13,7	65,1±11,8	71,9±12,8 d _c =0,6	63,0±25,3	61,9±11,3	81,2±21,3 d _c =1,2**	75,0±21,5 d _c =0,8	73,1±16,0 d _c =0,8
	Родители	55,8±10,7	64,8±10,3 d _c =0,9*	66,9±10,9 d _c =1,1*	67,2±11,9 d _c =0,8*	47,6±25,4	49,6±17,8	63,4±17,2 d _c =0,7*	76,2±17,2 d _c =1,3***	53,3±22,0	81,3±19,5 d _c =1,4**	66,4±15,5 d _c =0,7	75±7,5 d _c =1,1*
эмоциональное самочувствие	Дети	45,7±22,9	51,0±8,7 d _c =0,5	58,0±9,2 d _c =0,8	65,0±9,3 d _c =1,2**	47,1±11,8	48,3±18,0	55±8,3 d _c =0,6	55±6,7 d _c =0,6	66,7±10,4	72,0±13,2	67,0±14,2	57,0±21,4
	Родители	48,9±13,1	45,0±12,5	48,0±14,5	48,7±17,5	48,7±20,9	49,0±25,0	55,7±13,1	54,0±12,9	57,1±27,5	61,7±17,6	62,5±18,0	53,7±25,1
общение со сверстниками	Дети	59,0±18,9	78,5±18,5 d _c =0,7	83,5±19,3 d _c =0,8	83,0±13,0 d _c =0,9*	55,6±13,2	55,6±18,9	64,4±16,9 d _c =0,6	63,0±17,8 d _c =0,5	45,7±25,7	68,3±16,4 d _c =1,1*	58,0±10,4 d _c =0,7	67,0±17,5 d _c =1,0*
	Родители	55,5±29,0	73,7±26,9 d _c =0,7	73,0±20,9 d _c =0,7	61,2±20,1	42,2±10,3	55,0±18,0 d _c =0,9**	64,3±18,6 d _c =1,5***	75,0±18,1 d _c =2,3***	28,3±11,7	40,0±27,8 d _c =0,6	30,0±21,8	41,2±16,2 d _c =0,9*
учеба	Дети	43,5±17,1	63,0±17,6 d _c =1,1*	78,0±17,6 d _c =2,0***	72,0±21,7 d _c =2,0**	49,5±19,1	46,3±17,6	57,5±13,8 d _c =0,5	51,7±29,4	51,0±9,3	63,0±21,2 d _c =0,8	62,0±19,0 d _c =0,8	54,0±26,3
	Родители	40,2±29,9	59,0±24,1 d _c =0,7	65,0±21,1 d _c =1,0*	57,5±18,1 d _c =0,7	39,6±18,7	38,5±24,7	58,3±23,5 d _c =0,9**	70±2,9 d _c =1,5***	42,4±12,6	51,0±14,1 d _c =0,6	51,2±15,1 d _c =0,6	43,3±15,5
общий балл	Дети	53,5±21,2	67,7±17,6 d _c =0,7	74,0±15,8 d _c =1,2*	72,4±14,5 d _c =1,1*	57,4±10,3	55,7±12,0	63,4±13,1 d _c =0,5	58,9±18,2	55,6±10,5	72,7±18,4 d _c =1,2**	66,7±14,5 d _c =0,9*	63,6±16,6 d _c =0,6
	Родители	51,0±15,4	59,1±17,3 d _c =0,5	63,7±16,3 d _c =0,8	60,3±14,6 d _c =0,6	46,1±18,5	47,6±18,8	61,3±18,8 d _c =0,8*	69,8±14,7 d _c =1,4***	45,6±27,3	57,2±20,1 d _c =0,5	54,3±18,1	58,3±12,9 d _c =0,6

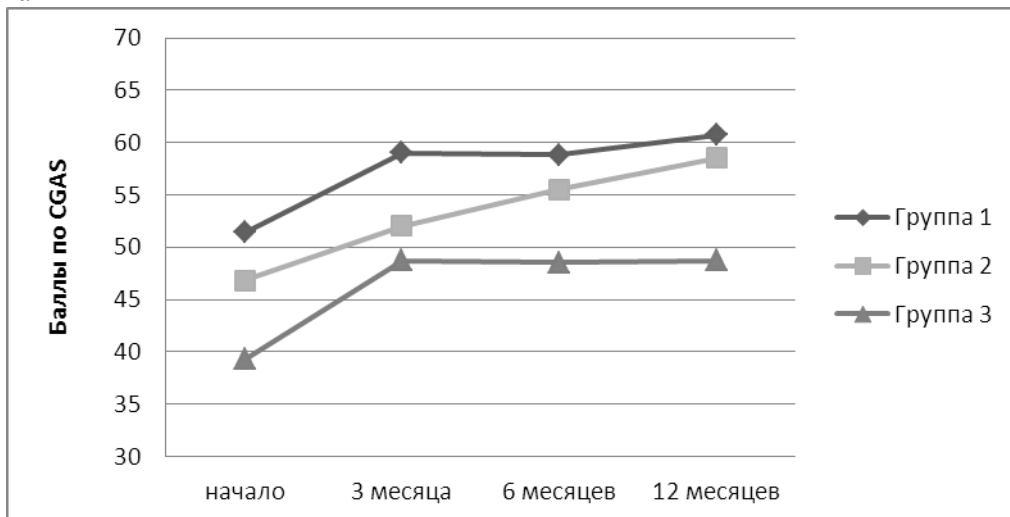
*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

После проведения курса терапии (оценка через 3 месяца) статистически достоверные изменения произошли в 1-й группе в сферах физического функционирования, по оценкам подростков и родителей ($p < 0,05$), в сфере учебы, по оценке подростков ($p < 0,05$), во 2-й группе – в сфере общения со сверстниками, по оценке родителей ($p < 0,05$), в 3-й группе – в сфере физического функционирования, по оценкам подростков и родителей ($p < 0,01$), и в сфере общения со сверстниками, по оценке подростков ($p < 0,05$). Можно отметить тенденцию к завышению оценок подростками и родителями 3-й группы и занижению – 2-й группы по сравнению с оценкой родителей. К финальной оценке подростки 1-й группы значимо лучше оценивают сферу общения со сверстниками, чем подростки 2-й группы, сферу учебы – чем подростки 2-й и 3-й групп, родители 1-й и (особенно) 2-й групп значимо выше оценивают сферы общения своих детей со сверстниками и учебы, чем родители 3-й группы.

На графике 2 представлена этапная динамическая оценка уровня функционирования по CGAS для выделенных групп подростков с разным уровнем преморбидного социального функционирования после проведения курса групповой психосоциальной терапии.

График 2.

Динамика уровня социального функционирования по CGAS в изучаемых группах



Как показано на графике, к инициальной оценке (началу психосоциальной терапии) отмечаются статистически значимые отличия в уровне социального функционирования больных ($p < 0,05$ между 1-й и 2-й группами, $p < 0,001$ между 1-й и 3-й и 2-й и 3-й группами) при сопоставимой степени выраженности психопатологической симптоматики по PANSS, что указывает на наличие связи с уровнем преморбидного функционирования больных на этапе становления ремиссии.

Во всех выделенных группах к моменту завершения курса групповых занятий (3 месяца) отмечалось существенное повышение уровня социального функционирования, для больных второй и третьей группы приближающееся к показателям инициальной оценки для первой группы, что указывает на краткосрочную эффективность групповой терапии для больных с разным уровнем преморбидного функционирования (терапевтический эффект вмешательства d_c соответственно 1,2; 0,8 и 1,5 в наибольшей степени выражен для 3-й группы) при сохраняющихся относительно стабильных параметрах тяжести психического состояния по PANSS во всех группах.

Однако последующая оценка выявила ряд существенных отличий в динамике уровня социального функционирования в выделенных группах.

Так, для подростков **1-й группы** к оценке через 6 месяцев было характерным достижение некоторого «плато» уровня социального функционирования, связанного с постепенной нивелировкой положительных изменений и проявлением негативных тенденций в виде увеличения удельного веса неадаптивных стратегий «избегания проблем» с последующим незначительным повышением уровня социального функционирования к финальной оценке через 12 месяцев, что может свидетельствовать как о значительном удельном весе психосоциальных факторов в формировании психосоциальной дизадаптации для данной группы подростков, так и о стойкости приобретенных базовых социальных навыков, запускающих ранее описанный нами «каскадный механизм» формирования навыков [6] и создающих условия для приближающегося к нормативному последующего психосоциального развития.

Выраженная и стойкая положительная динамика в данной группе в плане оценки долгосрочной эффективности (через 12 месяцев) групповой психосоциальной терапии ($d_c=1,6$) во многом может быть объяснена сохранным адаптационным потенциалом вследствие, как правило, меньшей, чем в других группах, продолжительности заболевания, имеющимся у подростков опытом успешной социализации, высоким уровнем мотивации к социальному восстановлению после перенесенных приступов. Они охотно занимаются, часто являются негласными лидерами в группе, меньше других утомляются, становятся заметно более организованными к концу цикла. Достаточно быстро, по мере получения эмоциональной поддержки, отмечают улучшение своего состояния. Риск может заключаться в прекращении приема поддерживающей терапии в ходе становления ремиссии, переоценке собственных сил на фоне достигнутых успехов и недостаточной критике к заболеванию с неадекватным повышением нагрузки и последующей декомпенсацией. Поэтому формированию и поддержанию комплаенса и критического отношения к болезни как при работе с подростками, так и при контактах с родителями, стоит уделять повышенное внимание. Некоторое усиление отмеченной негативной тенденции к финальной оценке через 12 месяцев может служить предиктором ухудшения социального функционирования в будущем и показанием для проведения повторных психосоциальных вмешательств.

Во 2-й группе подростков к финальной оценке сохранялся относительно равномерный прирост уровня функционирования по CGAS в ходе всего исследования. Применительно к данной группе можно говорить об эффекте «отсроченного» улучшения качества жизни: при оценке через 3 мес. наблюдалось улучшение лишь в общении со сверстниками, при оценках через 6 и 12 месяцев – значимые улучшения во всех ведущих сферах социального функционирования, свидетельствующие о долгосрочной эффективности групповой психосоциальной терапии (effect size к финальной оценке - $d_c=1,5$).

Вместе с тем, наряду с постепенным расширением репертуара адаптивного поведения, следует отметить наметившуюся к финальной оценке тенденцию к истощению адаптационных ресурсов, на что указывает наибольший процент выбывших из исследования. Подростки этой группы чаще других бросают занятия и прерывают контакт с лечащим врачом как из-за нарушенной критики к своему состоянию, так и в силу низкой удовлетворенности объективно достигнутыми результатами.

Особенностями работы является необходимость активного вовлечения родителей подростков в терапевтический процесс с постепенным формированием кри-

тики к имеющимся у их детей проблемам, а также проведения с самими подростками, помимо и прежде групповой, активной индивидуальной работы для выявления и проработки проблемных блоков социального функционирования, формирования и повышения мотивации к участию в группе. В случае успешного преодоления недоверия и сопротивления на начальных этапах подростки активно включаются в занятия, но нуждаются в постоянной дополнительной поддержке в силу повышенной уязвимости к психосоциальным стрессорам и высокого риска «срыва» механизмов адаптации, что может служить показанием к повторным психосоциальным вмешательствам.

В отношении подростков **3-й группы** по завершении курса групповой психосоциальной терапии по оценке через 6 месяцев и финальной оценке через 12 месяцев можно говорить о достижении определенного «потолка» в уровне социального функционирования, одним из объяснений которого является предположение о более высоком удельном весе биологических факторов в структуре социальной дизадаптации и искажений психического развития. Относительная сохранность в долгосрочной перспективе ранее достигнутых положительных изменений в виде стойкого улучшения качества жизни в сферах физического функционирования, общения со сверстниками и учебы, несмотря на этапное формирование «кризиса самооценки» со снижением уверенности в своих социальных навыках, связанного с повышением критики к состоянию и необходимости лечения, с одной стороны, и выходом из доброжелательной среды группы в более «суровую» социальную среду, сопряженную с повышением требований к подросткам по мере роста уровня их социального функционирования, с другой, свидетельствует о стойком терапевтическом эффекте предпринятого психосоциального вмешательства и для этой группы больных (effect size к финальной оценке $d_c = 1,4$).

Подростки этой группы при заметном недостатке критики к своим проблемам и выраженном дефиците социальных когниций тем не менее осознают имеющийся дефект опыта коммуникации, ценят возможность общения со сверстниками в группе. Выраженный прирост уровня социального функционирования у них во многом обусловлен существенным восполнением дефицита социальных навыков во время групповых занятий, а также повышением уровня самостоятельности в быту. В начале цикла они часто отмечают выраженное утомление с нарастанием дезорганизованности в поведении к концу занятия, бывают не по существу многоречивы, требуют дополнительных разгрузочных пауз, повторения инструкций и активной помощи в выполнении заданий. Особенности работы с ними является четко дозированная и постепенно возрастающая нагрузка в ходе занятий с ростом самостоятельности в выполнении заданий, а также разработанная совместно с родителями система домашних заданий, направленная на повышение ответственности, развитие навыков самообслуживания. К концу цикла подростки этой группы, как правило, становятся заметно более выносливыми и самостоятельными в выполнении заданий, реже отвлекаются, высказываются более лаконично и адекватно. Критика к своему поведению нарастает, расхождения в оценке собственных проблем с родителями становятся менее заметными. Характерны изменения позиции большинства родителей: видя результаты занятий, они обретают надежду, что их дети смогут жить самостоятельно, начинают активнее делегировать им обязанности по дому, бороться за более полноценные в социальном смысле условия обучения.

Данная группа больных в наибольшей степени нуждается в повторных психосоциальных вмешательствах, особенно в период кризиса самооценки, для получения эмоциональной поддержки и закрепления достигнутых положительных изменений, а также тренингах по преодолению имеющегося нейрочувствительного дефицита.

Таким образом, проведенное исследование показало наличие общего спектра психосоциальных проблем у всех подростков с заболеваниями шизофренического спектра, выраженность и структура которых имеет ряд существенных отличий у больных с разным уровнем преморбидного функционирования, влияющих на краткосрочную и долгосрочную эффективность проводимых психосоциальных вмешательств. Дифференцированный подход к проведению групповой психосоциальной терапии с подростками с учетом оценки преморбидного уровня функционирования позволяет определять и воздействовать на конкретные «мишени» психосоциальной терапии в соответствии с клинико-социальными потребностями подростков и их родителей, в рамках группового формата индивидуализировать работу с каждой из категорий пациентов с учетом особенностей ее проведения в подростковом возрасте, что способствует повышению эффективности нацеленных психосоциальных воздействий в структуре комплексной психиатрической помощи подросткам с расстройствами шизофренического спектра.

ЛИТЕРАТУРА

1. Берн Э. Групповая психотерапия. – М.: Академический проект, 2000. – 464с. (С.18-20).
2. Гурович И.Я., Семенова Н.Д. Психосоциальные подходы в практике лечения и реабилитации шизофрении: современные тенденции // Социальная и клиническая психиатрия. - 2007. – Т.17, № 4. – С.78–85.
3. Корень Е.В., Куприянова Т.А. Психосоциальная дезадаптация детей и подростков с психическими расстройствами в контексте современных реабилитационных подходов // Дефектология. – 2012. - № 3. – С. 60–63.
4. Корень Е.В., Куприянова Т.А. Влияние групповой психосоциальной терапии с родителями на социальное функционирование детей и подростков с расстройствами шизофренического спектра // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – Т. 22, № 3. – С. 43–47.
5. Корень Е.В., Куприянова Т.А., Сухотина Н.К. Групповая психосоциальная мультисемейная терапия с родителями детей и подростков с расстройствами шизофренического спектра: пилотное исследование // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – Т. 22, № 1. – С. 71–76.
6. Корень Е.В., Степунина Н.Е. К вопросу о теоретико-методологическом обосновании групповой психосоциальной терапии с подростками с заболеваниями шизофренического спектра // Социальная и клиническая психиатрия. – 2013. - Т. 23, № 3. – С. 14–22.
7. Маричева М.А. Психосоциальная терапия в комплексном лечении больных с первым приступом юношеского эндогенного психоза: дис. ... канд. мед. наук. - М., 2014. - 182 с.
8. Мовина Л.Г. Психосоциальная терапия больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с первым психотическим эпизодом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2005. - 28 с.
9. Мосолов С.Н. Шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств. - М.: Новый цвет, 2001. - 237 с.
10. Никитина Т.П. Разработка и оценка свойств русской версии опросника PedsQL для исследования качества жизни детей 8-18 лет: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - СПб., 2004. - 24 с.
11. Практикум по психосоциальному лечению и реабилитации психически больных / под ред. И.Я. Гуровича, А.Б. Шмуклера. - М.: Медпрактика-М, 2007. – 179 с.
12. Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помо-

щи / Под ред. И.Я. Гуровича, О.Г. Ньюфельдта. – М.: Медпрактика-М, 2007. – 356 с.

13. Bustillo J. R., Lauriello J., Horan W. P., Keith S. J. The Psychosocial Treatment of Schizophrenia: An Update // *American Journal of Psychiatry*. - 2001. - Vol. 158. - P.163–175.

14. Green B., Shirk S., Hanze D., Wanstrath J. The Children's Global Assessment Scale in clinical practice: an empirical evaluation // *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. – 1994. – Vol. 33, N 8. - P. 1158-64.

15. Hollis C. Developmental precursors of child- and adolescent-onset schizophrenia and affective psychoses: diagnostic specificity and continuity with symptom dimensions // *The British Journal of Psychiatry*. – 2002. – Vol. 182. – P. 317-44.

16. Mastriqt S., Addington J. Assessment of premorbid function in first-episode schizophrenia: modifications to the Premorbid Adjustment Scale // *J. Psychiatry Neurosci*. – 2002. – Vol. 27, N 2. – P. 92-101.

17. McClellan J., Stock S. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with schizophrenia // *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. – 2013. – Vol. 52, N 9. – P. 976-990.

18. Nicolson R., Lenane M., Singaracharu S. et al. Premorbid speech and language impairments in childhood-onset schizophrenia: association with risk factors // *American Journal of Psychiatry*. – 2000. - Vol. 157, N 5. – P. 794–800.

19. Rabinowitz J., Napryeyenko O., Burba B. et al. Premorbid functioning and treatment response in recent-onset schizophrenia: prospective study with risperidone long-acting injectable // *J. Clin. Psychopharmacol*. — 2011. — Vol. 31, N 1. — P.75-81.

20. Report of the working group on psychotropic medications for children and adolescents: psychopharmacological, psychosocial, and combined interventions for childhood disorders: evidence base, contextual factors, and future directions // *American Psychological Association*. - 2006. - P.133-135.

21. Shaffer D., Gould M.S., Brasic J. Et al. A Children's Global Assessment Scale (CGAS) // *Arch. Gen. Psychiatry*. - 1983. - Vol. 40, N 11. - P. 1228-1231.

22. Schimmelmann B.G., Schmidt S., Carbod M., Correll C. Treatment of adolescents with early-onset schizophrenia spectrum disorders: in search of a rational, evidence-informed approach // *Curr. Opin. Psychiatry*. – 2013. – Vol. 26. – P. 219-230.

22. Wagner, A., Lecavalier, L., Arnold, L.E., Aman, M.G., Scahill, L., Stigler, K.A., Johnson, C., McDougle, C.J., Vitiello, B. Developmental Disabilities Modification of Children's Global Assessment Scale (DD-CGAS) // *Biological Psychiatry*. – 2007. – Vol. 61. – P. 504-511.

Koren E.V., Kupriyanova T.A., Stepunina N.E.

DIFFERENTIAL APPROACH TO GROUP PSYCHOSOCIAL THERAPY WITH ADOLESCENTS SUFFERING FROM SCHIZOPHRENIC SPECTRUM DISORDERS: FOCUS ON PREMORBID FUNCTIONING

Moscow Research Institute of Psychiatry (Moscow).

Summary. Article examines impact of the level of premorbid functioning (DD-CGAS) on longitudinal efficacy (dc) of group psychosocial therapy with adolescents suffering from schizophrenic spectrum disorders using evaluation of changes in psychosocial functioning (CGAS и PedsQL.) . Specific profile of psychosocial needs of adolescents with different level of premorbid functioning was identified that gives new possibilities for differential approach to group psychosocial therapy with adolescents suffering from schizophrenic spectrum disorders.

Keywords: group psychosocial therapy , adolescents, psychosocial functioning, premorbid functioning, schizophrenic spectrum disorders

**ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ПОДРОСТКОВ
КАК ОСНОВА УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ
С ВРЕДНЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ**

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Резюме. Исследованы 293 подростка с диагнозом «Расстройства поведения» и сопутствующим употреблением опиоидов (89 чел.), летучих растворителей (95 чел.), алкоголя (57 чел.) и стимуляторов (52 чел.). Методы исследования. Для изучения расстройств поведения использовался адаптированный вариант методики «Низонжеровский опросник оценки поведения детей». Для изучения употребления психоактивных веществ и его последствий использована методика «Euro-ADAD». Результаты исследования были подвергнуты факторному анализу. Были выделены 3 разновидности аддиктивного поведения: связанная с диссоциально-личностными поведенческими расстройствами, с гиперкинетическими (органическими) поведенческими расстройствами и личностно-невротическими расстройствами сенситивного круга.

Ключевые слова: расстройства поведения у подростков, употребление ПАВ у подростков

Расстройства поведения (РП) в настоящее время относятся к наиболее часто встречающимся психическим расстройствам в подростковом возрасте. Их критерии обозначены в DSM-IV, МКБ-10, DSM-5. Новой и существенно важной представляется наметившаяся в последнее время тенденция к рассмотрению РП в рамках непрерывного континуума, начинающегося в раннем возрасте, охватывающего весь период детства, затрагивающего молодой и даже зрелый возраст [11, 20, 23, 38]. Акцент в терапии при этом переносится на дошкольный и младший школьный возраста как наиболее перспективный в плане лечения актуальных поведенческих нарушений и в плане психопрофилактики подростковых кондуктивных девиаций [10, 14, 37].

Среди явлений, коморбидных РП, традиционно рассматривалось употребление психоактивных веществ (ПАВ) с вредными последствиями (ВП) [16, 18, 25 и др.]. Многочисленными исследованиями показано, что дети и подростки с диагнозом РП более восприимчивы к ПАВ [28, 34 и др.]. Установлено, что у пациентов с РП употребление ПАВ начинается раньше по сравнению со здоровыми сверстниками и они используют, как правило, несколько видов наркотиков [30]. Несмотря на наблюдающуюся в последние годы тенденцию к размежеванию психиатрического и наркологического диагноза, РП и аддиктивные расстройства понимаются как явления, взаимосвязанные в клинико-возрастном аспекте, последовательно развивающиеся в пубертате, имеющие единую патогенетическую природу [13, 21]. Поведенческие нарушения признаны единственными независимыми предикторами употребления ПАВ среди всех психопатологических проявлений подросткового и юношеского возраста, а диагнозы алкоголизм, наркомания и социопатия нередко устанавливаются одному и тому же пациенту в динамике или одновременно [8, 31]. Более того, аддиктивное поведение у подростков рассматривается прежде всего как форма поведенческих нарушений, имеющая в своей основе больше признаков поведенческой девиации, чем симптомов химической зависимости [1, 2, 4, 6, 7]. Выявлено, что почти все потребители ПАВ в подростковом возрасте имеют признаки РП, а успешное лечение аддиктивных нарушений в более чем половине случаев само по себе способствует редукции симптомов РП [12].

Кроме того показано, что мотивами направления подростков, употребляющих ПАВ, в медицинские учреждения в основном служат поведенческие, а не аддиктивные нарушения, а инициаторами направления по большей части являются педагоги, соцработники и др., т. е. специалисты, с которыми подросток сталкивается прежде всего в связи с трудностями поведения [36].

Употребление ПАВ ухудшает прогноз РП, определяет высокий риск ВИЧ-инфицирования [3, 12], является фактором трансформации поведенческих проблем в антисоциальное расстройство личности [32]. К прогностическим признакам такой трансформации относят начало РП в возрасте младше 10 лет и многообразии поведенческих отклонений. Так, выявленные у подростков в 10-13 лет повторные эпизоды употребления алкоголя или наркотиков являются индикатором развивающихся РП с ведущими симптомами неуправляемости и группового отклоняющегося поведения [36].

В качестве одного из механизмов взаимосвязи РП и аддиктивного поведения у подростков рассматриваются такие симптомы гиперкинетического расстройства поведения, как импульсивность и эмоциональные нарушения. В литературе последовательно сообщается о прочной связи СДВГ с употреблением ПАВ и о том, что СДВГ ухудшает прогноз аддиктивного поведения [25, 26, 27, 31]. Обсуждается роль разных компонентов синдрома в происхождении данного явления [35]. Так, импульсивность как отдельный симптом СДВГ оказался связан с высоким риском РП и употребления ПАВ [18], в то время как в отношении исполнительных функций подобной закономерности установлено не было [39]. 10-летнее лонгитюдное исследование показало, что СДВГ является предиктором употребления любого вида ПАВ [39]. Выявлено, что риск формирования употребления алкоголя при СДВГ в 7,7 раз выше по сравнению со здоровой популяцией [16]; около 50% подростков с устойчивыми симптомами СДВГ употребляют ПАВ [36]. При сопутствующем диагнозе СДВГ отмечается более ранний возраст начала аддиктивного поведения, а также более частый переход от употребления алкоголя к наркотикам [17]. Считается, что риск формирования употребления ПАВ увеличивается, когда СДВГ сочетается с «классическими» РП (социализированное, несоциализированное расстройства поведения и др. диагнозы рубрики F91) [22], и особенно высок, когда к СДВГ присоединяется делинквентность [34].

Цель исследования – изучить взаимосвязь симптомов и форм поведенческих расстройств у подростков с характеристиками употребления ПАВ и его последствий.

Задачи исследования включили выявление статистических закономерностей взаимосвязи рейтинговых оценок характеристик РП и употребления ПАВ с ВП у подростков при разных видах используемых ПАВ.

Материал исследования. Обследованы 293 подростка с ведущим диагнозом «Расстройство поведения» и сопутствующим диагнозом «Употребление ПАВ с вредными последствиями (ВП)». Все пациенты были в возрасте 12-17 лет, средний возраст $15,3 \pm 0,1$ лет. Среди обследованных было 150 мальчиков и 143 девочки. Пациенты разделены на 4 подгруппы в зависимости от сопутствующего диагноза. 1 подгруппу составили 89 пациентов с сопутствующим диагнозом «Употребление опиоидов с ВП» (F11.1). 2 подгруппу составили 95 пациентов с сопутствующим диагнозом «Употребление летучих растворителей с ВП» (F18.1). 3 подгруппу составили 57 пациентов с сопутствующим диагнозом «Употребление алкоголя с ВП» (F10.1). 4 подгруппу составили 52 пациента с сопутствующим диагнозом «Употребление стимуляторов с ВП» (F15.1).

Методы исследования. Для изучения РП использовалась методика «Низонжеровский опросник оценки поведения детей», представляющий собой адаптиро-

ванную методику «The Nisonger Child Behavior Rating Form (for typical IQ (NCBRF-TIQ))» [9]. Количественная выраженность форм РП оценивалась в баллах по следующим шкалам: «позитивное поведение», «расстройства поведения», «оппозиция», «сенситивность», «гиперактивность», «невнимательность», «эмоциональные нарушения». Количественные характеристики употребления ПАВ и его последствий изучались с помощью методики «Диагностика употребления психоактивных веществ подростками (европейская версия)» («ЕвроАДАД»), представляющую собой версию «The Adolescent Drug Abuse Diagnosis (ADAD)» [24].

Результаты исследования. Ниже представлены данные факторного (эксплораторного) анализа количественных данных шкал опросников.

Анализ графика собственных значений факторов позволил отобрать для анализа 3 фактора (рисунок 1) с объясненной дисперсией 50,257% (табл. 1). Количество выделенных факторов, рассчитанных на основании теста «качества подгонки данных» оказалось достаточным ($\chi^2=70,368$, $p=0,245$).

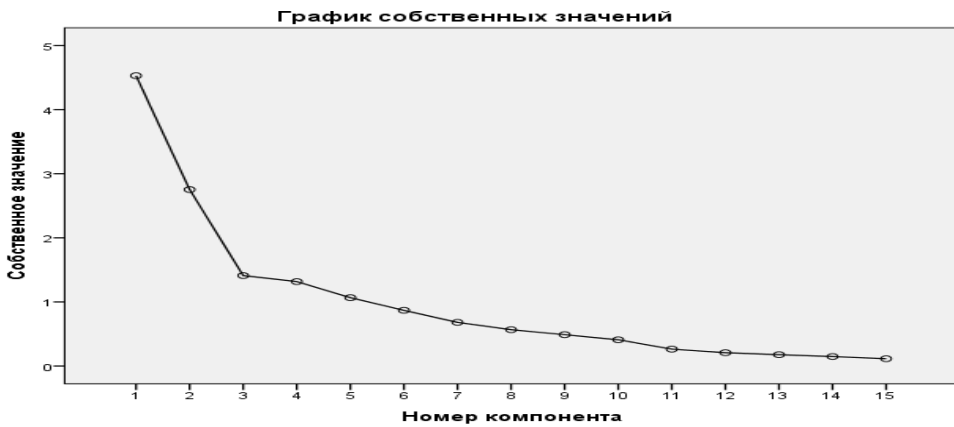


Рисунок 1. График собственных значений.

Таблица 1.

Объясненная совокупная дисперсия

Факто-	Суммы квадратов нагрузок извлечения			Суммы квадратов нагрузок вращения		
	Всего	% дисперсии	Суммарный %	Всего	% дисперсии	Суммарный %
1	1,604	10,693	10,693	4,017	26,780	26,780
2	3,808	25,388	36,082	2,168	14,452	41,233
3	2,126	14,176	50,257	1,354	9,025	50,257

Значение факторных нагрузок после Varimax-вращения факторов (метод «максимального правдоподобия») представлены в табл. 2. Из табл. 2 видно, что 1 фактор составили шкалы «Расстройства поведения», «Оппозиция», «Общественное поведение», «Семейные взаимоотношения», «Противоправные действия» и «Употребление наркотиков». Во 2 фактор вошли шкалы «Гиперактивность», «Невнимательность», «Эмоциональные нарушения», «Физическое здоровье/болезнь», «Семейные взаимоотношения», «Психическая адаптация/психопатология», «Употребление наркотиков» и с отрицательным значением шкала «Позитивное поведение». 3 фактор составили шкалы «Сенситивность» и «Употребление алкоголя». Необходимо отметить, что шкала «Употребление наркотиков» явилась составляющей как 1, так и 2 факторов, что позволяет предположить разные кондуктивные механизмы использования ПАВ в каждом из этих двух случаев.

Таблица 2.

Факторная матрица после Varimax-вращения

Шкалы	Факторы		
	1	2	3
«Позитивное поведение»	-0,272	-0,659	0,362
«Расстройства поведения»	0,741	0,133	-0,245
«Оппозиция»	0,610	0,220	0,031
«Сенситивность»	-0,173	0,314	0,755
«Гиперактивность»	-0,035	0,797	-0,080
«Невнимательность»	-0,197	0,781	-0,253
«Эмоциональные нарушения»	-0,023	0,573	0,361
«Физическое здоровье/болезнь»	-0,261	0,632	-0,009
«Школьное обучение/занятость»	0,387	0,321	0,031
«Общественное поведение»	0,707	-0,244	0,020
«Семейные взаимоотношения»	0,543	0,479	-0,039
«Психическая адаптация/психопатология»	-0,183	0,508	0,383
«Противоправные действия»	0,644	0,397	-0,044
«Употребление наркотиков»	0,574	0,419	-0,117
«Употребление алкоголя»	0,299	0,156	0,539

Значение факторных нагрузок пациентов различных клинических подгрупп после Varimax-вращения факторов представлены в таблицах 3, 4, 5, 6 (во всех случаях использовался метод «максимального правдоподобия»). Для всех подгрупп проводился расчет меры адекватности выборки, показавший пригодность массива данных для факторного анализа, и значений критериев сферичности Бартлетта, свидетельствующих о существовании корреляционной связи между численными значениями шкал. Результаты применения теста «качества подгонки данных» во всех случаях показали достаточность количества выделенных факторов.

Таблица 3.

Факторная матрица после Varimax-вращения пациентов подгруппы употребления опиоидов с ВП

Шкалы	Факторы		
	1	2	3
«Позитивное поведение»	-0,244	-0,304	-0,140
«Расстройства поведения»	0,550	-0,212	-0,014
«Оппозиция»	0,437	0,006	0,191
«Сенситивность»	-0,233	0,370	0,455
«Гиперактивность»	-0,100	0,552	-0,016
«Невнимательность»	-0,139	0,518	-0,307
«Эмоциональные нарушения»	-0,018	0,530	0,388
«Физическое здоровье/болезнь»	0,358	0,406	0,065
«Школьное обучение/занятость»	0,550	0,281	0,173
«Общественное поведение»	0,814	0,473	0,066
«Семейные взаимоотношения»	0,632	0,307	-0,119
«Психическая адаптация/психопатология»	-0,008	0,622	0,254
«Противоправные действия»	0,783	0,239	-0,115
«Употребление наркотиков»	0,677	0,402	0,030
«Употребление алкоголя»	0,160	0,300	0,722

Таблица 4.

Факторная матрица после Varimax-вращения пациентов подгруппы употребления летучих растворителей с ВП

Шкалы	Факторы		
	1	2	3
«Позитивное поведение»	-0,170	-0,595	-0,114
«Расстройства поведения»	0,488	0,118	-0,140
«Оппозиция»	0,613	0,206	-0,086
«Сензитивность»	-0,122	0,014	0,571
«Гиперактивность»	0,302	0,645	-0,157
«Невнимательность»	0,064	0,447	-0,491
«Эмоциональные нарушения»	-0,138	0,629	0,281
«Физическое здоровье/болезнь»	0,019	0,436	0,305
«Школьное обучение/занятость»	0,357	0,432	-0,173
«Общественное поведение»	0,592	0,505	0,158
«Семейные взаимоотношения»	0,514	0,445	-0,276
«Психическая адаптация/психопатология»	-0,093	0,421	0,503
«Противоправные действия»	0,425	0,478	-0,044
«Употребление наркотиков»	0,562	0,492	-0,138
«Употребление алкоголя»	0,418	-0,076	0,440

Таблица 5.

Факторная матрица после Varimax-вращения пациентов подгруппы употребления алкоголя с ВП

Шкалы	Факторы		
	1	2	3
«Позитивное поведение»	-0,096	-0,394	0,422
«Расстройства поведения»	0,818	-0,255	0,073
«Оппозиция»	0,600	0,143	-0,024
«Сензитивность»	-0,244	-0,079	0,844
«Гиперактивность»	0,087	0,583	-0,133
«Невнимательность»	-0,495	0,460	-0,130
«Эмоциональные нарушения»	0,497	0,648	0,121
«Физическое здоровье/болезнь»	-0,870	-0,072	-0,136
«Школьное обучение/занятость»	0,511	0,702	-0,062
«Общественное поведение»	0,536	0,489	-0,135
«Семейные взаимоотношения»	0,404	0,722	-0,011
«Психическая адаптация/психопатология»	-0,367	0,514	-0,225
«Противоправные действия»	0,749	0,002	-0,131
«Употребление наркотиков»	0,204	0,402	-0,138
«Употребление алкоголя»	0,662	0,539	0,255

Таблица 6.

Факторная матрица после Varimax-вращения пациентов подгруппы употребления стимуляторов с ВП

Шкалы	Факторы		
	1	2	3
«Позитивное поведение»	-0,433	-0,125	0,030
«Расстройства поведения»	0,615	0,206	0,131
«Оппозиция»	0,529	0,303	0,167
«Сензитивность»	-0,155	-0,049	0,882
«Гиперактивность»	0,030	0,571	-0,074
«Невнимательность»	-0,125	0,418	-0,111
«Эмоциональные нарушения»	0,442	0,538	0,056
«Физическое здоровье/болезнь»	0,550	0,077	-0,074
«Школьное обучение/занятость»	0,257	0,181	-0,103
«Общественное поведение»	0,713	-0,038	0,167
«Семейные взаимоотношения»	0,508	0,352	-0,098
«Психическая адаптация/психопатология»	0,123	0,696	0,521
«Противоправные действия»	0,577	-0,019	0,206
«Употребление стимуляторов»	0,617	0,423	-0,007
«Употребление каннабиноидов»	0,372	0,680	-0,230
«Употребление алкоголя»	0,476	0,102	0,408

Клиническая интерпретация полученных статистических результатов.

1-й фактор отражает взаимосвязь употребления ПАВ с типичными клиническими симптомами диагностических рубрик F91.0, F91.1 и F91.2, которые выявляются на основании вопросов шкалы «Расстройства поведения» «Низонжеровского опросника оценки поведения детей». Кроме того, в 1 фактор вошла шкала «Оппозиция», вопросы которой выявляют клинические проявления «Оппозиционно-вызывающего расстройства» (F91.3). Это говорит о том, что оппозиционно-протестные формы реагирования, специфичные для допубертатного возраста, не утрачивают своей актуальности у подростков, употребляющих ПАВ, что, с нашей точки зрения, является важной описательной характеристикой их личности, имеющей отношение к психическому инфантилизму. 1 фактор составили также шкалы, отражающие очевидные социально-юридические и семейные последствия употребления ПАВ (шкалы «Общественное поведение», «Семейные взаимоотношения» и «Противоправные действия»).

2-й фактор отражает взаимосвязь употребления ПАВ с клиническими проявлениями «Гиперкинетического расстройства поведения» (F90.1). Это шкалы «Гиперактивность» и «Невнимательность». Следует указать на наличие такой составляющей, как шкала «Эмоциональные нарушения». Последствия употребления ПАВ в структуре 2 фактора представлены шкалами «Физическое здоровье/болезнь», «Семейные взаимоотношения», «Психическая адаптация/психопатология». То есть здесь выявляются медицинские и психопатологические последствия употребления наркотиков.

3-й фактор представлен высокими факторными нагрузками шкал «Сензитивность» и «Употребление алкоголя», что объясняет феномен сопутствующего употребления алкоголя при ведущем наркотическом аддиктивном поведении.

Факторная модель при использовании различных видов ПАВ с ВП имеет структурное сходство (таблицы 3-6). Оно заключается в наличии во всех случаях 3

факторов, представленных относительно одинаковыми шкалами тестов. Устойчивой тенденцией во всех клинических подгруппах является присутствие в 1 факторе таких составляющих, как шкала «Расстройства поведения», «Оппозиция», «Общественное поведение», «Семейные взаимоотношения», «Противоправные действия». Эти показатели во всех подгруппах обязательно сочетаются с такой составляющей, как «Употребление наркотика» (или «Употребление алкоголя» в подгруппе пациентов с употреблением алкоголя с ВП). В некоторых подгруппах рассматриваемый фактор представлен также шкалами «Школьное обучение/занятость» (подгруппа употребления опиоидов с ВП), «Эмоциональные нарушения» и «Школьное обучение/занятость» (подгруппа употребления алкоголя с ВП), «Эмоциональные нарушения» и «Физическое здоровье/болезнь» (подгруппа употребления стимуляторов с ВП).

2 фактор во всех подгруппах, как правило, представлен шкалами «Гиперактивность», «Невнимательность», «Эмоциональные нарушения», «Физическое здоровье/болезнь», «Семейные взаимоотношения», «Психическая адаптация/психопатология», «Употребление наркотиков», «Употребление алкоголя». «Гиперактивность» во всех случаях сочеталась с «Невнимательностью», что говорит о том, что структура гиперкинетического расстройства представлена при использовании разных ПАВ в полном виде.

Относительно устойчивыми являются составляющие 3 фактора. Во всех клинических подгруппах это шкалы «Сенситивность» и «Употребление алкоголя» (за исключением подгруппы употребления алкоголя с ВП), а также «Позитивное поведение» (за исключением подгруппы употребления алкоголя с ВП) и «Психическая адаптация/психопатология» (за исключением подгруппы употребления стимуляторов с ВП).

Обсуждение результатов. Анализ факторной структуры позволяет сделать вывод о наличии трех линий взаимосвязи расстройств поведения с употреблением ПАВ с ВП у подростков. Первая из них отражает связь употребления ПАВ и различных его последствий с поведенческими расстройствами, соответствующими диагностической рубрики F91 (шкалы «Расстройства поведения» и «Оппозиция»). Эти симптомы объединены с социально-юридическими последствиями употребления ПАВ (шкалы «Общественное поведение», «Семейные взаимоотношения», «Противоправные действия»).

Учитывая вышеотмеченную констелляцию, а также близость диагностической рубрики F91 критериям «Диссоциального расстройства личности» зрелого возраста [13, 29, 33], данную клиническую разновидность аддиктивного поведения можно обозначить как формирующуюся на основе диссоциально-личностных поведенческих расстройств.

Вторая линия отражает связь употребления ПАВ и его последствий с гиперкинетическим расстройством поведения и его основными компонентами (шкалы «Гиперактивность» и «Невнимательность»). Природа такой взаимосвязи в практической работе детского психиатра не всегда представляется очевидной, а диагнозы «Нарушение активности и внимания» (F90.0) и «Гиперкинетическое расстройство поведения» (F90.1) к моменту формирования аддиктивных проблем у подростка в психиатрической практике часто заменяются «органическими» диагнозами. Существенно, что во всех подгруппах указанное сочетание «Гиперактивности» и «Невнимательности» дополнялась шкалой «Эмоциональные нарушения», которая в рамках использованной методики содержит вопросы, выявляющие аффективные нарушения, характерные в основном для экзогенно-органической патологии. Учитывая сказанное, а также то, что в отечественной психиатрической литературе ги-

перкинети́ческий (гипердинамический) синдром рассматривался как форма резидуально-органической церебральной патологии [6], данную клиническую разновидность аддиктивного поведения можно обозначить как формирующуюся на основе гиперкинети́ческих (органических) поведенческих расстройств. Следует отметить, что данная разновидность употребления ПАВ оказалось связанной с выраженной семейной дизадаптацией, последствиями для физического здоровья и психопатологическими симптомами (шкалы «Физическое здоровье/болезнь», «Семейные взаимоотношения», «Психическая адаптация/психопатология»). Присутствие в трех клинических подгруппах шкалы «Общественное поведение» указывает на групповой характер употребления ПАВ, связь пациентов с делинквентной компанией сверстников и использование рискованных форм сексуального поведения.

Третья линия объясняет механизмы формирования у подростков сопутствующего употребления алкоголя на фоне употребления других видов ПАВ с ВП, что во всех случаях объединено в один фактор со шкалой «Сенситивность». В контексте использованной методики («Низонжеровский опросник оценки поведения детей») сенситивность понимается как форма психического реагирования, в равной мере характерная как для личностного расстройства, так и близкого ему невротического круга переживаний. Важно подчеркнуть, что в данном случае отсутствовали серьезные последствия употребления ПАВ, а в некоторых случаях шкала «Сенситивность» сочеталась в одном факторе со шкалой «Позитивное поведение».

Заключение. Затронутая в ходе настоящего исследования проблема неоднократно поднималась в отечественной и иностранной литературе под названиями «психопатологическая основа аддиктивного поведения», «почва формирования алкогольной и наркотической зависимости», «преморбидная патология у наркозависимых», «коморбидность в наркологии» и др. В данной работе использован новый подход к изучению рассматриваемых явлений, а именно с позиции количественной рейтинговой оценки расстройств и их последующего клиникостатистического анализа. В результате установлены статистически значимые взаимосвязи, позволившие говорить о 3-х клинических разновидностях аддиктивного поведения: 1) связанного с диссоциально-личностными поведенческими расстройствами, 2) с гиперкинети́ческими (органическими) поведенческими расстройствами и 3) с личностно-невротическими расстройствами сенситивного круга. Результаты исследования обосновывают необходимость учета клиникопсихопатологической «почвы» формирования аддиктивного поведения у подростков, которая определяет различие тяжести и прогноза употребления ПАВ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Битенский, В.С. Наркомании у подростков / В.С. Битенский, Б.Г. Херсонский, С.В. Дворяк, В.А. Глушков. – Киев: Здоров'я, 1989. – 216 с
2. Егоров, А.Ю. Возрастная наркология / А.Ю. Егоров. – СПб.: Дидактика Плюс.; М.: Институт общегуманитарных исследований, 2002. – 272 с.
3. Крупицкий, Е.М. Взаимосвязь между поведением, связанным с высоким риском ВИЧ-инфицирования, и выраженностью психопатологических расстройств у больных героиновой наркоманией в Санкт-Петербурге / Е.М. Крупицкий, Э.Э. Звартау, В.Ю. Егорова и др. // Русский журнал «СПИД, рак и общественное здоровье». – 2006, Т. 10, № 1. – С. 60–68.
4. Кулаков, С.А. Диагностика и психотерапия аддиктивного поведения у подростков / С.А. Кулаков. – СПб.: Фолиум, 1998. – 70 с.
5. Моосмюллер, Г. Маркетинговые исследования с SPSS: учебное пособие / Г. Моосмюллер, Н.Н. Ребик. – М.: ИНФРА-М, 2009. – 158 с.

-
6. Личко, А.Е. Подростковая наркология / А.Е. Личко, В.С. Битенский. – Л.: Медицина, 1991. – 304 с.
 7. Попов, Ю.В. Границы и типы саморазрушающегося поведения у детей и подростков / Ю.В. Попов // Саморазрушающееся поведение у подростков. - Л.: изд. ЛНИИ им. В.М. Бехтерева, 1991. – С. 5–9.
 8. Пятницкая, И.Н. Общая и частная наркология: Руководство для врачей / И.Н. Пятницкая. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2008. – 640 с.
 9. Aman, M.G. The Nisonger Child Behavior Rating Form: typical IQ version / M.G. Aman, S. Leonea, L. Lecavaliera [et al.] // International Clinical Psychopharmacology. – 2008. – Vol. 23. – P. 232–242.
 10. Belsky, J. Parenting, attention and externalizing problems: testing mediation longitudinally, repeatedly and reciprocally / J. Belsky, R.M.P. Fearon, B. Bell // Journal of Child Psychology and Psychiatry. – 2007. – Vol. 48. – P. 1233–1242.
 11. Biederman, J. The long-term longitudinal course of oppositional defiant disorder and conduct disorder in ADHD boys: findings from a controlled 10-year prospective longitudinal follow-up study / J. Biederman, C.R. Petty, C. Dolan [et al.] // Psychol. Med. – 2008. – Vol. 38(7). – P. 1027–1036.
 12. Brown, L.K. Children and Adolescents Living with HIV and AIDS: A Review / L.K. Brown, K.J. Lourie, M. Pao // Journal of child psychology and psychiatry. – 2000. – Vol. 41. – № 1. – P. 81–96.
 13. Burke, J. D. Predictive validity of childhood oppositional defiant disorder and conduct disorder: Implications for the DSM-V / J.D. Burke, I. Waldman, B.B. Lahey // Journal of Abnormal Psychology. – 2010. – Vol. 119. – P. 739–751.
 14. Chacko, A. Enhancing traditional parent training for single mothers of children with ADHD / A. Chacko, B.T. Wymbs, F.A. Wymbs [et al.] // Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology. – 2009. – Vol. 38. – P. 206–213.
 15. Chronis, A. M. Enhancements to the behavioral parent training paradigm for families of children with ADHD: Review and future directions / A.M. Chronis, A. Chacko, G.A. Fabiano [et al.] // Clinical Child and Family Psychology Review. – 2004. – Vol. 7. – P. 1–27.
 16. Dalsgaard, S. ADHD, stimulant treatment in childhood and subsequent substance abuse in adulthood – a naturalistic long-term follow-up study / S. Dalsgaard, P.B. Mortensen, M. Frydenberg, P.H. Thomsen // Addict. Behav. – 2014. – Vol. 39 (1). – P. 325–328.
 17. Davids, E. Attention-deficit/hyperactivity disorder and substance abuse / E. Davids, M. Gastpar // Psychiatr. Prax. – 2003. – Vol. 30(4). – P. 182–186.
 18. Elkins, I. J. Prospective effects of attention-deficit/hyperactivity disorder, conduct disorder, and sex on adolescent substance use and abuse / I. J. Elkins, M. McGue, W.G. Iacono // Arch Gen Psychiatry. – 2007. – Vol. 64(10). – P. 1145–1152.
 19. Eyberg, S.M. Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with disruptive behavior / S.M. Eyberg, M.N. Nelson, S.R. Boggs // Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology. – 2008. – Vol. 37. – P. 215–237.
 20. Fanti, K.A. Individual, social, and behavioral factors associated with co-occurring conduct problems and callous-unemotional traits / K.A. Fanti // J. Abnorm. Child. Psychol. – 2013. – Vol. 41(5). – P. 811–824.
 21. Farrington, D.P. The development of offending and antisocial behavior from childhood: key findings from the Cambridge study in delinquent development / D.P. Farrington // J. Child Psychol. Psychiatry. – 1995. – Vol. 36. – P. 29–64.
 22. Flory, K. The relation between attention deficit hyperactivity disorder and substance abuse: what role does conduct disorder play? / K. Flory, D.R. Lynam // Clin.
-

Child. Fam. Psychol. Rev. – 2003. – Vol. 6(1). – P. 1–16.

23. Frick, P.J. Research review: the importance of callous–unemotional traits for developmental models of aggressive and antisocial behavior / P.J. Frick, S.F. White // J. Child. Psychol. Psychiatry. – 2008. – Vol. 49(4). – P. 359–375.

24. Friedman, A. S.A method for diagnosing and planning the treatment of adolescents drug abusers (The Adolescent Drug Abuse Diagnosis (ADAD) instrument) / A.S. Friedman, A. Utada // Journal of Drug Education. – 1989. – Vol. 19(4). – P. 285–312.

25. Groenman, A.P. Substance use disorders in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: a 4–year follow–up study / A.P. Groenman, J. Oosterlaan, N. Rommelse [et al.] // Addiction. – 2013. – Vol. 108(8). – P. 1503–1511.

26. Klassen, L.J. Comorbid attention deficit/hyperactivity disorder and substance use disorder: treatment considerations / L.J. Klassen, T.S. Bilkey, M.A. Katzman, P. Chokka // Curr. Drug Abuse Rev. – 2012. – Vol. 5(3). – P. 190–198.

27. Kousha, M. Substance use disorder and ADHD: is ADHD a particularly «specific» risk factor? / M. Kousha, Z. Shahriyar, J. Alaghband–Rad // J. Atten. Disord. – 2012. – Vol. 16(4). – P. 325–332.

28. Latvala, A. Prevalence and correlates of alcohol and other substance use disorders in young adulthood: A population–based study [Электронный ресурс] / A. Latvala, A. Tuulio–Henriksson, J. Perälä [et al.] // BMC Psychiatry. – 2009. – Vol. 19. – [Электронный ресурс]. – <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/9/73> (дата обращения 18.12.2014 г.).

29. Loeber, R. Perspectives on oppositional defiant disorder, conduct disorder, and psychopathic features / R. Loeber, J. Burke, D.A. Pardini // Journal of Child Psychology and Psychiatry. – 2009. – Vol. 50. – P. 133–142.

30. Lynskey, M.T. Childhood conduct problems, attention deficit behaviors, and adolescent alcohol, tobacco, and illicit drug use / M.T. Lynskey, D.M. Fergusson // Journal of Abnormal Child Psychology. – 1995. – Vol. 23. – P. 281–302.

31. Milberger, S. Associations between attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and psychoactive substance use disorders (PSUD) / S. Milberger, J. Biederman, S.V. Faraone [et al.] // American Journal of Addictions. – 1997. – № 6. – P. 318–329.

32. Myers, M. G. Progression From Conduct Disorder to Antisocial Personality Disorder Following Treatment for Adolescent Substance Abuse / M.G. Myers, D.G. Stewart, S.A. Brown // American Journal of Psychiatry. – 1998. – Vol. 155. – P. 479–485.

33. Pardini, D.A. Symptoms of conduct disorder, oppositional defiant disorder, attention–deficit/hyperactivity disorder, and callous–unemotional traits as unique predictors of psychosocial maladjustment in boys: advancing an evidence base for DSM–V / D.A. Pardini, P.J. Fite // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. – 2010. – Vol. 49. – P. 1134–1144.

34. Sanctis De, V.A. Childhood maltreatment and conduct disorder: independent predictors of adolescent substance use disorders in youth with attention deficit/hyperactivity disorder / V.A. De Sanctis, J.W. Trampush, S.C. Harty [et al.] // J. Clin. Child Adolesc. Psychol. – 2008. – Vol. 37(4). – P. 785–793.

35. Spencer, T.J. ADHD and comorbidity in childhood / T.J. Spencer // J. Clin. Psychiatry. – 2006. – Vol. 67(8). – P. 27–31.

36. Swadi, H. Substance Misuse in Adolescents / H. Swadi // Advances in Psychiatric Treatment. – 2000. – Vol. 6. – P. 201–210.

37. Waller, R. Do harsh and positive parenting predict parent reports of deceitful–callous behavior in early childhood? / R. Waller, F. Gardner, L.W. Hyde [et al.] // J. Child. Psychol. Psychiatry. – 2012. – Vol. 53(9). – P. 946–953.

38. Weiss, M.D. Clinical correlates of oppositional defiant disorder and attention–

deficit/hyperactivity disorder in adults / M.D. Weiss, M. Wasdell, K.D. Gadow [et al.] // Postgrad. Med. – 2011. – Vol. 123(2). – P. 177–184.

39. Wilens, T.E. Do executive function deficits predict later substance use disorders among adolescents and young adults? / T.E. Wilens, M. Martelon, R. Fried [et al.] // J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. – 2011. – Vol. 50(2). – P. 141–149.

Grechanyi S. V.

CONDUCT DISORDERS IN ADOLESCENTS AS A BASIS FOR THE HARMFUL USE OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES

St. Petersburg State Pediatric Medical University

Summary. Studied 293 adolescents with a diagnosis of "conduct disorder" (CD) and the concomitant use of: opioids (89 pers.), volatile solvents (95 pers.), alcohol (57 pers.) and stimulants (52 pers.). Research methods. For the study of conduct disorder used «The Nisonger Child Behavior Rating Form». For the study of drug use and its consequences used «Euro-ADAD». Results of the study were subjected to factor analysis. It has been allocated 3 varieties of addictive behavior: related to personality (antisocial) conduct disorders, related to hyperkinetic (organic) conduct disorders behavior and the sensitive disorders.

Keywords: conduct disorder in adolescents, substance use in adolescents.

Е.В. Свистунова, Т.В. Луценко

ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ ДОШКОЛЬНИКОВ С НЕДОСТАТКАМИ ЗРЕНИЯ,

НАХОДЯЩИХСЯ В РАЗНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ

ГБОУ ВПО «Московский городской педагогический университет» (Москва).

Резюме. В статье отражены особенности изменения навыков социального поведения, составляющих социальную компетентность, дошкольников с недостатками зрения и дошкольников с нормативным зрением при переходе на инклюзивные формы обучения. Рассмотрены основы компетентностного подхода, понятий «компетентность» и «компетенция». В основу диагностического инструментария положен список социальных компетенций предложенный и апробированный в течение десяти лет в Центре практической психологии образования Московской области.

Ключевые слова: инклюзивные формы обучения, компетентность, компетенция навыки адаптации к образовательному учреждению, навыки общения со сверстниками, навыки обхождения с чувствами, навыки альтернативы агрессии, навыки преодоления стресса особенности психического развития, социальная компетентность, социальное поведение, слепые и слабовидящие дети.

Введение. В российскую систему образования активно внедряются инклюзивные формы обучения. Основные задачи, которые призвана решить система образования, - подготовить к нормальной личной и общественной жизни детей с нарушениями психофизического развития, корректировать их развитие, создать как можно больше возможностей для их самостоятельной жизни. Для детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) чрезвычайно важен социальный компонент в инклюзивной образовательной среде.

Количество детей с ОВЗ растет от года к году. Особое место занимают среди

них дети с недостатками зрения. В нашей стране, для детей с поражениями органов зрения созданы специальные образовательные коррекционные учреждения III и IV вида, в которых реализуются психолого-педагогические и медицинские технологии, направленные на исправление, ослабление или замещение недостатков психофизического развития. Эта система на современном этапе активно совершенствуется и развивается. Теоретические источники тифлопедагогических знаний указывают на то, что патология зрительных функций является причиной возникновения ряда трудностей и нарушений в психическом развитии детей.

Исходными моментами в определении личности ребенка с патологией зрения является его статус в обществе, социальные роли и ценности ориентации, которые образуют систему личностных свойств и определяют структуру общественного поведения. Личность ребенка с патологией зрения в целом может быть охарактеризована как сложная система поведения и переживания, находящаяся во взаимной межличностной связи с окружающими людьми и средой. Недоразвитие органов зрения, ослабление зрения лишают ребенка важнейших источников информации, что обуславливает его отставание не только в психическом развитии, но и в физическом плане. Особенности психического развития слепых и слабовидящих детей являются слабость абстрактно-логического мышления, ограниченность знаний и представлений об окружающем с преобладанием общих, неконкретных знаний. Характерен малый объем чувственного опыта, формальный словарный запас и недостаточно точная предметная соотнесенность слов. Дефекты зрения тормозят развитие двигательных навыков и умений, пространственной ориентировки и определяют малую моторную активность ребенка, общую его медлительность.

В силу особенностей их восприятия включение в инклюзивную группу дошкольников провоцирует некоторые сложности социального поведения как детей с ОВЗ, так и детей из обычной группы, которые оказались включенными в систему инклюзивного образования.

В российском документе «Стратегии модернизации содержания общего образования» были сформулированы основные положения компетентностного подхода в системе современного российского образования, узловое понятие которого - компетентность. Было подчеркнуто, что это понятие шире понятия знания, или умения, или навыка; оно включает их в себя (хотя, разумеется, речь не идет о компетентности как о простой аддитивной сумме знания - умения - навыка, это понятие несколько иного смыслового ряда) [1]. Внутри компетентностного подхода выделяют два базовых понятия: «компетенция» и «компетентность». Анализ работ по проблеме компетентностного подхода позволяет сделать вывод о том, что в настоящее время отсутствует однозначное понимание понятий «компетенция» и «компетентность», часто используемых в одном контексте.

Мы определяем понятие «компетентность» как владение, обладание человеком соответствующей компетенцией, включающей его личностное отношение к ней и предмету деятельности, обладание познаниями и опытом, и «компетенцию» как круг вопросов, в которых человек достаточно хорошо осведомлен.

Понятие компетентности включает не только когнитивную и операционально-технологическую составляющие, но и мотивационную, этическую, социальную и поведенческую. Оно включает результаты обучения (знания и умения), систему ценностных ориентаций, привычки и др. Компетентности формируются в процессе обучения, и не только в школе, но и под воздействием семьи, друзей, работы, политики, религии, культуры и пр. В связи с этим реализация компетентностного подхода зависит от всей образовательно-культурной ситуации, в которой живет и развивается обучающийся.

В мировой образовательной практике понятие компетентности выступает в качестве центрального, своего рода «узлового» понятия, так как компетентность личности: во-первых, объединяет в себе интеллектуальную и практическую составляющую образования; во-вторых, в понятие компетентности заложена идеология интерпретации содержания образования, формируемого «от результата» («стандарт на выходе»); в третьих, компетентность личности обладает интегративной природой, поскольку она вбирает в себя ряд однородных или близкородственных знаний и опыта, относящихся к широким сферам культуры и деятельности (информационной, правовой и т. д.). Компетентность личности имеет определенную структуру, компоненты которой связаны со способностью человека решать различные проблемы в повседневной, профессиональной или социальной жизни.

Социальная компетентность - сложное образование, под которым понимают: степень адекватности и эффективности реагирования на проблемные жизненные ситуации, достижение реальных целей в особом социальном контексте, использование подходящих для этого методов и позитивное развитие как результат активности, подтверждение со стороны других адекватности социального поведения, способность участвовать в сложной системе межличностных отношений и успешно использовать и понимать других людей [6].

Социальные компетентности связаны с окружением, жизнью общества, социальной деятельностью личности (способность к сотрудничеству, умение решать проблемы в различных жизненных ситуациях, навыки взаимопонимания, социальные и общественные ценности и умения, коммуникационные навыки, мобильность в разных социальных условиях).

В настоящее время развитие социальных компетенций приобрело еще одно направление: адаптация детей с ОВЗ и их здоровых сверстников в инклюзивной образовательной среде. Для их развития потребуются дополнительные усилия педагогов и специалистов, направленные на развитие социальных компетенций.

Цель исследования – изучение развития социальной компетентности у детей с нарушением зрения в различных образовательных условиях.

Материал и методы. В исследовании участвовали дети 5–6 лет, посещающие инклюзивные группы, в которых пребывают дети с нормативным зрением и дети с нарушениями зрения; дети с нормативным зрением, посещающие общеобразовательный детский сад без инклюзивного компонента; дети, посещающие коррекционную группу для детей с нарушениями зрения.

В связи с объединением учебных заведений группы переформировывались, и соотношение уже адаптированных друг к другу дошкольников примерно совпадало во всех исследованных коллективах. В результате дети оказались в новой, нестандартной для себя ситуации. Им трудно было ориентироваться в развивающей пространственно-предметной среде, договариваться, уступать, правильно реагировать на поведение сверстника, понимать его эмоциональное состояние.

В соответствии с целями и задачами исследования дети были разделены на 4 группы:

Группа 1. Дети, имеющие нарушения зрения, которые изначально посещали компенсирующий детский сад для детей с нарушениями зрения, а затем стали посещать инклюзивную группу с детьми с нормативным зрением.

Группа 2. Дети, имеющие нарушения зрения, которые изначально посещали компенсирующий детский сад для детей с нарушениями зрения и остались в компенсирующем детском саду без инклюзивного компонента.

Группа 3. Дети с нормативным зрением, которые изначально посещали общеобразовательный детский сад, затем стали посещать инклюзивную группу с

детьми, имеющими нарушения зрения.

Группа 4. Дети с нормативным зрением, которые постоянно посещали общеобразовательный детский сад, группа без инклюзивного компонента.

Всего были исследованы 303 ребенка. Из них:

- 52 ребенка с нарушениями зрения, посещающие инклюзивную группу;

- 59 детей с нарушениями зрения, посещающих коррекционную группу без инклюзии.

- 78 детей с нормативным зрением, посещающих инклюзивную группу;

- 114 детей с нормативным зрением, посещающих общеобразовательный детский сад без инклюзивного компонента;

Был использован метод стандартизированного наблюдения. В основу диагностического инструментария положен список социальных компетенций, предложенный и апробированный в течение десяти лет в Центре практической психологии образования Московской области.

Перечень базовых социальных компетенций детей старшего дошкольного возраста содержал 45 навыков и умений, объединенных в 5 групп, отражающих разнообразные аспекты жизни ребенка: коммуникацию, эмоциональный интеллект, совладание с агрессией, преодоление стресса, адаптацию к образовательному учреждению. Большинство этих умений нельзя сформировать напрямую.

Для того чтобы наблюдатель мог сравнить поведение конкретного ребенка с эталонным поведением социально компетентного дошкольника (старше 5-7 лет), была использована разработанная в этом же Центре «Структура социальной компетенции».

Результаты исследования. Мы начали нашу работу с сентября, сразу после образования исследуемых групп. Для получения наиболее полной картины происходящего мы проводили исследование в 3 этапа: в сентябре, в декабре и в мае текущего учебного года (возраст детей составил: 4 года 11 мес. - 5 лет 3 мес.; 5 лет 3 мес. - 5 лет 7 мес.; 5 лет 8 мес. - 6 лет).

Результаты диагностики приведены в таблице 1.

Таблица 1.

Показатели социальной компетентности дошкольников 5-6 лет в первый год после организации групп детского сада

кол-во детей	Группа, ее краткая характеристика	Доля детей с высоким и средним уровнем развития компетентности		
		сентябрь	декабрь	май
52	Группа 1. Дети с нарушениями зрения, посещающие инклюзивную группу детского сада	67,70%	66,60%	69,20%
59	Группа 2. Дети с нарушениями зрения, посещающие коррекционную группу детского сада без инклюзии	75,20%	83,90%	87,30%
78	Группа 3. Дети с нормативным зрением, посещающие инклюзивную группу детского сада	77,60%	72,50%	78,20%
114	Группа 4. Дети с нормативным зрением, посещающие общеобразовательный детский сад без инклюзивного компонента	74,50%	85,50%	95,40%

Полученные данные показали, что часть дошкольников имеет недостаточный уровень социальной компетентности. Наибольшую динамику показали дети с нормативным зрением, посещающие общеобразовательный детский сад без инклюзивного компонента (№ 4). В группах № 1 и № 3, где находились дети с нарушениями зрения и с нормативным зрением, посещающие инклюзивную группу детского сада, практически никаких изменений не было (рис. 1).

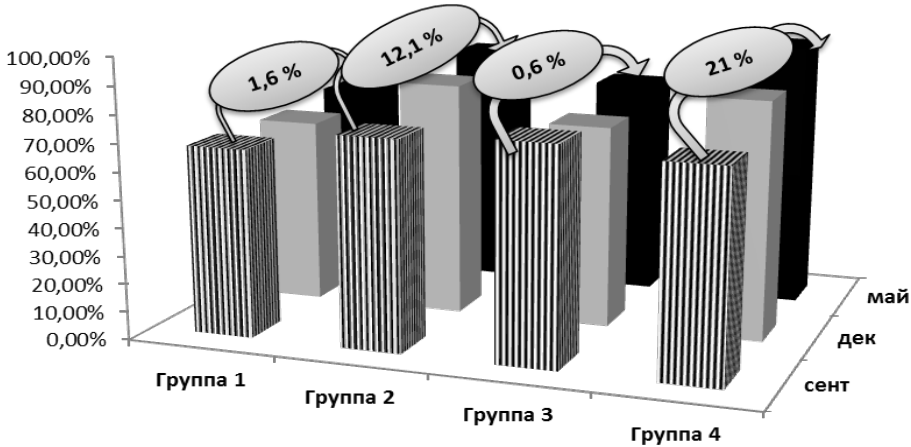


Рисунок 1. Динамика средних показателей социальной компетентности дошкольников 5-6 лет в первый год после организации групп детского сада.

Мы считаем, что причиной этого могли стать такие факторы, как специфическое поведение педагогов, родителей и других детей в группе.

Так, воспитатели часто делали замечания детям по поводу их подвижности, при спорных или конфликтных ситуациях чаще вставали на сторону детей с нарушениями зрения. Они давали меньше поручений детям с нарушениями зрения, чем детям с нормативным зрением. Это сказалось на распределении социальных ролей в группе, самооценке дошкольников.

При этом многие родители не всегда адекватно оценивали социальную ситуацию, требуя особого отношения к своему ребенку не только от персонала, но и от других детей, считая, что при физической слабости он все-равно должен играть первостепенные роли, в том числе и в мероприятиях, связанных с повышенной активностью. В свою очередь, детям было сложно приспособиться к предлагаемым правилам, тем более что они часто были противоречивы.

Реакции детей на особенности организации инклюзивной среды позволяют сделать вывод о необходимости вовлечения всех участников образовательного пространства в процесс адекватного формирования социальных компетенций.

В процессе исследования мы обратили внимания на некоторые различия в динамике изменения социального поведения в зависимости от пола детей. Например, у детей стали наблюдаться агрессивные проявления по отношению как друг к другу, так и к предметам интерьера. Более заметно это проявлялось у детей с нормативным зрением и у мальчиков с нарушениями зрения. Поэтому при анализе результатов мы выделили внутри каждой группы отдельно мальчиков и девочек. В таблице данных они помечены буквами «м» и «д».

В процессе работы мы исследовали умения, объединенные в пять групп показателей.

1. Навыки адаптации к образовательному учреждению (рис.2)

При исследовании навыков адаптации нами были проанализированы различные умения. Показатели детей по умению слушать и умению сосредоточиваться на своем занятии в группах резко отличались. Кроме того, они были отличны у мальчиков и у девочек.

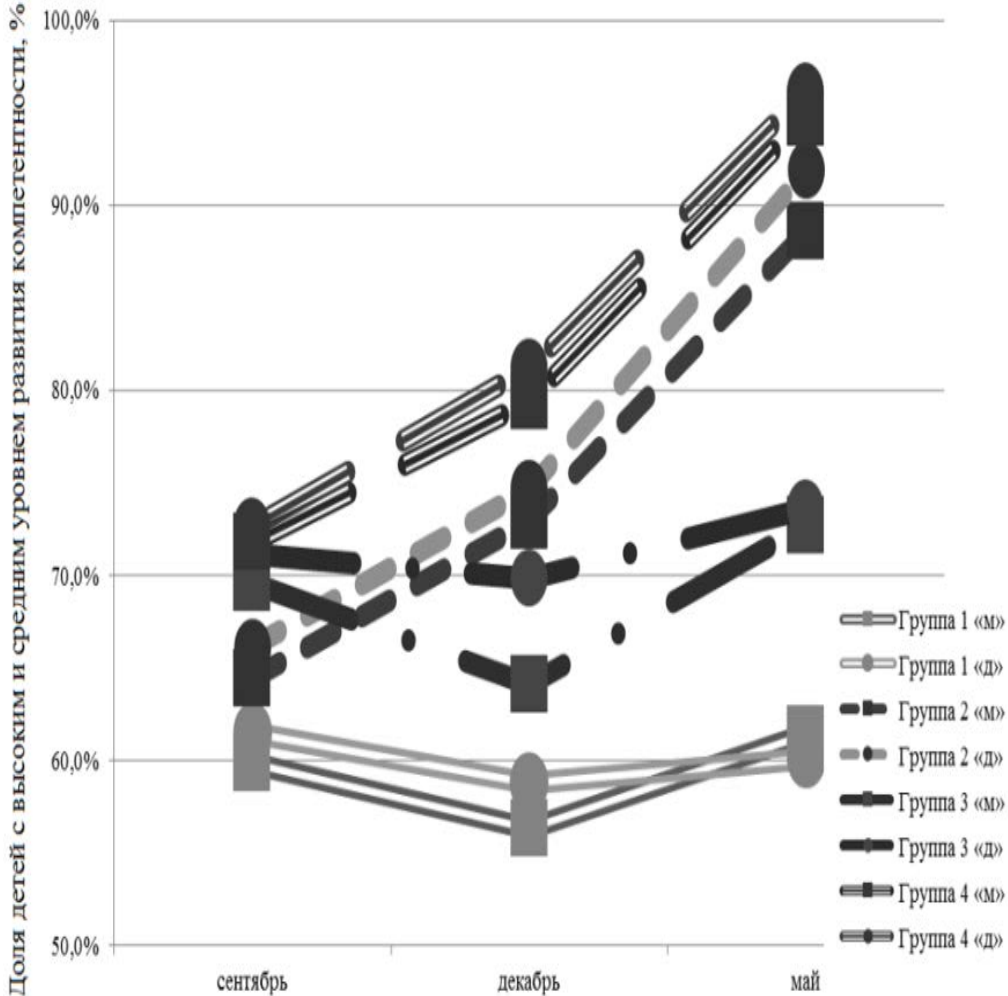


Рисунок 2. Динамика средних показателей навыков адаптации к образовательному учреждению дошкольников 5-6 лет в первый год после организации групп детского сада.

В инклюзивной группе мальчики с недостатками зрения иногда отвлекались, хотя в целом были вовлечены в процесс больше, чем мальчики с нормативным зрением. Девочки всегда слушали более внимательно, особенно девочки с недостатками зрения.

В использовании умений обращаться за помощью, заявлять о своих потребностях, предлагать помощь взрослому, задавать вопросы, исправить недостатки в работе показатели детей в группах отличались незначительно. Показатели практически всегда были выше у воспитанников групп без инклюзии.

Данные умения вступать в обсуждение, следовать полученной инструкции, выражать благодарность, доводить работу до конца в ходе исследования были похожи у детей и в инклюзивных группах, и в обычных, и в коррекционных.

II. Навыки общения со сверстниками (рис.3)

При исследовании навыков общения со сверстниками были проанализированы умение проявлять инициативу, делиться умение присоединиться к играющим детям. По этим показателям данные в инклюзивных и группах без инклюзии резко отличались. Кроме того, отличались они и среди детей с недостатками зрения и без таковых.

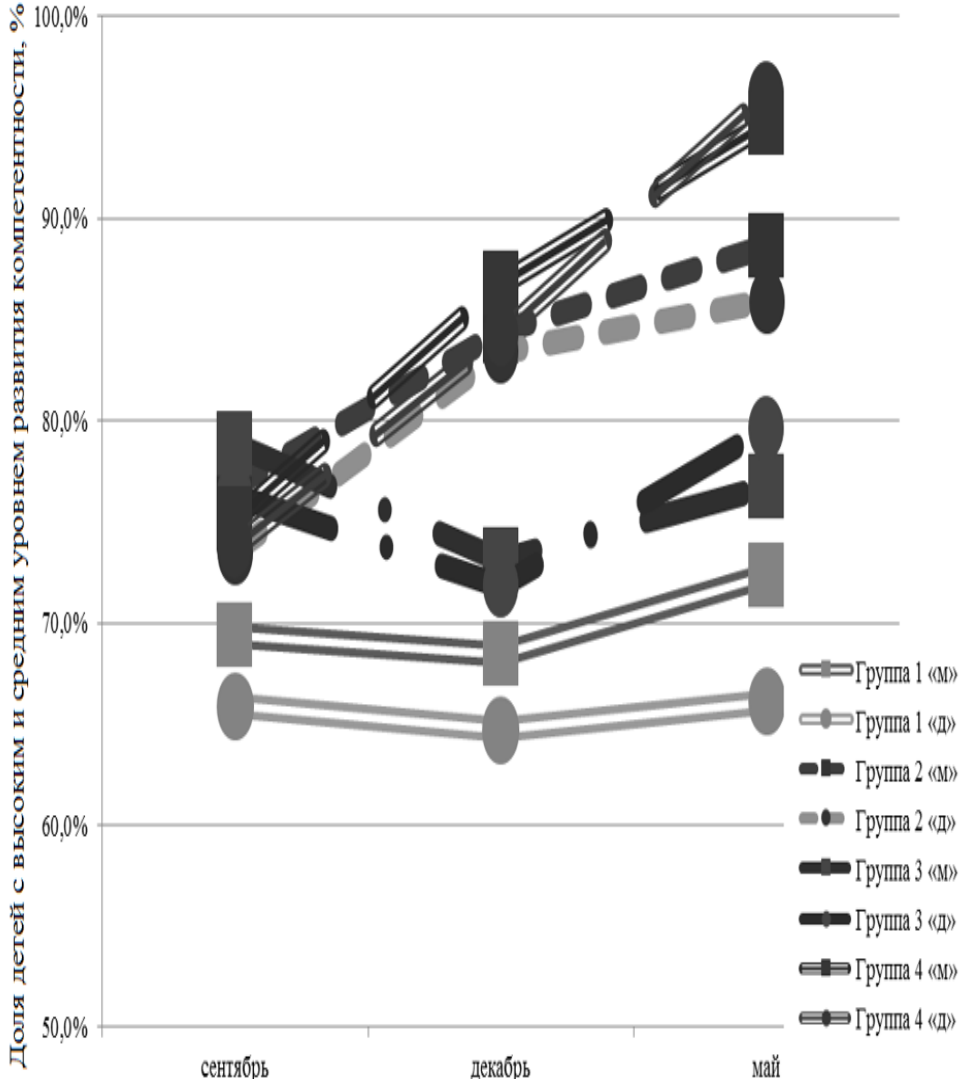


Рисунок 3. Динамика средних показателей навыков общения со сверстниками дошкольников 5-6 лет в первый год после организации групп детского сада.

Дети с недостатками зрения, особенно мальчики, меньше других демонстрировали данные умения. Причем, динамика показателей отражала их значительное снижение спустя несколько месяцев после организации группы.

Показатели умения знакомиться, умения просить об одолжении и умения извиняться детей в группах отличались незначительно, и различия заметны были в основном среди детей в инклюзивных группах и группах без инклюзии.

По показателям умений играть по правилам игры, предлагать помощь сверстнику, принимать комплименты и выражать симпатию данные были похожи, и практически не различались.

III. Навыки обхождения с чувствами (рис. 4)

При исследовании навыков обхождения с чувствами были проанализированы различные эмоциональные и коммуникационные параметры социального поведения дошкольников.

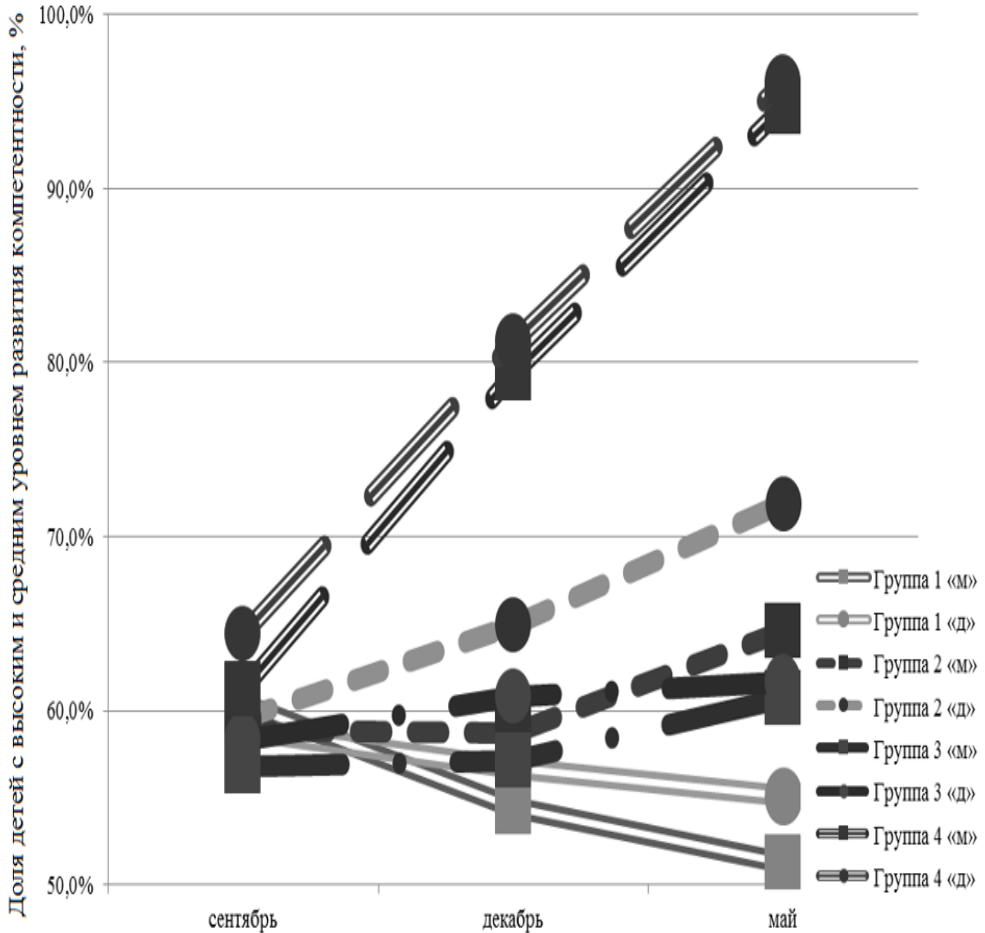


Рисунок 4. Динамика средних показателей навыков обхождения с чувствами дошкольников 5-6 лет в первый год после организации групп детского сада.

Показатели умения воспроизводить основные чувства, выражать чувства и распознавать чувства другого были ниже у детей с недостатками зрения, что объективно связано с их особенностями восприятия.

Но необходимо отметить, что показатели у детей с нормативным зрением в инклюзивных группах были не только низки, но и имели отрицательную динамику. Мы полагаем, это связано с тем, что дети с недостатками зрения иначе выражают свои эмоции и дошкольники с нормативным зрением стали затрудняться в интерпретации социального поведения сверстников.

По параметрам обращаться с собственным гневом, реагировать на гнев другого человека и умения справляться со страхами показатели детей в группах без инклюзии отличались незначительно и имели выраженную положительную динамику. В отличие от них, дошкольники в инклюзивных группах демонстрировали проблемное поведение, особенно мальчики с нормативным зрением.

По умению сочувствовать и умению переживать печаль показатели детей в группах отличались незначительно.

IV. Навыки альтернативы агрессии (рис. 5)

Исследуя навыки альтернативы агрессии, мы наблюдали отрицательную динамику именно в инклюзивных группах.

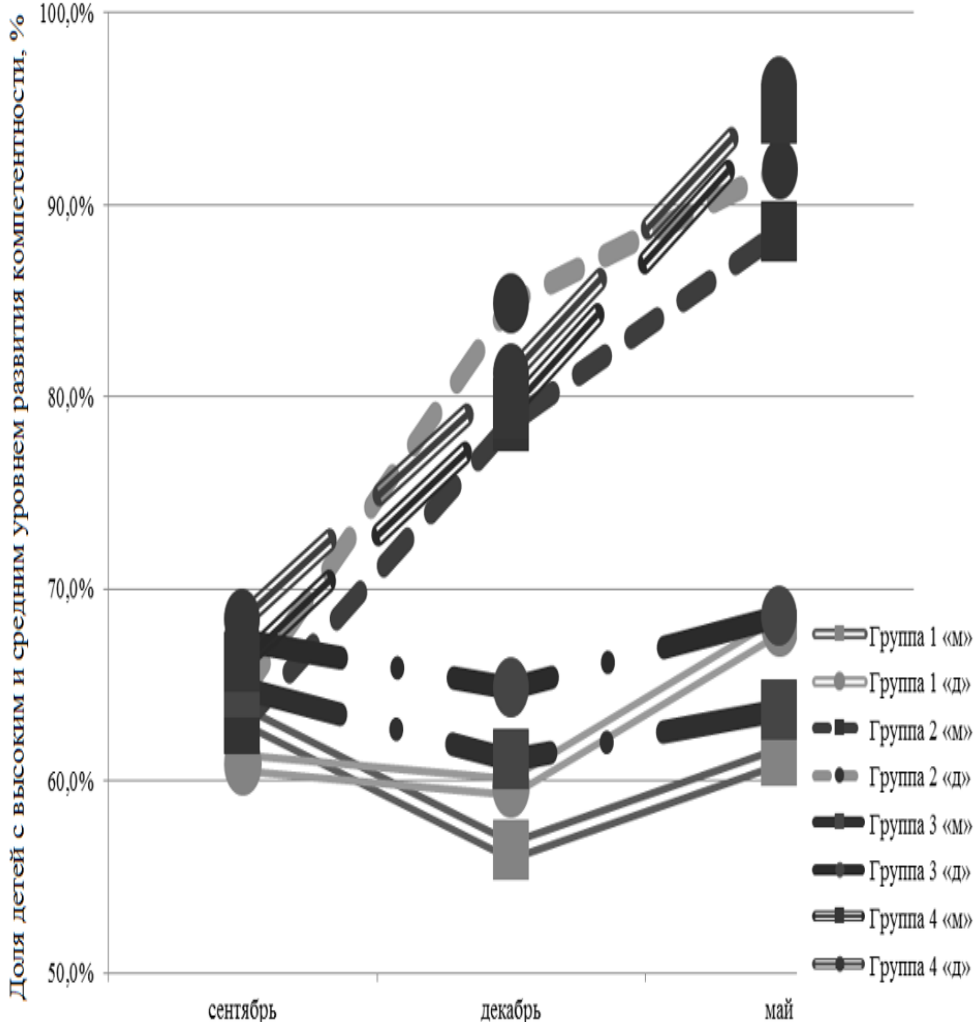


Рисунок 5. Динамика средних показателей навыков альтернативы агрессии дошкольников 5-6 лет в первый год после организации групп детского сада.

Резко отличалось умение дошкольников выразить недовольство, умение принять последствия собственного выбора (отношение к своей ошибке), умение реагировать в ситуации, когда виноват. Все мальчики проявляли агрессивность, чуть снизившуюся к концу учебного года и с всплеском в декабре. Девочки в таких группах были не агрессивны, но показывали замкнутость, а девочки с недостатками зрения - отстраненность.

Нами были проанализированы умение спрашивать разрешения и умение проявлять толерантность. Показатели в группах были различны лишь относительно включения в систему инклюзивного образования.

Умение мирно отстаивать свои интересы, умение спокойно реагировать в ситуации, когда тебя не принимают в общую деятельность группы, умение адекватно реагировать в ситуации, когда дразнят и умение реагировать на незаслуженные обвинения были похожи во всех группах.

V. Навыки преодоления стресса (рис. 6)

При исследовании навыков преодоления стресса были проанализированы умение справиться с накопившимся стрессом с помощью двигательной активности и умение проигрывать. Показатели детей резко отличались в инклюзивных группах и группах без инклюзии. Ситуация практически повторяла уже наблюдаемую нами по другим показателям.

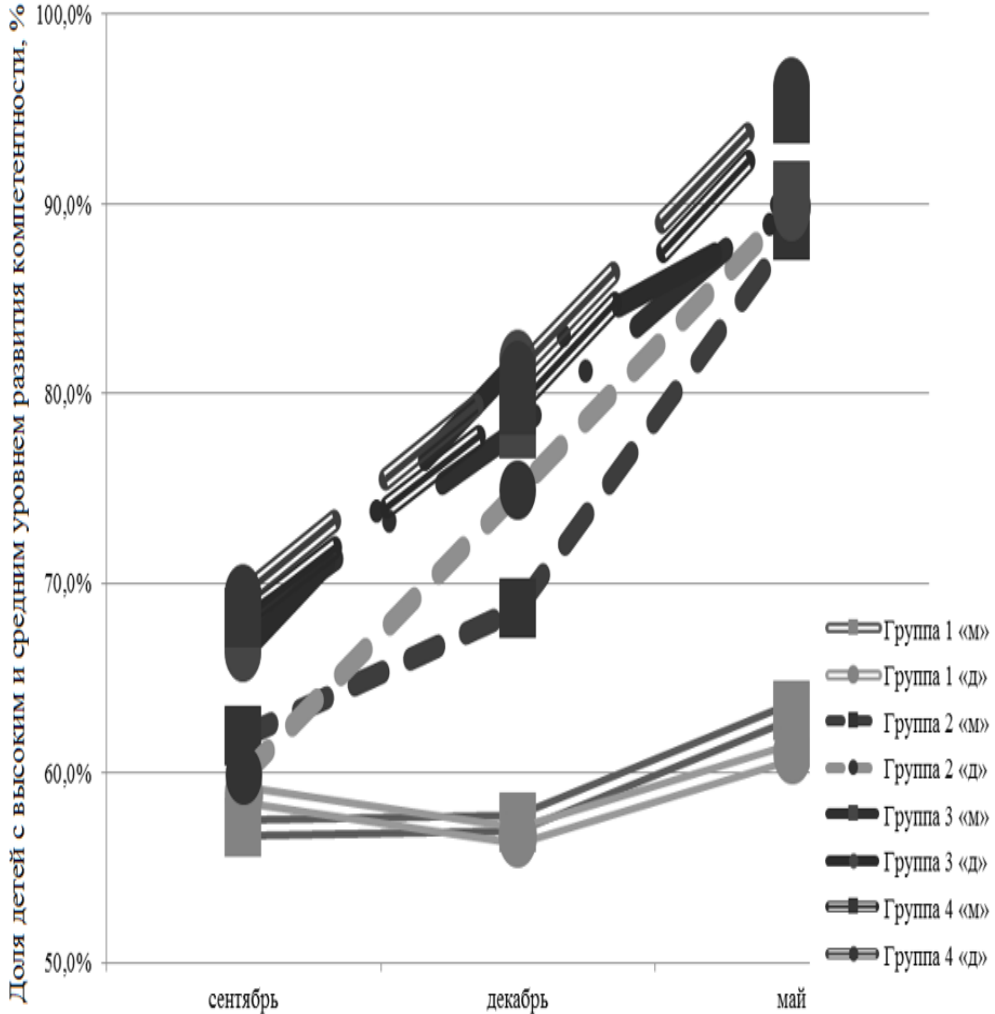


Рисунок 6. Динамика средних показателей навыков преодоления стресса дошкольников 5-6 лет в первый год после организации групп детского сада.

Наблюдаемые нами действия детей в группах отличались незначительно по умению обходиться с чужой собственностью. Здесь разница была выявлена по половому признаку. Девочки, как с недостатками зрения, так и с нормативным зрением, более трепетно относились к собственности, тщательно оберегая ее от каких-либо посягательств, и иногда были не против присвоения чужой собственности, что у мальчиков наблюдалось чрезвычайно редко.

Во всех группах данные были похожи по умениям говорить «нет», адекватно реагировать на отказ и по умению справляться с ситуацией игнорирования.

Динамика по всем показателям в группах без инклюзивного компонента была положительной, привычной и соответствовала ожидаемой.

Заключение. Наше исследование показало, что стандартной системы психологической и социальной помощи недостаточно, чтобы дети в системе инклюзивного образования полноценно овладевали навыками социального поведения.

У всех дошкольников, как с недостатками зрения, так и с нормативным зрением, посещающих инклюзивную группу, возникли социальные трудности. Многие показатели социальной компетентности имели отрицательную динамику.

В середине исследуемого периода по большинству показателей наблюдался значительный спад, не всегда даже выравниваемый к концу учебного года, что, вероятно, связано с затянувшимся периодом адаптации в новой образовательной среде.

Установлено, что без дополнительных усилий педагогов в инклюзивных группах не развивалась толерантность, хотя сам формат образовательной среды теоретически предусматривает развитие этого качества у дошкольников.

Таким образом, при переходе на инклюзивное образование необходимы специально организованные мероприятия, направленные на развитие социального поведения дошкольников, а также семинары для педагогов и родителей. На наш взгляд, такая работа возможна в рамках единой программы формирования социальной компетентности у детей, пребывающих в условиях инклюзивных групп. Полученные результаты проведенного исследования будут учтены нами при разработке данной программы и позволят определить ее основные направления.

ЛИТЕРАТУРА

1. Актуальные вопросы перехода российской высшей школы на Федеральные государственные образовательные стандарты третьего поколения. Учебно-методическое пособие. Составитель: О.А. Коряковцева, [Электронный ресурс]. <http://cito-web.yspu.org/link1/metod/met156/met156.html>.
2. Горбунова Е.В., Свистунова Е.В. Подход к формированию стратегий совладающего поведения у детей дошкольного возраста [Текст] / Е.В. Горбунова, Е.В. Свистунова // В мире научных открытий. - 2013. - № 1,2 (37). - С. 241-258.
3. Зимняя И.А. Ключевые компетентности как результативно-целевая основа компетентностного подхода в образовании. - М.: Исследовательский центр проблем качества подготовки специалистов, 2004. - 42 с.
4. Йохна Н.А., Попелюшко Р.П. Факторы взаимодействия школы и семьи ребенка с особенностями психофизического развития // Инклюзивное образование: проблемы и перспективы. Сборник научных трудов по материалам международной научно-практической конференции «Сетевое взаимодействие университетов с социальными партнерами в области инклюзивного образования: международный и региональный аспект». (Великий Новгород, 19-21 мая 2014 г.) / сост. Е.В. Иванов; НовГУ им. Ярослава Мудрого. - Великий Новгород, 2014. - С.256-264.
5. Кострова Ю.С. Генезис понятий «компетенция» и «компетентность» [Текст] / Ю.С. Кострова // Молодой ученый. — 2011. — № 12, Т.2. — С. 102-104.
6. Психология общения. Энциклопедический словарь (Под общ. ред. А.А. Бодалева). - М.: «Когито-Центр», 2011 г. - 237 с.
7. Равен Джон. Компетентность в современном обществе. Выявление, развитие и реализация. - М.: Когито-Центр, 2002. - 470 с.
8. Список социальных компетенций дошкольника. Источник Центр практической психологии образования Московской области. [Электронный ресурс]. http://www.psychologos.ru/articles/view/spisok_socialnyh_kompetencyi_doshkolnika.

Lutzenko T.V., Svistunova E.V.

**ASPECTS OF SOCIAL COMPETENCE OF PRESCHOOL CHILDREN
WITH EYE IMPERFECTIONS HAVING DIFFERENT EDUCATION**

Moscow City Pedagogical University (Moscow).

Summary. The article deals with the aspects of social behavior changes that is social competence of visually impaired and normally sighted preschool children when starting inclusive education. It describes basic principles of competency building approach, terms “competence” and “total competence”. Diagnostic tools are based on list of social skills suggested and tested within ten years in the Educational Practical Psychology Center of Moscow region.

Keywords: Inclusive education, competence, habilitation to educational institute, peer communicative skills, skills of understanding one’s feelings, alternative aggression skills, skills to overcome stress, children with special needs, social competence, social behavior, blind and visually impaired children.

Е.О. Смирнова, И.В. Хохлачёва

**СПЕЦИФИКА РОДИТЕЛЬСКОГО ОТНОШЕНИЯ У МАТЕРЕЙ
ДОШКОЛЬНИКОВ С ТРУДНОСТЯМИ В ОБЩЕНИИ**

Психологический институт РАО (Москва).

Резюме. В статье представлено исследование, направленное на изучение родительского отношения к детям старшего дошкольного возраста с проблемными формами общения со сверстниками. Главным методом исследования был сравнительный анализ родительского отношения у матерей дошкольников двух групп: с трудностями в общении и без них. Использовался метод анализа родительского отношения, основанный на измерении личностного и предметного начала. Результаты показали, что в группе детей с трудностями в общении в родительском отношении значительно сильнее выражено предметное начало, т.е. что матери относятся к ребенку как к предмету обучения и воспитания, в то время как в группе родителей общительных детей более представлено личностное начало в отношении к ребенку.

Ключевые слова: трудности в общении, родительское отношение, межличностные отношения, предметное и личностное начало, ценностные ориентации родителей, стиль воспитания.

Отношение к другим определяет нравственную ценность субъекта и многие его поступки. Первый опыт таких отношений ребенок получает в дошкольном детстве. Исследования показывают, что к концу дошкольного возраста складывается более или менее определенный тип отношения к сверстнику, который либо обеспечивает нормальное общение и сотрудничество, либо ведет к трудностям в общении и к возникновению частых конфликтов с другими детьми. Такие детские проблемы могут стать в дальнейшем источником серьезных межличностных и внутриличностных проблем взрослого человека. Естественно, возникает вопрос об источниках и факторах формирования того или иного типа отношения к другим детям. Можно полагать, что главным фактором, определяющим характер отношения к сверстникам, является не только опыт пребывания в детском коллективе, но прежде всего отношение к ребенку близких взрослых. Мы предположили, что, характер отношения ребенка к сверстникам зависит, прежде всего, от особенностей родительского воспитания на ранних этапах онтогенеза.

Однако, влияние родительской позиции на становление отношения ребенка к сверстникам и на трудности в общении с ними не были предметом специального изучения. В связи с этим мы предприняли экспериментальное исследование, цель которого заключалась в выявлении связи между родительским отношением и трудностями в общении со сверстниками детей старшего дошкольного возраста.

Методологическим основанием работы стало представление о том, что отношение к другому включает два противоположных начала – предметное и личностное [1, 2, 3, 4, 5]. **Предметное начало** отражает оценку и значимость конкретных качеств (своих или другого): умений, положения в группе и различных преимуществ или недостатков. Такое отношение порождает оценку и сравнение соответствующих качеств другого со своими, а, следовательно, конкуренцию и противопоставление. Предметное начало задает границы собственного Я человека, его обособленность и ожидание определенного отношения к себе со стороны другого. **Личностное начало** соответствует целостному восприятию другого человека (и себя самого) как источника собственной активности, воли и переживаний. Такое отношение безоценочно и порождает внутреннюю связь с другим, а также различные формы сопричастности (сопереживание, содействие, сотрудничество). Эти два начала являются необходимыми и взаимодополняющими сторонами, присутствующими межличностным отношениям и определяющими их сложность и противоречивость.

Особо остро напряженность между предметным и личностным началом выражена в случае родительского отношения к ребенку. С одной стороны, главной характеристикой родительского отношения является **любовь к ребенку**, которая определяет целостное отношение к нему как к уникальной личности: доверие, радость от общения с ним, стремление к его защите и безопасности, безусловное принятие и пр. С другой стороны, именно родитель несет ответственность за формирование ребенка как члена общества, за усвоение им норм и правил поведения, оценивает его действия, осуществляет необходимые санкции, которые обусловлены определенными родительскими установками. Все это предполагает **требовательность и контроль** и превращает ребенка в предмет воспитания, оценки, сравнения с другими. И то, и другое выражено максимально ярко, что порождает внутреннюю напряженность родительской позиции.

Вместе с тем относительная выраженность предметного и личностного начала (т. е. какое из них доминирует и насколько) и их содержательное наполнение (как именно выражаются любовь и требовательность) в каждом конкретном случае имеет свою специфику. Именно этими характеристиками определяются конкретные варианты отношения родителя к ребенку.

Мы предположили, что доминирование предметного начала в родительском отношении приводит к преобладанию предметного отношения ребенка к самому себе, что, в свою очередь, вызывает трудности в общении со сверстниками. Проверка и конкретизация данной гипотезы стали главной **целью** нашей работы.

Главным **методом исследования** являлся сравнительный анализ родительского отношения в двух выборках:

- в группе детей с трудностями в общении со сверстниками;
- в группе общительных дошкольников, не имеющих проблем в отношениях со сверстниками.

Мы исходили из того, что данное сравнение позволит выявить те особенности родительского отношения, которые влияют на характер отношения ребенка к другим людям и провоцируют трудности в общении со сверстниками.

Выявление дошкольников с трудностями в общении со сверстниками

Известно, что проблемы в общении и во взаимоотношениях детей неоднородны. Практические запросы к психологам родителей и педагогов показывают, что наиболее распространенными являются:

- повышенная агрессивность;
- застенчивость, замкнутость ребенка;
- повышенная обидчивость;
- демонстративность, конкурентность детей.

Для выявления детей с трудностями в общении проводилось стандартизированное наблюдение за реальным взаимодействием детей в свободной обстановке и на организованных занятиях. Проводились полторачасовые сеансы наблюдения за подгруппами детей (по 5 человек), в процессе которых отмечалось наличие конфликтных форм поведения и степень их выраженности. В наблюдении участвовали 114 дошкольников в возрасте от 5 до 7 лет.

В результате наблюдений за всеми детьми, была выделена группа дошкольников с трудностями в общении (48 чел), которую составили следующие четыре подгруппы:

1) агрессивные дети (60%) с повышенной частотой агрессивных актов (в среднем наблюдалось не менее 4-х в течение часа) и с преобладанием физической агрессии;

2) демонстративные дети (20%), постоянно стремящиеся привлечь внимание взрослого к себе и обесценить сверстников;

3) застенчивые и замкнутые дети (10%), со сниженной инициативой в общении, избегающие контактов с взрослым и сверстниками, а также предпочитающие заниматься в одиночестве;

4) обидчивые дети (10%), которые часто и по любому поводу обижаются на сверстников и долго демонстрируют свою обиженность.

У подавляющего большинства этих детей (за исключением застенчивых) преобладал негативный эмоциональный фон в общении со сверстниками – постоянное недовольство, грубые окрики, игнорирование партнеров и пр. Именно эти дети провоцировали конфликты в своей группе, обижали других или обижались сами, что свидетельствовало о трудностях в общении со сверстниками. Трудности застенчивых детей также были достаточно очевидны (отсутствие инициативности, страх публичных выступлений, замкнутость и пр.)

Для уточнения полученной картины использовалась также экспертная оценка воспитателей, работающих непосредственно с обследуемыми детьми.

Выделенная таким образом группа детей стала для нас экспериментальной (ЭГ). Остальные дети, участвующие в наблюдении, оказались более благополучными в общении, бесконфликтными, способными к совместной игре и к разным формам сотрудничества. Они составили контрольную группу (КГ).

Мы предположили, что психологической основой трудностей в общении детей со сверстниками является особое отношение детей к сверстнику, которое, несмотря на различные поведенческие характеристики, имеет общие черты.

Мы исходили из того, что отношение к другим людям отражает и выражает отношение человека к самому себе – его само-чувствование и самосознание [2, 3]. Поэтому мы попытались исследовать особенности отношения ребенка к себе и к другому в их единстве. В связи с этим следующей задачей работы являлось исследование особенностей самосознания и отношения к сверстникам детей экспериментальной группы и контрольной группы.

Особенности самосознания и отношения к сверстникам детей с трудностями в общении со сверстниками (в сравнении с детьми без трудностей в общении)

В исследовании использовались методики, которые позволяют выявить разные аспекты отношения к себе и к другому: самооценку, особенности восприятия сверстника, способность решать конфликты.

1) *«Лесенка»* представляет собой вариант известной методики Т.В. Дембо и С.Я. Рубинштейна в модификации В.Г. Щур. Испытуемому предлагалось, оценивая себя, помещать фигурку ребенка на ступеньки лесенки сначала в соответствии с его собственными представлениями, а затем с позиций окружающих (мамы, папы, сверстников и др.). В нашей работе была добавлена позиция незнакомого взрослого. Мы предположили, что именно позиция незнакомца будет отражать обобщенное представление ребенка об отношении к нему других людей. Большой разрыв (более 3-х ступенек) между самооценкой ребенка и его оценкой с позиции другого свидетельствует о переживании своей недостаточной ценности для других.

2) *«Рассказ о друге»*. В ходе беседы экспериментатор просил испытуемого охарактеризовать своего друга. При анализе ответов детей выделялись два типа высказываний:

- а) качественные описательные характеристики, отражающие внешние особенности, черты характера, предпочтения или события из жизни другого ребенка;
- б) оценочные характеристики с точки зрения того, что другой ребенок сделал (или не сделал) для меня.

Преобладание (или доминирование) оценочных характеристик является показателем того, что ребенок слабо ориентирован на других, фиксирован на себе и воспринимает других детей через призму собственных желаний и ожиданий.

Данные методики были проведены со всеми детьми, участвовавшими в эксперименте. При обработке данных мы подсчитывали результаты детей ЭГ и КГ отдельно, что позволило сопоставить особенности самосознания и отношения к сверстникам у дошкольников с трудностями в общении со сверстниками и без них. Внутри ЭГ мы отдельно рассматривали результаты детей с разным типом трудностей в общении, с тем чтобы выявить общие и специфические особенности отношения к сверстнику и к самому себе.

Результаты обследования.

Результаты методики *«Лесенка»* показали, что средний уровень самооценки дошкольников с трудностями в общении мало отличается от показателей самооценки общительных дошкольников. Вместе с тем наши данные показали, что большинство детей КГ (59%) не имеет значительного разрыва между оценкой себя самим и другими людьми в отличие от детей ЭГ. У 73% детей ЭГ был выявлен существенный разрыв (более 3-х ступенек) между собственной оценкой себя и оценкой другого, причем во всех случаях оценка другого, с точки зрения детей, оказалась ниже. Характерно, что у детей с трудностями в общении наиболее часто встречается разрыв с точки зрения незнакомца (62%), далее в этой группе следуют друзья (37%), а затем воспитатель (35%) и папа (31%). У общительных детей расхождения между своей оценкой себя и оценкой сверстников минимальны. Эти данные показывают, что именно разрыв между самооценкой ребенка и его оценкой сверстниками является отличительной особенностью характеризующей проблемных дошкольников.

Интересны различия по данному показателю между детьми с разным типом трудностей. У застенчивых и обидчивых детей в 80% случаев наблюдается разрыв с позицией незнакомца, в подгруппе обидчивых детей - разрывы с позиции

сверстников (80%) и папы (60%). Данные результаты убедительно свидетельствуют о том, что все дети с трудностями в общении осознают и переживают свою недооцененность со стороны других, им кажется, что другие люди не ценят их достоинств.

Данные, полученные при проведении методики «*Рассказ о друге*» показали существенные различия в рассказах детей ЭГ и КГ о своих друзьях.

Дети КГ наиболее часто использовали в рассказе описательные характеристики, например, «У нее длинные волосы, она любит конфеты, много смеется и т. п.» (94%), в то время как для детей ЭГ характерно использование при описании друзей в основном оценочных характеристик, связанных с автором высказывания («Он жадный, свои машинки *мне* не дает» или «Она *со мной* делится и дружит, *я с ней* дружу»). Только застенчивые дошкольники при описании товарищей используют в основном описательные характеристики (60%), в остальных подгруппах доминировали оценочные характеристики, в которых дети хвалили или ругали сверстников за то, что они что-то сделали (или не сделали) для них. Особенно много таких высказываний было в подгруппах демонстративных и обидчивых детей (по 80%). Таким образом, можно видеть, что характер восприятия своих товарищей детьми в КГ и ЭГ существенно различается.

Подводя итоги обследования детей с трудностями в общении можно отметить что, несмотря на очевидные различия в поведении агрессивных, обидчивых, застенчивых и демонстративных детей, в основе их трудностей в общении лежат сходные психологические основания. В общих чертах, суть этих психологических проблем можно определить как *фиксацию ребенка на оценке себя*. Причем проблемы этих детей заключаются не в уровне их самооценки и не в степени ее адекватности. Главной причиной конфликтов ребенка с собой и с другими является *доминанта на собственной ценности* и связанная с ней сосредоточенность на том, «*что я значу для других*». Его «Я» находится в центре его мира и сознания; он постоянно рассматривает и оценивает себя глазами других, воспринимает себя через отношение окружающих, которое всегда ниже его собственной оценки. Эта оценка становится главным содержанием его жизнедеятельности и скрывает другие аспекты окружающего мира и других людей. Он не видит, не воспринимает всего того, что не относится к его Я. При этом сверстник воспринимается как конкурент, которого необходимо превзойти любым способом, что особенно ярко проявляется в разрешении конфликтов с позиции «обиженного». Естественно предположить, что главным источником такого отношения к себе и к другим является отношение к ребенку его родителей, поскольку именно в семье и в отношениях с родителями формируется самосознание человека.

Сравнительный анализ отношения к ребенку у родителей детей экспериментальной и контрольной групп

Для выяснения родительской позиции по отношению к ребенку использовался опросник Е.О. Смирновой–М.В. Соколовой [6]. Данный метод неоднократно использовался на практике и показал свою валидность. Метод представляет собой открытую анкету, созданную по типу проективной методики «незаконченные предложения». Анкета включает два вида вопросов. Вопросы первого вида направлены на определение относительной выраженности личностного и предметного начала родительского отношения. Например: «Свою родительскую задачу Вы видите в том, чтобы...», или «Вам хотелось бы, чтобы Ваш ребенок стал более ...». Родителям предоставлялась возможность вписать любой ответ, продолжая эти предложения. В зависимости от содержания, каждый ответ квалифицировался как выражение либо предметного, либо личностного отношения к ребенку.

Например:

Вопросы	Личностное отношение	Предметное отношение
<i>Каким бы Вы хотели видеть своего ребенка прежде всего?</i>	Чтобы он был самим собой; счастливым; состоявшейся личностью; таким, какой он есть	Умным; правдивым; коммуни-кабельным; здоровым; послуш-ным; настойчивым
<i>В Вашем ребен-ке Вы больше всего цените...</i>	то, что мы встретились; ха-рактер; индивидуальность; душевность	ум; упорство; честность; порядочность; организо-ванность; воспитанность
<i>Больше всего Вас огорчает, когда Ваш ре-бенок...</i>	плачет; замкнут; расстроен; переживает; «далеко» от меня; мой ребенок в основ-ном радует меня	Капризничает; не аккуратен; не слушается; не думает; пассивен; обманывает; обижает; дерется; доставляет неприятности

Показателями предметного отношения служат ответы, в которых родители отмечают конкретные желательные или нежелательные качества ребенка. Личностное отношение отражается в ответах, характеризующих целостное, отношение к ребенку, ориентацию на его психологический комфорт, признание его индивидуальности.

При обработке анкеты подсчитывалась количественная представленность различных вариантов ценностей в каждой группе родителей. Процентное распределение ответов по этим двум категориям дает количественную характеристику выраженности предметного или личностного начала в отношении к ребенку конкретного родителя.

Предметное отношение анализируется как в целом (по сумме ответов, отражающих данный тип отношения), так и по выраженности отдельных качеств, составляющих требования или ценности родителя. Авторами опросника, были выделены следующие ценности и установки современных родителей:

- моральные качества (честный, добрый, порядочный человек и т. д.);
- интеллект (образованный, любознательный, эрудированный и пр.);
- волевые качества (настойчивый, целеустремленный, упорный);
- произвольность (дисциплинированный, послушный, соблюдающий общепринятые нормы);
- коммуникативные навыки (общительный, дружелюбный и т. д.);
- физическое здоровье.

При обработке данных подсчитывается частота использования в ответах родителей каждого из шести видов качеств.

Вопросы, второго вида направлены на выявление стиля воспитания ребенка. Под стилем понимается определенное сочетание вариантов поведения родителя с ребенком в конфликтных ситуациях (например, «Как Вы поступите, если ребенок неприлично ведет себя на людях?»). Родителям предлагается описать выход из знакомой проблемной ситуации. Всего предлагается 12 проблемных ситуаций.

При ответе на вопросы анкеты родитель осуществляет выбор своей стратегии поведения, отражающей стиль его воспитания. Авторами опросника были выделены семь вариантов родительского поведения (стиля): 1 строгий; 2 объяснительный; 3 автономный; 4 компромиссный; 5 содействующий; 6 потакающий; 7 ситуативный.

Приведем примеры двух проблемных ситуаций и соответствующие ей варианты ответов:

Стили родительского поведения	<i>Что Вы будете делать, если ребенок отказывается выполнить Вашу просьбу?</i>	<i>Что Вы предпримите, если узнаете, что Ваш ребенок взял чужую вещь (игрушку) без спроса?</i>
Строгий	Заставлю, накажу, настою	Накажу, отругаю
Объяснительный	Объясню причины, почему это надо сделать	Объясню, что так нельзя, плохо
Автономный	Ничего, подожду, пока сам сделает	Сам отдаст и извинится. Сам разберется
Компромиссный	В другой раз тоже откажу ему; лишу чего-либо	Отдам (предложу взять) его вещь
Содействующий	Буду искать причину, сделаем вместе	Поговорим, пойдем вместе отдадим и извинимся
Ситуативный	Смотря в какой ситуации	Оценю ситуацию, по-разному.
Потакающий	Сделаю сам (а), он еще мал	Отдам сам(а), извинюсь

Обработка материалов опросника позволяет получить три ряда данных:

1. Соотношение личностного и предметного начала,
2. Педагогические ценности и ориентации родителей,
3. Преобладающий стиль воспитания.

В нашем исследовании участвовали только матери детей. Такое ограничение выборки родителей связано как с содержательными соображениями, так и с техническими трудностями работы с отцами. Известно, что мать, как правило, оказывается ближе к ребенку и его проблемам, особенно в раннем и в дошкольном возрасте, и, естественно, материнское отношение к ребенку и стиль ее воспитания оказывает на ребенка значительно большее влияние, чем отцовское. Остановимся на характеристике материнского отношения к ребенку в двух группах детей – с трудностями в общении (РЭГ) и общительных детей (РКГ).

Соотношение личностного и предметного начала в отношении родителя к ребенку

Результаты опроса показали, что в целом по всей выборке у современных родителей старших дошкольников предметное начало в родительском отношении к ребенку превышает личностное начало в 3 раза.

Сравнительный анализ результатов анкетирования по группам показал достоверно значимые различия в соотношении личностного и предметного начала в группах родителей детей ЭГ и КГ. Если у родителей общительных детей соотношение предметного и личностного начала составляет 1/2, то у родителей детей с трудностями в общении 1/4. Таким образом, личностное начало у родителей детей с трудностями в общении представлено в два раза меньше. Такое распределение показателей родительского отношения отражает различную выраженность его структурных компонентов в обеих группах.

Полученные результаты говорят о том, что у всех родителей современных дошкольников преобладает оценочная позиция, они прежде всего ориентированы на какие-либо конкретные качества и достижения ребенка, которые они хотят видеть в нем. Вместе с тем выраженность этой ориентации различна. У родителей детей ЭГ ориентация на достижения и формирование ценных качеств является доминирующей, а проявления личностного отношения встречаются значительно реже, чем у родителей общительных детей. Характерно, что наименее выражено личностное начало в отношении родителей к застенчивым детям. В этой подгруп-

пе его выраженность в 6 раз меньше, чем предметного.

Ценностные ориентации и ожидания родителей дошкольников

Ценности и установки родителей также существенно различаются у матерей двух групп детей. Если для родителей КГ наибольшую значимость имеет моральное развитие ребенка (43%), то для родителей ЭГ этой значимостью обладает ценность развития произвольности, т. е. послушание, дисциплинированность, организованность ребенка (38%), хотя моральные качества также занимают достаточно высокое место. Здесь следует обратить внимание на лексику ответов родителей, которые мы относили к группе моральных качеств. Среди этих ответов выделялись два типа, которые мы условно обозначили как формальные и неформальные ответы. К формальным мы относили ответы, в которых содержались абстрактные идеологемы и лозунги, типа: «Задача родителей – воспитать гражданина», «Воспитать достойного члена общества», «Патриота своей страны» и пр. Очевидно, что, отвечая таким образом, мамы старших дошкольников ориентировались скорее на газетные штампы, чем на собственного ребенка. Неформальные ответы содержали конкретные качества, которые родители хотели (или не хотели) видеть в своем ребенке: «Чтобы был добрым и умел делиться с другими», «Не обманывал себя и других», «Чуткость и отзывчивость» и пр.). Сопоставляя характер «моральных ответов» родителей двух групп детей, мы выяснили, что у родителей ЭГ преобладают формальные высказывания (75%), а в группе РКГ чаще встречаются неформальные.

Значительные различия наблюдаются также в отношении к волевым качествам ребенка. Для родителей ЭГ ценность развития волевых качеств (настойчивости, активности, целеустремленности) значительно менее значима, чем для родителей детей КГ (соответственно 8% и 14%). Остальные показатели в обеих группах не имеют значимых различий.

В то же время в родительских установках разных подгрупп ЭГ получены интересные различия. Напомним, что среди детей с трудностями в общении было выделено четыре подгруппы (агрессивные, застенчивые, демонстративные и обидчивые). Специальный сравнительный анализ данных показал следующие различия.

Оказалось, что ценность умственного развития наиболее ярко представлена у родителей застенчивых детей, а ценность морального развития (которое выражено преимущественно формальными высказываниями) – в группе агрессивных и обидчивых дошкольников. Ценность здоровья и общения выражены достаточно слабо. Показательно, что наименее значимыми для родителей всех групп являются общительность ребенка и его отношения со сверстниками. Это может свидетельствовать о том, что сфера жизни ребенка, связанная с его коммуникативным развитием, не принимается родителями в серьез и не связывается с моральными качествами.

Особенности стиля родительского воспитания

Анализ стилей родительского воспитания в ЭГ и КГ показал, что наиболее часто родители обеих групп используют содействующий, строгий и объяснительный стили воспитания. Однако для каждой группы характерны свои особенности. Так, в КГ преобладает содействующий стиль (48%), вторым по частоте использования является объяснительный (23%), а строгий стиль занимает третью позицию (18%). Распределение тех же стилей воспитания в ЭГ принципиально отличается: доминирующим является строгий стиль (41%), следующим по предпочтению является содействующий стиль (33%), а объяснительный стиль выбирается родителями дошкольников с трудностями в общении реже, чем два ранее указанных сти-

ля (17%). Остальные стили используются всеми родителями достаточно редко, с практически одинаковой выраженностью.

Каждая подгруппа ЭГ также характеризуется индивидуальными особенностями. Для родителей агрессивных детей доминирующими являются содействующий и строгий стили воспитания, которые представлены практически одинаково (35% и 36% соответственно), в подгруппе родителей демонстративных детей явно преобладает строгий стиль (47%), вторым по выраженности является объяснительный (20%): для родителей подгруппы застенчивых детей характерно преимущественное использование содействующего стиля поведения (61%), а в подгруппе родителей обидчивых детей наиболее высокие значения имеет строгий стиль поведения (50%).

Такова общая картина отношения родителей разных групп к детям старшего дошкольного возраста.

Обсуждение результатов

Итак, проведенное исследование позволило установить значимые различия в отношении к ребенку у родителей детей с трудностями в общении и без них.

Главное отличие заключается в том, что в группе детей с трудностями в общении в родительском отношении значительно сильнее выражено предметное начало, а это значит, что матери относятся к ребенку как к предмету обучения и воспитания. Они фокусируют внимание ребенка на его достижениях, постоянно оценивают результаты его деятельности, сравнивают его с другими, стремятся подчеркнуть его достоинства или недостатки другого. Поощрение, порицание и приведение положительных примеров являются главными методом воспитания. Мать имеет четкий конкретный образ идеального ребенка, который становится критерием оценки реального сына или дочери, и постоянно сравнивает своего ребенка с ним. Этот образ включает, с одной стороны, положительные моральные характеристики (справедливый, хороший, добрый), а с другой – подчинение нормам и правилам (послушание, уважение к старшим). У большинства родителей детей с трудностями в общении, в отличие от родителей группы общительных детей на первом месте стоит послушание как главное желательное качество ребенка. Характерно, что главным стилем воспитания данных качеств в группе родителей детей с трудностями в общении является строгий (наказания, запреты, принуждения).

При такой родительской позиции дошкольник ориентируется главным образом на оценку матери. Другие люди, в том числе сверстники, при этом не воспринимаются или же воспринимаются как обстоятельства его жизни, которые могут способствовать или препятствовать его благополучию, выражать или не выражать должное отношение к нему. В результате ребенок воспринимает и переживает только самого себя, вернее свои оценки, качества, достоинства. Оценка себя как бы замыкает ребенка в самом себе и мешает видеть и слышать другого. Результаты обследования детей с трудностями в общении убедительно показывают это. Их отличает переживание своей недооцененности, неспособность воспринимать и понимать другого.

Особый интерес представляет подгруппа родителей застенчивых детей, у которых преобладает содействующий стиль воспитания, а строгий фактически отсутствует. Казалось бы, такую стратегию воспитания можно считать оптимальной. Однако напомним, что у этих матерей преобладание предметного начала в отношении к ребенку выражено в наибольшей степени, при этом наиболее представлена ориентация на интеллектуальные качества. Можно полагать, что выраженная ориентация мамы на ожидаемые достижения ребенка при полном невнимании к его личности, даже при помогающей стратегии воспитания, подавляет инициативу

и волю ребенка, стимулирует тревожность и замкнутость, уход в себя и страх самовыражения. Как и в других подгруппах ЭГ, у застенчивых детей трудности в общении со сверстниками связаны с концентрацией на себе и на оценке своих достоинств или недостатков.

В отличие от этого для общительных детей самоутверждение и оценка себя глазами других не являются главными побудителями их поведения. Это позволяет им видеть и слышать других вне зависимости от своих ожиданий и оценок, сверстник является для них не средством самоутверждения, а самоценной личностью, партнером по совместной деятельности и общению. Они не сравнивают себя с другими, не пытаются превзойти их и доказать свое превосходство. Все это выгодно отличает их и говорит о важности личностного начала в родительском отношении.

Результаты данной работы могут свидетельствовать о том, что общение и отношение ребенка к сверстнику определяется прежде всего отношением к нему близких взрослых и условиями семейного воспитания ребенка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лисина М. И. Проблемы онтогенеза общения. - М.: Педагогика, 1986. – 144 с.
2. Межличностные отношения ребенка от рождения до семи лет / Под ред. Е.О. Смирновой – М.: Московский психолого-социальный институт; Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 2001.– 240 с.
3. Смирнова Е.О. Становление межличностных отношений в раннем онтогенезе // Вопросы психологии. – 1994, № 6. – С. 5-16.
4. Смирнова Е.О., Соколова М. В. Структура и динамика родительского отношения в онтогенезе ребенка // Вопросы психологии. – 2007, № 2. – С. 57-68.
5. Смирнова Е. О., Холмогорова В.М. Межличностные отношения дошкольников: диагностика, проблемы, коррекция. – М.: ВЛАДОС, 2003 - 160 с.

E.O. Smirnova, I.V. Khokhlachiova

SPECIFICS OF PARENTAL ATTITUDES IN MOTHERS OF PRESCHOOL CHILDREN WITH COMMUNICATION DIFFICULTIES

Psychological Institute, Russian Academy of Education (Moscow).

Summary. The article presents a study aimed at the research of parental attitudes toward children preschool age with problematic forms of communication with their peers. The main method of study was a comparative analysis of parental attitudes of mothers of preschool children of two groups: with the difficulties in communicating, and without them. We used a method of analysis of the parental relationship based on the measurement of the personal and substantive start. The results showed that in the group of children with difficulties in communication in the parent relation is much more pronounced substantive beginning, i. e. that mothers belong to the child as a subject of study and education, while in the group of parents sociable children more represented personal beginning in with respect to the child.

Keywords: communication difficulties, parental relationship, inter-personal relations, substantive and personal principle, value orientation parents, parenting style.

**ОБ ОТНОШЕНИИ МОСКОВСКОГО СТУДЕНЧЕСТВА
К ЛИЦАМ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ
Московский городской психолого-педагогический университет (Москва).**

Резюме. В статье приведены результаты исследования отношения молодежи к лицам с ОВЗ. В исследовании приняли участие 107 человек – студенты различных ВУЗов и специальностей. В ходе исследования был выявлен средний уровень эмпатии и средний уровень толерантности во всех группах студентов. Исследование включало в себя изучение представлений о лицах с ОВЗ у современной молодежи. В результате исследования была прослежена взаимосвязь между уровнями эмпатии и толерантности, осведомленностью о лицах с ОВЗ и отношением к ним.

Ключевые слова: лица с ОВЗ, эмпатия, толерантность, отношение к лицам с ОВЗ, социальная толерантность.

Введение. По данным Всемирной Организации Здравоохранения, наблюдается общемировая тенденция к росту числа людей с ограниченными возможностями здоровья (далее лица с ОВЗ). Перед обществом встает актуальная задача по обеспечению безбарьерной среды для инвалидов. Реализация данной задачи связана с трудностями самостоятельного полноценного вхождения в общественную среду лиц с ОВЗ [5]. Исторически складывалось так, что на протяжении достаточно долгого периода проблема существования инвалидов в обществе решалась исключительно в негативном ключе. Можно вспомнить примеры Античной Греции и Раннего Средневековья, когда «неполноценные» люди изгонялись из общества. Изменения в базовом отношении к лицам с ОВЗ (пусть не в массовом сознании) на уровне философского и научного подходов стали происходить относительно недавно. Главным изменением можно считать тенденцию к развитию системы оказания помощи, поддержки, толерантного отношения и полноценного включения лиц с ОВЗ в общественную деятельность [6].

В развитии данной системы можно выделить два основных вида задач: первые, направленные на работу непосредственно с лицами с ОВЗ (например, разработка и внедрение способов, позволяющих осваивать социальный опыт и существующую систему общественных отношений); вторые, направленные на работу с общественным окружением (формирование толерантного отношения, изменение ценностных ориентаций в обществе, обозначение четкой политической позиции, позволяющей развивать адекватное отношение и закрепляющей права инвалидов) [1, 2, 4]. Сложность реализации данной программы (системы поддержки) объясняется несколькими факторами: недостаточная информированность общества и связанное с этим искаженное представление об инвалидах, недостаточное количество человеческих ресурсов для обеспечения необходимой поддержки.

Данная проблематика представляется актуальной в рамках исследования особенностей комплексного сопровождения лиц с ОВЗ и их адаптации в социальной среде, а также изучения возможности выявления вспомогательного адаптационного ресурса среди студентов ВУЗов. Для выявления этих ресурсов необходимо исследовать такие психологические особенности студентов, которые могут оказать существенное влияние на мотивацию студентов к включению в процесс поддержки инвалидов [8, 11, 12].

Можно заметить, что в последние годы проблема отношений в обществе (в частности, толерантности) часто изучается в негативном аспекте (девиация, агрессия, жестокость) [3, 7, 9, 10]. В данной работе рассмотрено отношение к инвали-

дам современной молодежи как значимого формирующегося звена общества. Это важно с точки зрения понимания и регулирования тенденций современного общества с целью формирования наиболее адекватного отношения к лицам с ОВЗ, а также создания программ, направленных на повышение толерантного отношения к лицам с ОВЗ.

Цель: исследовать отношение современной молодежи к лицам с ОВЗ.

Гипотезы исследования:

1. Отношение современной молодежи к лицам с ОВЗ может меняться в зависимости от степени информированности о них.

2. Студенты, получающие образование, связанное с возможной работой с лицами с ОВЗ, настроены по отношению к ним более лояльно.

Методическая база: Методика диагностики уровня эмпатических способностей Бойко В.В.; Экспресс-опросник «Индекс толерантности» (Г.У. Солдатова, О.А. Кравцова, О.Е. Хухлаев, Л.А. Шайгерова); Методика «Личностный дифференциал» (адаптированная сотрудниками Психоневрологического института им. Бехтерева).

Эмпирическая база исследования: исследование проводилось на базе следующих учреждений: ГБОУ ВПО МГППУ, ФГБОУ ВПО МПГУ, МГГУ им. М.А. Шолохова, ВШЭ.

В исследовании приняли участие 107 человек - студенты московских ВУЗов; среди них – 25 студентов факультета «Клиническая и специальная психология» (КСП), 23 студента факультета «Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья (адаптивная физическая культура)» (АФК), 21 студент филологического факультета, 20 студентов экономического факультета, 18 студентов факультета «Информационные технологии» (ИТ) из трех Московских университетов.

В соответствии с поставленными целями и задачами на первом этапе эмпирического исследования была проведена «Методика диагностики уровня эмпатических» с целью выявления уровня эмпатии у респондентов.

На втором этапе был исследован уровень социальной толерантности при помощи экспресс-опросника «Индекс толерантности».

На третьем этапе исследовалось представление о лицах с ОВЗ у современной молодежи. Для этого была использована методика «Личностный дифференциал», а также с каждым из респондентов проводилось небольшое интервью, которое включало вопросы, помогающие более полно раскрыть представление о лицах с ОВЗ у респондентов.

Четвертый этап исследования представлял собой анализ студенческих отчетов по практике факультета КСП. Данный анализ был выполнен с целью подтверждения результатов методик по эмпатии и толерантности у студентов факультета КСП во избежание социально желаемых ответов.

Заключительный этап исследования включал в себя обработку данных, подведение итогов исследования и формулирование выводов.

Результаты и их обсуждение. Изучение уровня эмпатии по всем группам студентов показало, что самое высокое значение отмечалось у студентов факультета КСП, несколько ниже – у студентов факультета АФК. Студенты факультета филологии имеют среднее значение. Самые низкие показатели наблюдаются у студентов факультетов экономики и ИТ. Средние значения уровня эмпатии по всем группам студентов представлены на рис. 1.

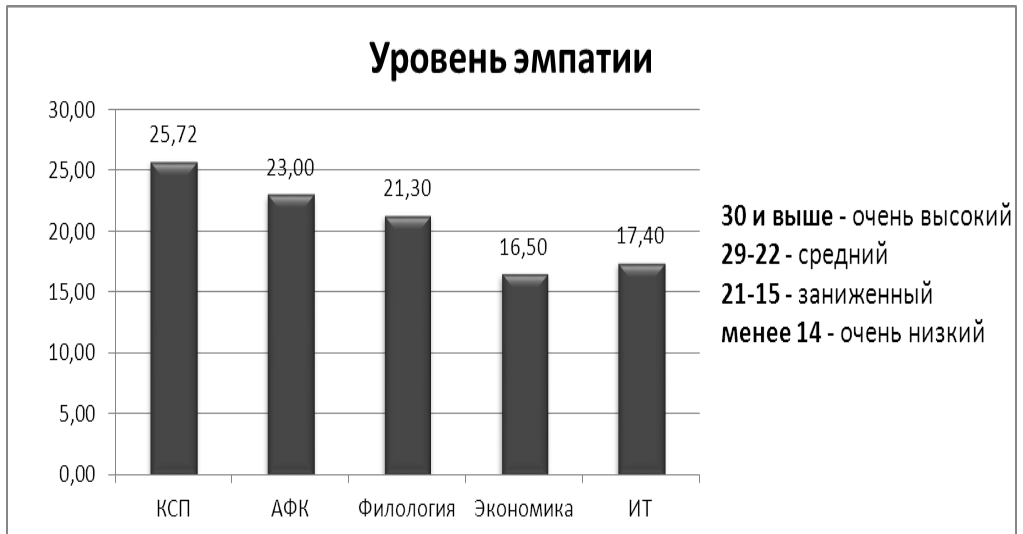


Рисунок 1. Характеристика выраженности эмпатии у обследованных студентов.

Дисперсионный анализ показывает значимые различия (табл. 1) между средними значениями уровня эмпатии по всем группам студентов.

Таблица 1.

Выраженность уровня эмпатии у разных групп студентов (различия являются статистически значимыми, если $p < 0,05$)

	КСП	АФК	Филология	Экономика	ИТ
КСП	-	$P=0,000124$	$P=0,000001$	$P=0,001$	$P=0,001$
АФК	$P=0,000124$	-	$P=0,021135$	$P=0,000001$	$P=0,000001$
Филология	$P=0,000001$	$P=0,021135$	-	$P=0,000001$	$P=0,000001$
Экономика	$P=0,001$	$P=0,000001$	$P=0,000001$	-	$P=0,220491$
ИТ	$P=0,001$	$P=0,000001$	$P=0,000001$	$P=0,220491$	-

Следующий этап был направлен на исследование уровня толерантности. Для этого был использован экспресс-опросник «Индекс толерантности». Данный опросник направлен на выявление общего уровня толерантности, который, в свою очередь, включает 3 вида толерантности: этническую толерантность, социальную толерантность и толерантность как черту личности.

Поскольку нашей конечной целью является исследование отношения современной молодежи к лицам с ОВЗ, мы использовали результаты, полученные по шкале социальной толерантности. Данный выбор был основан на том, что инвалиды представляют социальную группу.

Из рис. 2 видно, что самый высокий уровень социальной толерантности мы можем наблюдать у студентов факультета КСП, немного ниже уровень социальной толерантности у студентов факультета АФК. Среднее значение по данному показателю у студентов факультета филологии. Студенты факультета экономики и ИТ имеют одинаковые и наименьшие значения по шкале социальной толерантности. При этом данный показатель по всем группам студентов находится в пределах среднего значения.

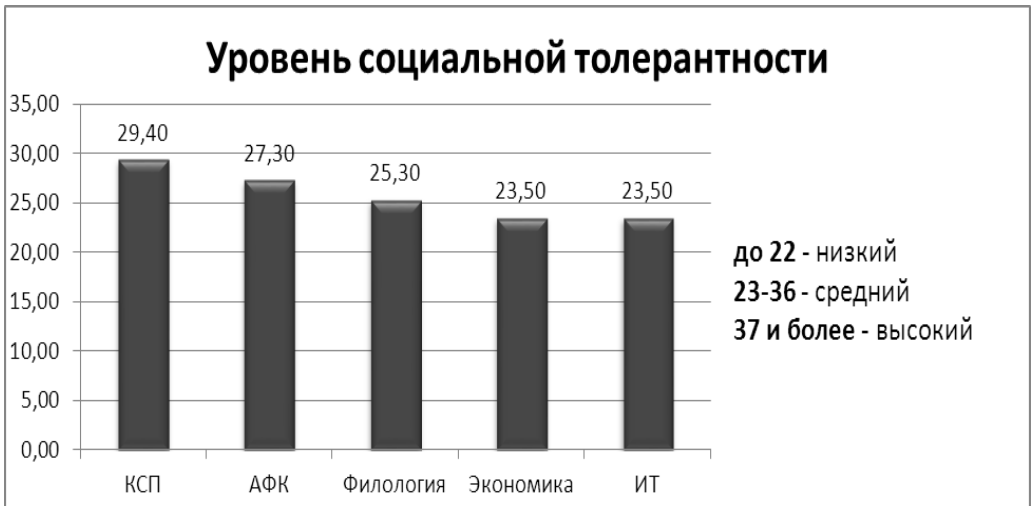


Рисунок 2. Характеристика выраженности социальной толерантности у обследованных студентов.

Дисперсионный анализ показывает значимые различия (табл. 2) между средними значениями уровня социальной толерантности по всем группам студентов.

Таблица 2.

Выраженность уровня социальной толерантности у разных групп студентов (различия являются статистически значимыми, если $P < 0,05$)

	КСП	АФК	Филология	Экономика	ИТ
КСП	-	$P=0,049088$	$P=0,000205$	$P=0,000001$	$P=0,000001$
АФК	$P=0,049088$	-	$P=0,064142$	$P=0,000628$	$P=0,001032$
Филология	$P=0,000205$	$P=0,064142$	-	$P=0,102983$	$P=0,123781$
Экономика	$P=0,000001$	$P=0,000628$	$P=0,102983$	-	$P=0,961852$
ИТ	$P=0,000001$	$P=0,001032$	$P=0,123781$	$P=0,961852$	-

Исследование представлений у респондентов о лицах с ОВЗ было выявлено посредством методики «Личностный дифференциал».

Результаты, полученные по данной методике можно увидеть на рис. 3.

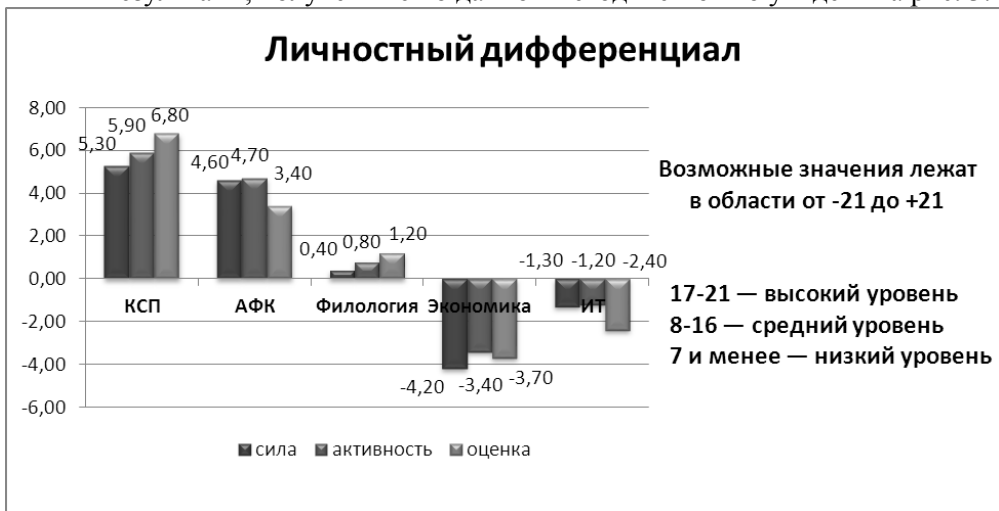


Рисунок 3. Характеристика выраженности значений по шкалам: «Сила», «Активность», «Оценка» у обследованных студентов.

Дисперсионный анализ показывает значимые различия (табл. 3-5) между средними значениями по шкалам «Оценка», «Сила», «Активность» по группам студентов.

Таблица 3.

Выраженность различий по шкале «Оценка» у разных групп студентов (различия являются статистически значимыми, если $P < 0,05$)

	КСП	АФК	Филология	Экономика	ИТ
КСП	-	$P=0,000001$	$P=0,001$	$P=0,001$	$P=0,001$
АФК	$P=0,000001$	-	$P=0,000097$	$P=0,001$	$P=0,001$
Филология	$P=0,001$	$P=0,000097$	-	$P=0,000001$	$P=0,000001$
Экономика	$P=0,001$	$P=0,001$	$P=0,000001$	-	$P=0,033870$
ИТ	$P=0,001$	$P=0,001$	$P=0,000001$	$P=0,033870$	-

Таблица 4.

Выраженность различий по шкале «Сила» у разных групп студентов (различия являются статистически значимыми, если $P < 0,05$)

	КСП	АФК	Филология	Экономика	ИТ
КСП	-	$P=0,145320$	$P=0,000001$	$P=0,001$	$P=0,001$
АФК	$P=0,145320$	-	$P=0,000001$	$P=0,001$	$P=0,001$
Филология	$P=0,000001$	$P=0,000001$	-	$P=0,000001$	$P=0,001943$
Экономика	$P=0,001$	$P=0,001$	$P=0,000001$	-	$P=0,000001$
ИТ	$P=0,001$	$P=0,001$	$P=0,001943$	$P=0,000001$	-

Таблица 5.

Выраженность различий по шкале «Активность» у разных групп студентов (различия являются статистически значимыми, если $P < 0,05$)

	КСП	АФК	Филология	Экономика	ИТ
КСП	-	$P=0,019187$	$P=0,000001$	$P=0,001$	$P=0,001$
АФК	$P=0,019187$	-	$P=0,000001$	$P=0,001$	$P=0,001$
Филология	$P=0,000001$	$P=0,000001$	-	$P=0,000001$	$P=0,000385$
Экономика	$P=0,001$	$P=0,001$	$P=0,000001$	-	$P=0,000178$
ИТ	$P=0,001$	$P=0,001$	$P=0,000385$	$P=0,000178$	-

Целью интервьюирования студентов было уточнить и составить более целостную картину о представлении респондентами лиц с ОВЗ, а также об их отношении к ним.

На основании анализа ответов респондентов были выявлены следующие тенденции: студенты факультета КСП в целом оказались более осведомлены о лицах с ОВЗ и их проблемах, чем студенты факультетов филологии, экономики и ИТ. Они имеют представления о различных нарушениях и отклонениях здоровья, в том числе о таких, как интеллектуальная недостаточность, нарушения зрения и слуха, двигательные нарушения. Понимание ими терминов «лицо с ОВЗ» и «инвалид» оказалось более полным. При этом некоторые студенты признавались, что после прохождения практики, где они посещали различные учреждения для детей с ОВЗ, у них остались «тяжелый осадок» и негативные переживания, которые пришлось долго осмысливать.

Студенты других факультетов гораздо в меньшей степени понимают, что вкладывается в данные понятия. Многие из них затруднялись в ответе. В том числе очень часто «лицо с ОВЗ» воспринимается ими как индивид, который временно

имеет какие-либо трудности и ограничения в активной жизни, а также физические недостатки, приобретенные в результате несчастных случаев. Данный термин не трактовался негативно в отличие от термина «инвалид», которого зачастую характеризовали, как человека, «сидящего в инвалидном кресле», «овоща», «дурака».

Надо отметить, что в основном респонденты упоминали физические отклонения в здоровье, практически упуская из вида интеллектуальные нарушения, а также нарушения слуха и зрения.

Было заметно понимание студентами многих трудностей, с которыми приходится сталкиваться людям, имеющим ограничения в здоровье. Например, была отмечена сложность передвижения для людей в инвалидных колясках. При этом некоторые респонденты не исключали возможности инвалидов приносить пользу обществу и быть самодостаточной личностью при создании необходимых условий и должной поддержке. Также студентами было отмечено, что общество и государство должны создавать условия для включения лиц с ОВЗ в активную жизнь общества. Как положительный пример называли Параолимпиаду в 2014 г. в Сочи.

Отдельно хочется сказать о студентах факультета АФК. Их представление об инвалидах оказалось достаточно полным, что объясняется спецификой получаемого ими образования. Однако многие студенты отмечали, что для них более привлекательна работа с людьми, имеющими непосредственно физические нарушения (люди после ампутаций конечностей, имеющие ослабленное здоровье, недостаточно хорошо физически развитые, сердечные заболевания и т. д.), объясняя это тем, что работа с людьми, имеющими интеллектуальные нарушения, им интересна в меньшей степени.

Важно отметить, что определяющим фактором содержания интервью студентов является личная заинтересованность в данной проблеме. Например, человек достаточно хорошо ориентирован и занимает активную позицию, если ему в жизни приходилось сталкиваться с подобными трудностями и касалось его лично. Данная тенденция касается всех респондентов независимо от факультета.

Интересен тот факт, что зачастую, из-за недостаточной осведомленности по проблеме инвалидов человеку было трудно выразить личное отношение к ним.

Анализ отчетов по практике студентов факультета КСП. Учитывая специфику образования студентов факультета КСП и предполагая возможность социально желаемых ответов, нами был проведен анализ их отчетов по практике (25 отчетов). Одним из требований к оформлению отчета является выражение личного мнения о прохождении практики. Было замечено, что некоторые студенты заполняют этот пункт формально, пишут фразы «было очень интересно», «мне все понравилось», «мне очень понравилась практика, приветливые дети и доброжелательный персонал».

Наравне с этим, большинство студентов стремится выразить свое мнение развернуто и проявляет высокую заинтересованность в получении обратной связи от преподавателей. Ниже приведены примеры подобных мнений разных студентов (из этических соображений из текста были изъяты названия учреждений, они заменены «...»):

«Только в этом учреждении мне удалось стать наблюдателем занятия специалиста-кинезитерапевта с ребенком, который имеет психофизические нарушения. Это произвело на меня самое большое впечатление».

«Для меня в этом учреждении было самым сложным вжиться в обстановку. Работа с таким родом воспитанников оказалась для меня наиболее трудной».

«В учреждении подобного типа я была впервые. Во время беседы с руководителем практики от учреждения я узнала много нового об инвалидах, об их

жизни, о тех проблемах, с которыми они сталкиваются ежедневно. К сожалению, на данный момент «...» единственное в России заведение подобного уровня, которое может обеспечить достойный уход за инвалидами. Особенно интересно было пообщаться с пациентами. Стоит заметить, что в данном учреждении ощущается особенная атмосфера, которую поддерживают работники «...» и сами пациенты».

«Здесь работать довольно тяжело. Много с чем столкнулись. Морально было тяжело. Лично я неделю «переваривала» этот день у себя в голове».

«Мы обошли весь центр, заглянули всюду, куда можно было. Пожалуй, это был для меня самый интересный день практики. Пациенты там – замечательные люди, с прекрасным чувством юмора и стремлением жить, которое они достигли благодаря специалистам центра. Мы зарядились положительной энергией друг от друга. Мы даем им надежду так же, как и они нам».

««...» оставил только положительные впечатления: замечательная инфраструктура учреждения, приветливый персонал. Я считаю, что подобные детские сады необходимы, так как именно они способны полностью подготовить особых детей к обучению в школе и делают все необходимое для повышения уровня их инклюзии».

«Атмосфера в психиатрической больнице оказалась соответствующей – все монотонно и серо, чтобы не отвлекать маленьких пациентов. Чувства после этого места остались противоречивые. С одной стороны, очень хочется помочь этим детям, с другой – мне их слишком жаль, они будто заперты в четырех стенах, как в тюрьме».

Анализируя отчеты студентов, можно заметить, что, выражая свое мнение, они достаточно откровенны. Наравне с положительными впечатлениями, они также не боятся высказывать негативные. Таким образом, можно предположить, что в своих ответах на вопросы методик исследования они также были максимально искренни.

Заключение и выводы. Отношение современной молодежи к лицам с ОВЗ играет существенную роль в современном обществе. Это обусловлено возможностью поиска дополнительных вспомогательных ресурсов среди студентов для интеграции инвалидов в социум. Данная проблема также актуальна в рамках возможности обучения лиц с ОВЗ в ВУЗах. Одним из главных аспектов здесь выступает информированность современной молодежи о лицах с ОВЗ. Зачастую отсутствие необходимых знаний и представлений об инвалидах и их потребностях ведет к искаженному восприятию последних. Неадекватное представление, в свою очередь, может влиять на отношение общества к лицам с ОВЗ.

Результаты обследования 107 студентов пяти факультетов трех московских вузов по методике диагностики уровня эмпатических способностей показали, что самый высокий уровень эмпатии оказался у студентов факультета КСП и АФК, специализация которых непосредственно связана с помощью лицам с ОВЗ. Уровень эмпатии студентов факультетов филологии, экономики и ИТ оказался в пределах заниженных показателей, самым высоким среди них оказался уровень эмпатии студентов факультета филологии. Между уровнем эмпатии студентов факультетов экономики и ИТ статистически значимых различий нет.

Экспресс-опросник «Индекс толерантности» показал, что уровень социальной толерантности по всем группам студентов находится в пределах средних значений. Самым высоким данный показатель оказался у студентов факультета КСП и статистически значимо различается со всеми остальными группами студентов. Уровень социальной толерантности студентов факультета АФК несколько ниже и

статистически значимо различается со студентами факультетов КСП, экономики и ИТ. Студенты филологического факультета имеют средний показатель среди групп респондентов, а студенты факультетов экономики и ИТ имеют одинаковые и самые низкие значения. Показатель уровня социальной толерантности у студентов факультета филологии имеет значимые статистические различия лишь с аналогичным показателем студентов факультета КСП, а у студентов факультета экономики и ИТ по данному показателю есть значимые различия с факультетами КСП и АФК.

Результаты методики «Личностный дифференциал» показали, что студенты факультетов КСП и АФК склонны воспринимать лиц с ОВЗ в большей степени нейтрально, со слабо выраженной симпатией и сочувствием. На их взгляд, инвалиды являются людьми, нуждающимися в какой-либо социальной поддержке, и зависят от внешних факторов. При этом студенты вышеназванных факультетов не отрицают возможность наличия у лиц с ОВЗ волевых качеств и допускают возможность их участия в жизни общества.

Результаты студентов филологии по аналогичной методике показали, что они затрудняются определить свое отношение к лицам с ОВЗ. Данной группе студентов зачастую сложно приписывать инвалидам те или иные качества.

Исходя из результатов методики «Личностный дифференциал», студенты факультетов экономики и ИТ склонны приписывать лицам с ОВЗ, в большей мере, негативные качества, такие как слабость, зависимость, несамостоятельность, вялость.

В результате интервьюирования студентов выяснилось, что среди студентов факультета КСП есть те, чье отношение к лицам с ОВЗ неоднозначно. Некоторые начали сомневаться в желании в дальнейшем работать с инвалидами после прохождения практики.

Также интервьюирование помогло выявить еще одну интересную закономерность: независимо от того, на каком факультете обучается студент, его уровень эмпатии и толерантности оказывается выше, если он сам или его ближайшее окружение испытывали или испытывают какие-либо ограничения здоровья. А также такие студенты оказались в большей степени информированы о лицах с ОВЗ и трудностях, с которыми они сталкиваются.

Таким образом, можно сказать, что важным фактором в формировании представления о лицах с ОВЗ у современной молодежи является уровень их информированности по данной проблеме. Следовательно, можно утверждать, что одна из гипотез, сформулированная нами в начале исследования, – отношение современной молодежи к лицам с ОВЗ меняется в зависимости от степени информированности о них - подтвердилась.

В тоже время надо заметить, что в тесной взаимосвязи с отношением к лицам с ОВЗ находятся два таких параметра, как эмпатия и толерантность (в частности, социальная толерантность). Здесь стоит вспомнить вторую гипотезу исследования, сформулированную нами, – студенты, получающие образование, связанное с лицами с ОВЗ, настроены по отношению к ним более лояльно. Данная гипотеза также подтвердилась. Студенты, обучающиеся на факультетах КСП и АФК, имеют наиболее высокие баллы по эмпатии и толерантности, хотя надо отметить, что эти значения сами по себе не являются высокими, а находятся в пределах средних баллов.

Опираясь на полученные результаты, можно сделать следующие выводы:

1. Отношение современной молодежи к лицам с ОВЗ зависит от уровня информированности о них.
2. Студенты, получающие образование, связанное с работой с лицами с ОВЗ

(факультеты КСП и АФК), имеют более высокий уровень эмпатии и толерантности.

3. Среди студентов, получающих образование, не связанное с людьми с ОВЗ, уровень эмпатии и толерантности несколько выше у тех, кто сам имеет проблемы со здоровьем или подобные проблемы есть в его ближайшем окружении.

4. Необходимо расширять степень информированности современной молодежи, недостаточную для формирования адекватного представления о лицах с ОВЗ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Асмолов А.Г. На пути к толерантному сознанию. – М.: Смысл, 2000. – 255 с.
2. Братченко С.Л. Психологические основания исследования толерантности в образовании. Педагогика развития: ключевые компетентности и их становление. - Красноярск, 2003 – с. 104-117.
3. Карягина Т.Д. Некоторые аспекты развития представлений об эмпатии // Материалы Международной конференции «Психология общения — 2006: на пути к энциклопедическому знанию», 19–21 октября 2006, Психологический институт РАО. - М.: Академия имиджологии, 2006. – С. 373-380
4. Качество жизни и формирование толерантного поведения / Колл. авт. – М.: ВНИИТЭ, 2003. – 56 с.
5. Корнеева Н. Отношение общества к инвалидам заметно меняется // Вечерняя Москва, № 125, 10 июля 2009. Рубрика Общество.
6. Малофеев Н.Н. Западная Европа: эволюция отношения общества и государства к лицам с отклонениями в развитии. - М.: Экзамен, 2003. – 256 с.
7. Мириманова М. Толерантность как проблема воспитания // Развитие личности. – № 2, 2002. – С. 104-115.
8. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие / Ред. и сост. Д.Я. Райгородский. – Самара: Издательский дом «Бахрах-М», 2001. - С. 486-490.
9. Психодиагностика толерантности личности / Под ред. Г.У. Солдатовой и Л.А. Шайгеровой. М.: Смысл, 2008. – 172 с.
10. Роджерс К. – Эмпатия. // Психология мотивации и эмоций (под ред. Ю.Б. Гиппенрейтер и М. В. Фаликман). – М.: ЧеРо, 2002. – С. 428-430.
11. Katz J., Hass R., Bailey J. Attitudinal ambivalence and behaviour toward people with disabilities // Attitudestoward persons with disabilities. Ed. H. Toker. N.Y.: Springer, 1988. - P. 47—57.
12. Momm W., Konig A. Experience and reflections on a new concept of service provision for disabled people. - Geneva, ILO, 1989.

T. Zenkina

THE ATTITUDE OF MOSCOW STUDENTS TOWARD PERSONS WITH DISABILITIES

Summary. This article presents the results of research on young people's attitudes to persons with disabilities. The research involved 107 people. There're students from different Universities and specialties. The research identified average level of empathy and average level of tolerance in all groups of students. The research included a study of the views of persons with disabilities in the youth of today. The research found a correlation between levels of empathy and tolerance, awareness about persons with disabilities and relevant to them.

Keywords: persons with disabilities, empathy, tolerance, the attitude towards persons with disabilities, social tolerance.

В.С. Собкин, Е.А. Калашникова, А.А. Мкртычян
К ВОПРОСУ О ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОРИЕНТАЦИЯХ ШКОЛЬНИКОВ
ФГБНУ «Институт управления образованием Российской академии об-
разования» (Москва)

Резюме: В статье приводятся результаты исследования особенностей отношения подростков к профессиональной деятельности в связи с развитием Я-концепции. Анализируется связь представлений о профессиях в обыденном сознании школьников с теми или иными социальными стереотипами.

Ключевые слова: учащиеся, ценностные ориентации, предпочтения профессий, Я-концепция, семантический дифференциал, факторный анализ, кластерный анализ.

Своеобразие подросткового возраста характеризуется актуализацией потребности в личностном самоопределении, кризисом социальной идентичности [1; 17; 18 и др.]. В этот период кардинально меняется структура интересов подростка, его мотивационно-потребностная сфера [2], что находит отражение в повышении значимости для подростка отношения к выбору своей будущей профессии, построению образовательных и профессиональных планов. В этой связи под нашим руководством с течение последних 25 лет был проведен цикл социально-психологических исследований, касающихся профессионального самоопределения учащихся основной и старшей школы.

В качестве основных содержательных аспектов, которые подвергались исследованию, отметим следующие: значимость успешной профессиональной деятельности в структуре жизненных ценностей подростка на разных этапах обучения; мониторинг изменения ориентации подростка на те или иные виды профессиональной деятельности в период 90–2000-х гг.; мотивы, обуславливающие выбор подростками различных видов будущей профессиональной деятельности; влияние демографических и социально-стратификационных факторов на выбор будущей профессии; самооценка своих возможностей для успешной реализации соответствующей профессиональной деятельности; роль дополнительного образования в выборе будущей профессии [6; 7; 8; 10; 11; 13; 14; 15; 16]. Наряду с обозначенными социологическими исследованиями следует выделить особую линию исследований по изучению вопросов, касающихся особенностей отношения подростков к профессиональной деятельности в связи с развитием Я-концепции [3; 4; 9; 12]. Изложению результатов этого направления исследований, и посвящена данная статья.

Методика исследования. В качестве инструмента нами использовался метод семантического дифференциала (СД), который получил широкое применение в исследованиях, связанных с восприятием и поведением человека, для анализа социальных установок и личностных смыслов. Этот метод позволяет оценивать не значение как объективное знание об объекте, а *субъективное* значение, связанное с личностным смыслом, социальными установками, стереотипами и другими эмоционально насыщенными, слабоструктурированными и малоосознаваемыми обобщениями респондента. В настоящей работе при исследовании отношения респондентов к профессиям затронут аспект, касающийся связи в обыденном сознании представлений о профессиях с теми или иными социальными стереотипами.

Конкретная процедура эксперимента строилась следующим образом. Набор оценочных шкал составляли социальные типажи, а объектами шкалирования выступали различные профессии. Испытуемые должны были по шестибалльной шкале (от 0 до 5, где 0 — «полное отсутствие сходства», а 5 — «максимальное

сходство») оценить степень сходства каждого представленного типажа-стереотипа с соответствующей профессией.

В ходе эксперимента испытуемым были предложены для оценивания 27 профессий из нашего исследования 1990 г.: агроном, администратор, актер, военнослужащий, врач, дипломат, животновод, журналист, инженер, колхозник, кооператор, милиционер, музыкант, парикмахер, партийный работник, пенсионер, писатель, продавец, слесарь, служащий, сталевар, сторож, ученый, учитель, философ, шофер и юрист.

В качестве социальных стереотипов выступали 15 социальных типажей: «карьерист», «интеллигент», «работяга», «прожигатель жизни», «бюрократ», «мошенник», «обыватель», «зависимый человек», «неуверенный в себе человек», «лидер», «романтик», «циник», «демагог», «деловой человек», «диктатор». К данному набору стереотипов, как и в исследовании 1990-го года [2; 3], были добавлены пять оценочных шкал, с помощью которых определялись отрицательные или положительные полюсы оценочного отношения респондентов к представителям тех или иных профессий. Добавленные шкалы «идеал общества» и «презираемый человек» задают ось *социального принятия и отвержения*; шкалы «мой идеал» и «антипатичный мне человек» — ось *личностного принятия и отвержения*; шкала «Я» — *степень идентификации* респондента с определенной профессией. Помимо базового набора шкал и объектов, которые использовались в работе 1990 г., испытуемым также предъявлялись дополнительные оценочные шкалы (социальные стереотипы) и объекты оценивания (профессии), которые, на наш взгляд, являются актуальными и значимыми для современной молодежи. Дополнительно для оценивания были предъявлены следующие профессии: чиновник, бизнесмен, специалист по ИКТ, дизайнер, переводчик, спортсмен, стилист и модель. А в качестве дополнительных оценочных шкал были предложены «уважаемый человек», «успешный человек», «обеспеченный человек» и «гламурный человек». Мы предполагали, что подобные дополнения позволяют в какой-то степени учесть современные тенденции представлений подростка о профессиональной сфере.

Испытуемые. В исследовании приняли участие 48 испытуемых — учащиеся 10-х классов московских общеобразовательных школ.

Способ обработки материала. На основе индивидуальных протоколов оценивания каждым испытуемым объектов (профессий) по шкалам (социальные стереотипы) была построена матрица с усредненными оценками, которая затем подверглась процедуре факторного анализа (метод Главных компонент с последующим вращением факторных структур Varimax Кайзера) и вычислением значений факторов для каждого объекта шкалирования. Помимо этого, был проведен кластерный анализ по той же матрице усредненных данных и по его результатам построена дендрограмма (кластерное дерево), позволяющая охарактеризовать сходство профессий по их социальным оценкам у старшеклассников.

Основные результаты факторного анализа.

В результате факторного анализа были выделены три фактора, описывающие 80,3% общей суммарной дисперсии (см. табл. 1)

Первый биполярный фактор F1 (35,9%) «личностное принятие — личностное непринятие», включает в себя следующие параметры: «идеал общества», «мой идеал», «я», «романтик», «интеллигент» — на положительном полюсе фактора. На отрицательном полюсе фактора — «презираемый человек», «антипатичный мне человек», «обыватель», «неуверенный человек», «зависимый человек».

Положительный полюс характеризует позитивную сторону «Я-концепции», где объединились «мой идеал», «я» и «идеал общества». Отрицательный же полюс

определяет ее негативные компоненты: «антипатичный мне человек», «презираемый человек».

Таблица 1.

Структура выделенных факторов.

F1 (35,9%)	F2 (32,1%)	F3 (12,3%)
мой идеал (0,90)	бюрократ (0,93)	демагог (0,76)
я (0,87)	деловой человек (0,91)	прожигатель жизни (0,65)
романтик (0,79)	карьерист (0,85)	работяга (-0,71)
интеллигент (0,79)	диктатор (0,85)	
идеал общества (0,72)	лидер (0,82)	
антипатичный мне человек (-0,90)	циник (0,75)	
обыватель (-0,80)	мошенник (0,69)	
презираемый человек (-0,80)		
неуверенный человек (-0,65)		
зависимый человек (-0,64)		

При анализе содержания данного фактора, на наш взгляд, важно обратить внимание на два момента. Во-первых, следует отметить высокую корреляционную связь «идеального Я» с «идеалом общества» и с «самооценкой Я». Это может, с одной стороны, свидетельствовать о непротиворечивости «Я-концепции», а с другой – о ее слабой дифференцированности («незрелости») у современного старшеклассника: отсутствию четкой дифференциации собственных и общественных идеалов. Заметим, что в нашем предыдущем исследовании, которое проводилось 20 лет назад, подобная дифференциация явно прослеживалась. Таким образом, старшеклассники начала 90-х годов представляются в личностном отношении более зрелыми, поскольку они в период серьезных социальных, экономических и политических изменений, тем не менее, дифференцировали личностную и общественную позицию. Во-вторых, обращает на себя внимание отсутствие в составе данного фактора оценочных шкал связанных с *социальной успешностью*, как содержательной основы личностного принятия/отвержения. Подобный результат является неожиданным, поскольку социальная успешность в современном обществе часто позиционируется как приоритетный критерий оценки, в основе которого лежит социальная и материальная реализованность человека. У сегодняшних старшеклассников личностное принятие/непринятие строится на оппозиции романтик/обыватель. При этом явно личностное неприятие вызывают «неуверенность» и «зависимость». Следует также добавить, что если в 1990 г. шкала «интеллигент» фиксировала автономную социально значимую позицию, (выделалась в самостоятельный фактор), то сегодня это скорее атрибут романтизма, характеризующий оторванность и неуместность «романтика» (как и интеллигента) в нынешних реалиях. Повторимся, сегодня это не реальность, а «романтический идеал».

Второй униполярный фактор F2 (32,1%) включает в себя следующие стереотипы: «карьерист», «бюрократ», «мошенник», «лидер», «циник», «деловой человек», «диктатор». Данный фактор задает оценочную ось, определяющую атрибуты социальной успешности. Приоритетными здесь являются ценности, характеризующие прежде всего успешность в карьере, лидерские и деловые качества. В то же время следует отметить, что в состав данного фактора входят такие отрицательные в моральном отношении стереотипы, как «мошенник», «циник» и «диктатор».

Это позволяет сделать вывод об определенном «отстранении» старшеклассников как в моральном, так и в личностном плане от комплекса характеристик, связанных с социальной успешностью. Например: «мошенник» высоко коррелирует с вполне положительными характеристиками, такими как «лидер» и «деловой человек». Возможно, сама характеристика «мошенник» в глазах современного старшеклассника уже не содержит собственно морально-оценочной нагрузки, выступая скорее как некий необходимый атрибут современного делового человека, (это качество, наличие которого выступает скорее как деловая необходимость, нежели устойчивая личностная черта – «ничего личного»).

Последний третий выделенный биполярный фактор F3 (12,3%) достаточно прост по своей структуре. Он включает в себя следующие шкалы: «демагог», «прожигатель жизни» – на положительном полюсе фактора и «работяга» – на отрицательном. На наш взгляд, сама оппозиция «демагог» и «работяга», весьма важна для понимания той оценочной модальности, относительно которой современный подросток оценивает мир профессий.

Итак, проведенный факторный анализ позволил выделить три оценочных вектора, которые характеризуют отношение подростка к профессиональной сфере: включенность в «Я-концепцию» (самоидентификация с профессией); оценка социально-профессиональной успешности; собственно деловые качества.

Основные результаты кластерного анализа.

Для выявления особенностей дифференциации представлений старшеклассников о различных профессиях нами был проведен кластерный анализ, позволяющий построить многоуровневое дерево классификаций.

В результате кластерного анализа были выделены пять кластеров, объединяющих различные профессии (см. рис. 1).

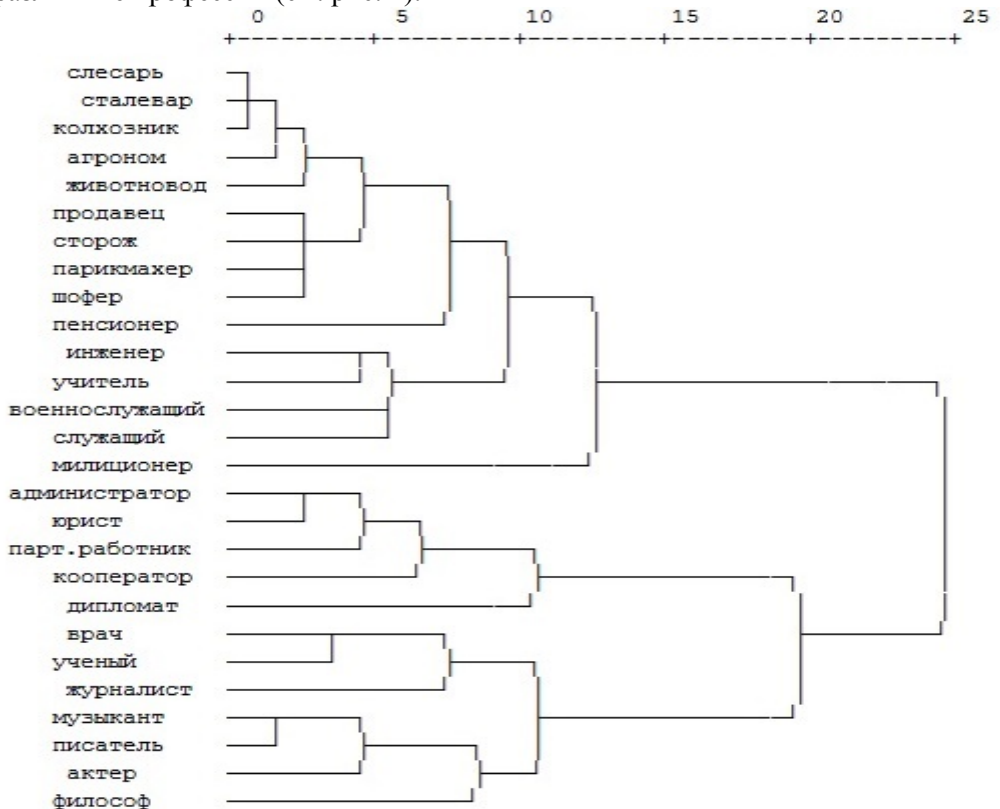


Рисунок 1. Дендрограмма кластеризации профессиональных стереотипов.

Полученные результаты показывают, что представления современных старшеклассников о профессиональной сфере дифференцированы в большей степени, чем у их сверстников двадцать лет назад. При проведении кластерного анализа по материалам исследования 1990 г. было выделено всего три группы профессий: а) рабочие, низкоквалифицированные специальности; б) профессии, требующие высшего образования; в) группа престижных профессий.

В настоящем же исследовании ситуация оказывается более сложной.

В первый кластер объединились такие профессии, как: слесарь, сталевар, колхозник, агроном, животновод, продавец, сторож, парикмахер и шофер. Основанием для подобного объединения является социальная неуспешность, незащищенность и непопулярность данных профессий, а также их социальная бесперспективность. Это профессии производственной сферы и сферы обслуживания.

Основанием для объединения профессий в следующий (второй) кластер, куда вошли профессии инженера, учителя, военнослужащего и служащего, является их принадлежность к специальностям финансируемым, как правило, из бюджета. По сравнению с первым кластером эти профессии представляются более защищенными и успешными в социальном плане.

В следующий кластер объединились такие профессии, как администратор, юрист, партийный работник и кооператор. Перечисленные профессии можно рассматривать как успешные, престижные, уважаемые, близкие к властным структурам.

В четвертый кластер объединились профессии врача, ученого, журналиста. Эти профессии требуют высшего образования и связаны с интеллектуальным характером труда.

Наконец, в последний, пятый кластер объединились профессии музыканта, писателя и актера. Основанием здесь выступает принадлежность данных профессий к сфере художественно-творческой деятельности. 20 лет назад эти профессии не выделялись как самостоятельный кластер, а объединялись с представителями творческой интеллигенции (ученый, философ и др.).

Для большей наглядности полученных результатов нами были рассчитаны комплексные оценки представленных кластеров профессий по всем трем выделенным факторам. С этой целью была подсчитана средняя суммарная величина по каждому из факторов для профессий, входящих в соответствующий кластер. Полученные профили кластеров представлены на рис. 2.

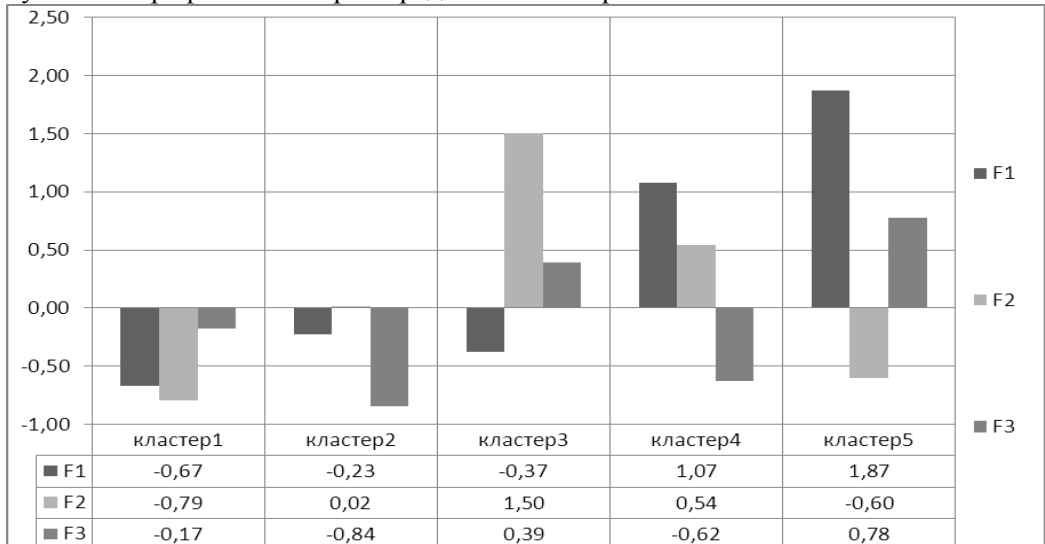


Рисунок 2. Профили пяти кластеров по трем выделенным факторам.

Представленные данные позволяют содержательно охарактеризовать каждый из кластеров, основываясь на величине средних значений по всем трем факторам. Как мы видим, практически в каждом из кластеров присутствует ведущая черта, своего рода акцентуация, представленная теми или иными факторами. В частности, первый кластер профессий, куда вошли слесарь, сталевар, колхозник, агроном, животновод, продавец, сторож, парикмахер и шофер, характеризуется социальной неуспешностью (F2 – отсутствие лидерских качеств) и личностным неприятием со стороны респондентов (F1 – неуверенность, зависимость). Акцентуация второго кластера, куда вошли учитель, инженер, военнослужащий, служащий, представлена выраженным отрицательным полюсом фактора F3, который задан социальным стереотипом «работяга». Заметим, что это малопривлекательные профессии для респондента, в том числе и в силу их недостаточной социальной успешности. Напротив, ведущей чертой третьего кластера является социальная успешность (F2) входящих в него профессий (администратора, юриста, партийного работника и кооператора). Четвертый кластер, куда вошли профессии врача, ученого и журналиста характеризуется прежде всего личностным принятием и привлекательностью для респондента, что отражается в акцентуации по фактору F1 (включенность в Я-концепцию, профессиональная самоидентификация). В то же время данный кластер характеризуется как социальной успешностью (F2), так и ориентацией на трудовую активность (F3 — «работяга»). В последнем, пятом, кластере, в состав которого вошли музыкант, писатель и актер, превалирующим является фактор F1. Данный кластер профессий интересен тем, что, являясь личностно привлекательным для респондентов (F1), он, тем не менее, не оценивается ими как социально успешный (отрицательные значения по фактору F2). В то же время объединенная здесь группа профессий характеризуется высокими положительными значениями по фактору F3 («демагог», «прожигатель жизни»). Иными словами, эти профессии не оцениваются старшеклассниками как продуктивные; здесь скорее доминирует представление о богемном образе жизни.

Завершая статью, заметим, что аналогичное исследование, ориентированное на характеристику особенностей отношения к различным профессиям через систему социальных стереотипов, мы провели и среди студентов [5]. В целом полученные факторные структуры оказались практически идентичными у студентов и школьников. Подобная инвариантность полученных результатов, позволяет сделать вывод об отсутствии значимых содержательных изменений в отношении к профессиям при переходе от школьного возраста к студенческому. Это позволяет сделать вывод о том, что вуз как «институт взросления» (становления молодого специалиста) практически не вносит существенных изменений в его личностную организацию. Меняются лишь акценты, ценностные приоритеты, которые проявились в изменении весовых нагрузок в целом инвариантных факторов, выделенных у школьников и студентов. Так, если у старшеклассников наиболее высокий вес во вкладе в общую суммарную дисперсию имеет фактор, характеризующий «Я-концепцию», то у студентов на первый план выходит фактор «социальной успешности». Подобным изменениям нельзя дать однозначную негативную или позитивную оценку. Вероятно, ориентация на социальную успешность, проявляющаяся на этапе выхода в самостоятельную профессиональную жизнь, представляется необходимым компонентом в процессе эффективной адаптации личности к новым социальным условиям жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Божович Л. И. Проблемы формирования личности: Избр. психол. тр. – М.: МПСИ, 2001. – 349 с.
2. Выготский Л.С. Собрание сочинений. В 6 т. Т. 4: Детская психология. – М.: Педагогика, 1984. – 432 с.
3. Собкин В. С., Грачева А. М. Возрастные особенности ориентации в социально-профессиональной сфере // Жизненные ориентации учащихся и проблемы современного образования. Сб. науч. трудов. – М.: Изд. АПН СССР, 1990. – С. 102–130.
4. Собкин В. С., Грачева А. М., Нистратов А. А. Возрастные особенности ориентации в социально-профессиональной сфере // Вопросы психологии. – 1990. – №4. – С. 23–31.
5. Собкин В. С., Мкртычян А. А. Профессии в контексте социальных стереотипов: мнение студентов психологов // Социология образования. Труды по социологии образования. Т. XIV. Вып. XXIV. – М.: Институт социологии образования РАО, 2010. – С 31–51.
6. Собкин В. С., Писарский П. С. Профессиональные ориентации школьников: кросскультурные различия // Социология образования. Труды по социологии образования. Т. I. Вып. I. – М.: Центр социологии образования РАО, 1993. – С. 96–106.
7. Собкин В.С. Буреломова А.С. Ценностные ориентации современных подростков // Социология образования. Труды по социологии образования. Т. XVI. Вып. XXVIII / Под ред. В. С. Собкина. – М.: Институт социологии образования РАО, 2012. – С. 47–55.
8. Собкин В.С. Подросток с дефектом слуха: ценностные ориентации, жизненные планы, социальные связи. Эмпирическое исследование. – М.: ЦСО РАО, 1997. – 94 с.
9. Собкин В.С. Профессии в контексте социальных стереотипов: оценки старшеклассников двадцать лет спустя. [Электронный ресурс] / В.С. Собкин, А.А. Мкртычян // Проблемы современного образования. – 2010. – № 6. – С. 48-57. – Режим доступа: http://www.pmedu.ru/res/2010_6_6.pdf.
10. Собкин В.С., Калашникова Е.А. Дополнительное образование: как к нему относятся школьники // Народное образование. – 2013. – № 7. – С. 24–31.
11. Собкин В.С., Калашникова Е.А. Ученик основной школы: отношение к дополнительному образованию // Образовательная политика. – 2014. – № 1. – С. 27–40.
12. Собкин В.С., Мкртычян А.А. Профессии в контексте социальных стереотипов: оценки старшеклассников двадцать лет спустя // Социология образования. Труды по социологии образования. Т. XV. Вып. XXVI / Под ред. В.С. Собкина. – М.: Институт социологии образования РАО, 2011. – С. 146-159.
13. Собкин В.С., Писарский П.С. Жизненные ценности и отношение к образованию: кросскультурный анализ Москва-Амстердам. По материалам социологического опроса учителей, учащихся и родителей. – М.: Центр социологии образования РАО, 1994. – 151 с.
14. Собкин В.С., Писарский П.С. Отношение учащихся к профессионально-техническому образованию // Российская школа на рубеже 90-х: социологический анализ. – М., 1993. – С. 120-143.
15. Собкин В.С., Писарский П.С. Социокультурный анализ образовательной ситуации в мегаполисе. – М.: Министерство образования РФ, 1992. – 159 с.
16. Собкин В.С., Писарский П.С. Социологический портрет учащегося ПТУ. Социология образования. Выпуск 1. – М., 1992. – 42 с.

17. Эльконин Д.Б. Избранные психологические труды. – М.: Педагогика, 1989. – 560 с.

18. Эриксон Э. Идентичность. Юность и кризис. Пер. с англ. – М.: Флинта, 2006. – 342 с.

. S. Sobkin, E.A. Kalashnikova, A.A. Mkrtychyan

TO THE QUESTION OF VOCATIONAL GUIDANCES OF SCHOOL STUDENTS

FGBNU Institute of management of formation, the Russian Academy of Education (Moscow).

Summary: Results of research of features of the relation of teenagers to professional activity in connection with development of the Ya-concept are given in article. Communication of ideas of professions in ordinary consciousness of school students with these or those social stereotypes is analyzed.

Keywords: pupils, valuable orientations, preferences of professions, Ya-concept, semantic differential, factorial analysis, cluster analysis.

Н.А. Ильчевская

**ЦЕННОСТНЫЕ ОСНОВАНИЯ СЕМЕЙНОГО ВОСПИТАНИЯ
В РУССКОЙ КЛАССИЧЕСКОЙ ЛИТЕРАТУРЕ XIX–НАЧАЛА XX ВЕКА
Московский государственный педагогический университет (Москва).**

Резюме. Исследование ценностных оснований семейного воспитания в русской классической литературе XIX–начала XX века позволяет обогатить представление о стратегиях развития семейного воспитания, о целях и смыслах воспитания личности в семье, о взаимоотношениях семьи и государства в вопросах воспитания подрастающих поколений, о способах, методах, приемах, формах и средствах семейного воспитания в различные периоды развития российского общества.

Ключевые слова: семья, семейное воспитание, ценностные основания, мораль, национальные традиции, моральные императивы, духовно-нравственная направленность, народность, исконные традиции отечественной педагогики, здоровое правосознание, устойчивая система ценностей семьи.

Семейное воспитание и семейные отношения в России уходят корнями в духовные и религиозные традиции государства. Тысячелетняя история христианства на Руси сформировала конкретные подходы к решению проблемы воспитания человека в семье.

В русской классической литературе отражены ценностные основания семейной жизни русского человека как общего характера, так и в классово-сословном контексте. Русские писатели XIX–начала XX века почти все принадлежали к привилегированным классам и сословиям. Поэтому собственно крестьянский быт, вопросы семейного воспитания не отражены в русской литературе сколько-нибудь полно, объемно и достоверно. Рассматривая вопросы семейного воспитания, ценностных его основ, отраженные в литературных источниках, мы отдаем себе отчет о том, что это сословное воспитание и сословные ценности, к тому же не отделимые от исторического контекста. Вместе с тем, по крайней мере в отечественной истории, лучшая часть дворянства не отделяла себя от православного народа российского, памятуя, что «простолюдин и дворянин одну обедню Богу служат». Ценности семейного воспитания были общезначимыми, национальными. Ценности частного характера вытекали из общего предназначения сословия в россий-

ском обществе.

Становление и развитие ценностей семейного воспитания, отраженных в русской классической литературе XIX–начала XX века, обусловлено экономическими, политическими, социокультурными условиями исследуемого исторического периода, созвучными по своей остроте и противоречивости с современной социально-экономической и духовно-нравственной ситуацией, что значимо для создания фундаментальной методологической, теоретической и методической основы воспитания подрастающих поколений в семье и общеобразовательной школе.

Основой семейного воспитания является мораль. В XIX–начале XX века религиозная мораль являлась фундаментальной базой семейного воспитания. Мощным союзником семье в вопросах воспитания являлись церковь, религиозная община. 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» в образовательных учреждениях. Социальные различия в воспитании нивелировались религиозным воспитанием. Моральные императивы сочленялись 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–начала XX 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 погибнуть, но не покориться старым правилам жизни, становятся кумирами молодежи: Любовь Круциферская в романе А.И. Герцена «Кто виноват?», Вера Павловна в романе Н.Г. Чернышевского «Что делать?», Катерина в пьесе А.Н. Островского «Гроза», Лариса в «Бесприданнице» А.Н. Островского, Анна Каренина в одноименном романе Л.Н. Толстого, Вера в романе И.А. Гончарова «Обрыв», мать в одноименном романе А.М. Горького 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 выявлено основное идеологическое противоречие изучаемого периода: 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 классической литературе XIX–начала XX века связана с внесением в художественную ткань произведения либеральных, то есть новых ценностей, ценностей развития.

В качестве основных идейно-теоретических тенденций семейного воспитания в произведениях отечественных писателей-классиков XIX–начала XX века были выделены как ориентации на исконные традиции отечественной педагогики, так и

на западноевропейские философские, естественно-научные и педагогические идеи.

Каждой нации через веру дан свой облик культуры. Культурный генотип человека складывается столетиями, и политические перипетии не могут изменить его суть. Для русского человека основной смысловой жизненной идеей осталась православная идея сердца, идея любви, из которой и рождается подлинная культура.

Педагогика и литература неразрывно связаны между собой. Благодаря их взаимодействию обеспечиваются духовность общественной жизни и жизнеобеспечение тех духовно-творческих сил, которые создают ценностную парадигму семейного воспитания [1, с. 261].

Содержательную сущность ценностей семейного воспитания как нельзя лучше отражает повесть Н.Г. Гарина-Михайловского «Детство Темы». Мать Тему понимает, что если ее сын делает глупости, шалости, то только потому, что не видит дурной стороны этой шалости. Указать ему эту дурную сторону не со своей, конечно, точки зрения взрослого человека, а с его, детской, не себя убедить, а его убедить, «задеть самолюбие, опять-таки его детское самолюбие, его слабую сторону, сумеешь добиться этого – вот задача правильного воспитания. Сколько времени надо, пока все это войдет в колею, пока ей удастся опять подобрать все эти тонкие, неуловимые нити, которые связывают ее с мальчиком, нити, которыми она втягивает, так сказать, этот живой огонь в рамки повседневной жизни, втягивает, щадя и рамки, щадя и силу огня – огня, который со временем ярко согреет жизнь соприкоснувшихся с ним людей, за который тепло поблагодарят ее когда-нибудь люди» [2, с. 44–45].

Н.И. Пирогов отмечал: «Сделайте так, чтобы наказание за проступок было не вне, а внутри виновного – и вы дойдете до идеала нравственного воспитания... Всякая мысль, высказанная с убеждением, есть живое семя, брошенное на землю; рано или поздно оно пустит ростки» [3, с. 247].

Очевидно, как сливаются воедино мысли педагога Н.И. Пирогова, писателя Н.Г. Гарина-Михайловского и философа И.А. Ильина, давшего развернутое определение семьи: «Семья есть первая, естественная школа свободы: в ней ребенок должен в первый, но не в последний раз в жизни найти верный путь к внутренней свободе; принять из любви и уважения к родителям все их приказы и запреты во всей их кажущейся строгости, вменить себе в обязанность их соблюдение, добровольно подчиниться им и предоставить своим собственным воззрениям и убеждениям свободно и спокойно созреть в глубине души. Благодаря этому семья становится как бы начальной школой для воспитания свободного и здорового правосознания» [4, с. 157]. Именно «здоровое правосознание» доводило Тему до слез, когда он думал о мундире. Случилось непоправимое: перед началом занятий у Тему (когда тот купался с мальчишками в море) украли мундир. «В окружении ватаги он раздетый возвращался через весь город домой.

- Ну почему же вы не возьмете извозчика? – спросил Тему господин в золотых очках.

«Извозчика?!» - думал Тема. Разве мало убытков папе и маме от пропавшего платья! Нет, он не возьмет извозчика» [2, с. 77].

«Здоровая семья всегда была и будет органическим единством – по крови, по духу и по имуществу, – отмечал И.А. Ильин. – И это единое имущество является живым знаком кровного и духовного единства, ибо это имущество в том виде, как оно есть, возникло именно из этого кровного и духовного единения и на пути труда, дисциплины и жертв. Ребенок научается творчески обходиться с имуществом, вырабатывать, создавать и приобретать хозяйственные блага и в то же время – подчинять начала частной собственности некоторой высшей, социальной (в дан-

ном случае – семейной) целесообразности. А это и есть то самое умение или, лучше сказать, искусство, вне которого не может быть разрешен социальный вопрос нашей эпохи» [4, с. 159]. Стабильность семьи обусловлена наличием в ней устойчивой системы ценностей, создающей ситуацию социального равновесия и успешного сопротивления негативным внешним факторам. Воспитательные ценности семьи по существу являются отражением ее ценностных ориентаций. Известно, что воспитательные меры реализуются родителями не столько путем дидактического воздействия на ребенка, сколько через демонстрацию личного поведения, направленность интересов и потребностей, а также через создание определенного психологического климата в семье.

Отец всегда признавался фундаментально значимым в своих моральных и социально-политических ориентациях, никогда не был лишь звеном продолжения рода или передачи биологической наследственности. Прежде всего он был связующим звеном между прошлым и будущим, активным передатчиком традиции, противостоящей новшествам и неопределенностям будущего во имя ценностей, которые являлись плодотворными и устойчивыми в прошлом. Понятие отеческой любви является сильным и прочным не только для дополнения образа отца, а также для нахождения в нем судьи, надежного советчика, носителя тех ценностей, которые должны вдохновлять его самого. Такой образ отца придает единство и силу семейной жизни, дополняет роль матери и гармонирует с ней. Кто, если не семья, дарит человеку «два священных первообраза, которые он носит в себе всю жизнь и в живом отношении к которым растет его душа и крепнет его дух: первообраз чистой матери, несущей любовь, милость и защиту, и первообраз благого отца, дарующего питание, справедливость и разумение. Горе человеку, у которого в душе нет места для этих зиждательных и ведущих первообразов, этих живых символов и в то же время творческих источников духовной любви и духовной веры!» [4, с. 214].

Содержательной сущностью ценностей семейного воспитания является их духовно-нравственная направленность как культурная основа российского типа социализации; преемственность педагогических идеалов и ценностей, сохранение ценностно-смыслового ядра отечественной ментальности в семейном воспитании; открытость к восприятию извне истинного, нового и актуального; переход к европейской ценностной системе с известной поправкой на православную самобытность.

«Это семья создала и выносила культуру национального чувства и патриотической верности. И сама идея «родины» – лона моего рождения, и «отечества», земного гнезда моих отцов и предков – возникла из недр семьи как телесного и духовного единства, где взаимная любовь превращает долг в радость и держит всегда открытыми священные врата совести» [4, с. 153].

Русская классическая литература XIX–начала XX века, как чистое сияющее зеркало отразившая ведущие идеи русской педагогики, – благодатная почва для возрождения национальных традиций, сохранения и развития подлинных ценностей семейного воспитания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лихачев, Б.Т. Социология воспитания и образования [Текст]: курс лекций по социальной педагогике / Б.Т. Лихачев. – М.: Гуманитарный изд. Центр ВЛАДОС, 2010. – 295 с. – (Педагогическое наследие).
2. Гарин-Михайловский, Н.Г. Детство Темы [Текст] / Н.Г. Гарин-Михайловский // ПСС. Том второй. Издание Т-ва Маркс и. Петроград. Приложение к журналу «Нива» на 1916 г. – С. 3–128.
3. Пирогов, Н.И. Быть и казаться [Текст] / Сочинения Н.И. Пирогова. – Киев: Издание Пироговского товарищества, 1910. – Т. 1. – 630 с.

4. Ильин, И.А. Собрание сочинений [Текст]: В 10 т. / И.А. Ильин. Т. 1. // Путь духовного обновления: О семье / Сост., вступ. ст. и коммент. Ю.Т. Лисицы. – М.: Русская книга, 1993 – 400 с.

N.A. Ilchevskaya

**THE VALUABLE BASES OF FAMILY EDUCATION IN RUSSIAN
CLASSICAL LITERATURE XIX – EARLY XX CENTURY**

Moscow State Pedagogical University (Moscow).

Summary. Research value bases of family education in classical Russian literature of XIX - early XX century allows to enrich the understanding of the development strategies of family education, the purposes and meanings education of a person in the family, about the relationship between the family and the state in questions of education of the future generations, ways, methods, receptions, modes and tools of family education in different periods of development of Russian society.

Keywords: family, family education, value base, morality, national traditions, moral imperatives, spiritual and moral orientation, nationality, native traditions of national pedagogic, a healthy sense of justice, a stable system of family values.

В.М. Башина**ДИАГНОСТИКА АУТИСТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ
В ХРОНОБИОЛОГИЧЕСКОМ АСПЕКТЕ¹**

В пособии приведен краткий анализ истории становления проблемы детского аутизма с середины XX до начала XXI столетия — его нозологии, клинической феноменологии, патогенеза. Впервые в хронобиологическом аспекте дано систематическое описание признаков семиотики детского врожденного (эволютивного) аутизма от его формирования у пациента с рождения до пубертата, по существу ни в нашей стране, ни за рубежом в таком ракурсе не представлявшееся.

Возрастающая потребность данного пособия не только для детских психиатров, но и педиатров, объясняется запоздалой диагностикой детского аутизма и отсюда длительным отсутствием введения нейротропной и иной терапии для этих групп больных, что приводит к тяжелому дизонтогенезу с признаками филогенеза.

Учебное пособие предназначено для детских психиатров, педиатров, медицинских психологов, дефектологов, логопедов.

Рецензент: д.м.н., проф. И.А. Скворцов — руководитель Научно-терапевтического центра по профилактике и лечению психоневрологической инвалидности.

Компьютерная верстка: Ю.С. Пронина

Введение

Более чем 10-летнее использование в практике детской психиатрии МКБ 10 пересмотра ВОЗ (1994, 1999) с введением в нее широкой группы аутистических расстройств (АР) на основе их психопатологической эквививальности и допущения гетеронормности их почвы привело к отказу от версии детского аутизма (ДА) — только как расстройства эндогенного, «шизофренического спектра» (Leo Kanner, 1943). Возникли диагностические разногласия, особенно при дифференциации АР и ранней детской шизофрении (РДШ). По этой причине встала необходимость уточнения верификации классических видов аутистических расстройств у детей.

Настоящее сообщение посвящено клинике, диагностике детского аутизма эволютивного, врожденного, типа (ДА) и процессуального детского аутизма (ПДА) в хронобиологическом аспекте.

Поставлены задачи:

1. уточнить недостаточно изученные архаические признаки ДА и ПДА;
2. дать их клинические, психопатологические характеристики, используя в этих целях онтогенетические и филогенетические параметры.

Научная новизна

На репрезентативном клиническом материале изучены 207 пациентов с разными типами аутистических проявлений в аспекте хронобиологического подхода. Впервые при оценке ДА и ПДА описан ряд архаических симптомов в филогенетическом и онтогенетическом ракурсе. Доказано влияние критических периодов онтогенеза как пусковых патологических факторов в становлении ДА и ПДА. Установлена ценность знания впервые охарактеризованных архаических признаков в диагностике ДА и ПДА и понимании их патогенетической сущности. Значение

¹ М., 2009.

хронобиологического подхода в диагностике АР у детей становится яснее после краткого анализа истории вопроса.

История становление проблемы аутизма

Понятие «аутизм» в детской психиатрии связано с концепцией Е. Bleuler (1911, 1920) об «аутизме» как базисном признаке шизофрении у лиц зрелого возраста. Симптомокомплекс аутизма клинически определялся как «стремление к одиночеству, с уходом от реальности в свой внутренний мир грез и фантазий». Причину его автор рассмотрел с позиций психогенеза — в патологических аффективных комплексах.

В 30-40 годы, аутизм, определяемый, как «избегание общения с тенденцией к фантазированию», стали отмечать в клинике шизофрении, шизоидных расстройств личности и у детей (Симсон Т.П., 1929; Гуревич М.О., 1932; Озерецкий Н.И., 1930; Сухарева Г.Е, 1937; Bender L., 1956). Психопатологическая характеристика симптомокомплекса аутизма, перенесенная в детскую психиатрию, особенно в характеристики шизофрении у детей раннего возраста в аспекте психогенеза и дефицита волевого фактора, по сути, оказалась нечеткой. Развернулась длительная дискуссия по проблеме аутизма у детей. Подчеркнув психическую незрелость ребенка, J. Lutz (1937), один из первых, отметил преобладание у детей «пустого аутизма», с погружением «в бедный мир». А сами признаки «бедного мира» при аутизме у детей остались недостаточно объяснимыми, диагностика их сложной. Незрелость ребенка-аутиста служила поводом ряду клиницистов сомневаться в возможности развития у них аутизма, как собственно и самой шизофрении (Юдин Т.Н., 1926 и др.). Эти положения сохраняют свою значимость до последнего времени XXI столетия.

Только к 1943 году в работе L. Kanner (1943), посвященной аутизму у детей, были перечислены первые особые признаки, отчасти раскрывающие его сущность. Автор описал у детей аутизм не как отдельный признак, а как обособленное, целостное расстройство, возникающее с первых лет жизни. Клинику его определяли самоизоляция, отвержение общения, неспособность к аффективным контактам с окружающими и такие симптомокомплексы, как «однообразное поведение с верчением руками, подпрыгиваниями, ходьбой на цыпочках, явлениями протодиакризиса и расстройствами речи». Впервые в психопатологических описаниях клиники ДА была приоткрыта завеса над аутизмом, охарактеризованным, как пустое, однообразное поведение, не заполненное фантазиями. Это расшифровывалось у ребенка-аутиста, в первые три года его жизни, как «отказ от общения», причину которого приписывали падению волевой активности, снижению инстинкта жизни, витальности, что в последние годы объясняют генной патологией.

Клиническая сущность генеза и патогенеза детского аутизма

L. Kanner (1943, 1971), касаясь генеза аутизма у детей, вначале присоединившись к мнению Е. Bleuler (1911, 1920), считал, что в его основе лежат психогенно вызванные нарушения аффективного контакта. Однако позже отнес ранний детский аутизм к кругу расстройств шизофренического спектра, к расстройствам так называемого эндогенного генеза. При этом он отметил отсутствие идентичности между аутизмом у детей и аутизмом при шизофрении у взрослых субъектов. Как видим, клинические описания ДА заметно расширились и стали отличаться от характеристик аутизма взрослых. Вместе с тем, предложенная Е. Bleuler версия психогенного генеза аутизма, принятая тогда и L. Kanner, полной ясности, в понимание генеза аутизма у детей не внесла и во все последующие годы подвергается критике. Причем изначально данную феноменологическую верификацию, «аутизм», L. Kanner сохранил и для похожего расстройства у детей. Наряду с этим

он впервые ввел дополнительное определение «ранний детский аутизм» (РДА), «early infantile autism». Возникшая тавтология в МКБ-10 (1994, 1999) была устранена. Определение РДА было заменено ДА (детский аутизм). Известная английская исследовательница L. Wing (1976), предложила дать этому расстройству в честь автора, его описавшего, наименование — «синдром Каннера».

В последующем представление об аутизме как «признаке шизофрении», согласно E. Bleuler, и как «обособленном расстройстве шизофренического спектра» (РДА) L. Kanner не раз приводило и приводит к смешению РДА и ранней детской шизофрении (РДШ). Сложность разграничения этих патологических расстройств до последнего времени объясняется незнанием генеза, как и различий в психопатологической картине РДА и РДШ - истинно разной или обусловленной лишь возрастными факторами. По-прежнему остается мало понятной клиническая сущность признака аутизма у детей как избегания общения в связи с дефицитом волевой побудительной активности. Среди прочих неясных вопросов остается важным и тоже обсуждаемым вопрос о психотической или дизонтогенетической сущности РДА.

Согласно поздним работам самого L. Kanner (1971) и других детских психиатров, отраженным в МКБ 8 и 9 пересмотра ВОЗ (1980, 1987), клинически РДА рассматривался в разделе детских психозов, отличных от шизофрении.

В 60-90 годы вышло в свет множество публикаций, уточняющих клинику РДА и, с одной стороны, подтверждающих наличие в его структуре психотических компонентов, а с другой - выявляющих признаки дизонтогенеза (Чехова А.Н., 1963; Ушаков Г.К., 1973; Башина В.М., 1974, 1975, 1980; Вроно М.Ш., 1975; van Krevelen A.D., 1977; Nissen G., 1971; Bender L, Faretra G., 1972; Rutter M., 1978, Wing L., 1981).

Группа отечественных клиницистов, занимаясь проблемами дизонтогенеза и шизофрении у детей, выделила в преморбиде и доманифестном периоде шизофрении у детей стигматизированный, искаженный, задержанный типы дизонтогенеза, отчасти несущие в себе симптомы аутизма (Сухарева Г.Г., 1965, 1963; Юрьева О.П., 1970; Ушаков Г.К., 1973).

Отдельные клиницисты (Башина В.М., Пивоварова Г/Н., 1970) определили РДА как расстройство из круга асинхронного развития. Позже РДА рассмотрен как дезинтегративное состояние в континууме разных личностных расстройств: конституциональных шизоидных типов, латентных и процессуальных состояний (по А.В. Снежневскому, 1972), приступных и постприступных шизофренических нажитых личностных расстройств. РДА, как дезинтегративное развитие, занимает промежуточное место в континууме нормального онтогенеза и эндогенного психоза у детей (Башина В.М., 1974, 1975). В клинической картине дезинтегративного аутистического дизонтогенеза выявлено нарушение вытеснения архаических комплексов созревающими «новыми» функциональными структурами в процессе патологически измененного возрастного развития. Присутствие в клинике РДА одновременно незрелых, ранних подкорковых, кататонических структур, как и более «высоких» функциональных структур, давало повод сблизить их с психотическими симптомами, обнаруживаемыми при явлениях «расщепления» в клинике шизофрении (Башина В.М., 1974, 1980). В последующем моторное однообразное возбуждение в круге РДА соотнесено с подкорковым кататоническим регистром (Башина В.М., 1989, 1999). Значение полученных фактов состояло в выявлении в клинике РДА, как черт дизонтогенеза дезинтегративного типа, так и «психотических» симптомов, что и легло в основу соотнесения РДА с расстройствами шизофренического спектра. Позже стали накапливаться факты, подтверждающие совпадение времени становления аутистических расстройств с кри-

тическими периодами развития. Сходные данные были подтверждены и в последних исследованиях АР (Тиганов А.С, Башина В.М., 2004, 2005).

В поисках уточнения клинических особенностей РДА и его генеза в ряде исследований дискутировался вопрос о гетерономности аутизма. Многие клиницисты высказывали версии фенокопирования детского аутизма в связи с органическим поражением сходных структур мозга, что и при эндогенно обусловленном детском аутизме (А.Д. van Kreveken, 1963; Мнухин С.С. с соавторами, 1967). В отдельных публикациях генез РДА продолжали связывать с недоразвитием активирующих систем мозга (Мнухин С.С, Зеленецкая А.Е., Исаев Д.Н., 1967; Мнухин С.С, Исаев Д.Н., 1969; Rutter M., 1978).

В ряде работ специфика аутистических расстройств анализировалась в кругу поведенческих нарушений, умственной отсталости, задержек психического развития, возникающих на фоне экзогенных, соматогенных стрессов у детей из условий сиротства, неполного дома, семей с асоциальными формами поведения (Nissen G., 1971; Проселкова М.О., 1995; Проселкова М.О., Башина В.М., Козловская Г.В., 1995; Матейчик З., Лангмеймер И., 1963; Стребелева Е.А., 1998; Башина В.М., 1999; 2008, 2009; Козлова И.А., 2006; Марголина И.А, 2006; Симашкова Н.В., 2006). Данный круг работ способствовал выделению так называемых аутистико-подобных расстройств, согласно МКБ 10 пересмотра ВОЗ (1994, 1999), отнесенных к так называемым «атипичным формам аутизма», «УМО с аутистическими чертами». Этими исследованиями была подтверждена возможность эквивалентности аутизма в кругу АР, возникающих на гетерономной почве. Причем и в этих исследованиях недоставало фактов, на основании которых можно было с уверенностью утверждать как сходную, так и различную причину разных видов аутистических расстройств.

Необходимо отметить, что за прошедшие более чем полувека изучения РДА был проведен ряд биологических исследований, выявляющих значимость отдельных периодов онтогенеза ЦНС в становлении АР. Аутистические проявления связывали с патологией генов, кодирующих миграцию и формирование нейрональных структур, обеспечивающих межклеточные связи. Именно в этих работах стала еще отчетливее улавливаться взаимосвязь становления РДА с отдельными периодами развития ЦНС (Орловская Д.Д., Уранова Н.А., 1999). Если в исследованиях при макроскопическом изучении ЦНС детей с аутизмом, обычно не обнаруживали явных специфических патологических признаков, то при ее микроскопии выявлялось уменьшение размеров нейронов в гиппокампе, энториальных отделах коры, миндалинах, маммилярных телах, в других отделах, в том числе в мозжечке в виде уменьшения числа клеток Пуркинье. Все эти патологические проявления, возможно, и могли быть следствием «сбивки естественного возрастного развития высших корковых функций» в кругу ДА, что нуждается в дальнейшем изучении.

В электроэнцефалографических исследованиях детей с ДА тоже устанавливалась взаимосвязь между выявляемыми у пациентов отклонениями в характеристиках электрической активности мозга - как этапами развития, так и движением самого патологического процесса. В таких ЭЭГ-данных отмечался десинхронизированный тип активности, фрагментарный альфа - ритм, усиленная бета-активность, медленноволновая тета-активность. В последних работах отмечена связь остроты психотических состояний при ДА с медленноволновой тета- и дельта-активностью в ЭЭГ, ее нивелировкой при улучшении состояния и отсутствием нормализации ЭЭГ-активности в тяжелых случаях с формированием умственного недоразвития (Горбачевская Н.Л., Якупова Л.П., Башина В.М. с соавтор., 1992; Изнак А.Ф. и др., 2006; Якупова Л.П., Симашкова Н.В., Башина В.М., 2006; Яку-

пова Л.П., Симашкова Н.В., 2008).

Среди множества предполагаемых причин АР предпочтительными все-таки остаются генная и дизонтогенетическая версии их генеза. Отдельные концепции из них отчасти опираются на открытие генной патологии при синдроме Ретта (Amir R.T. et al., 1999), наличие мозаицизма 2, 9, 15, 17 и других хромосом в круге атипичного аутизма, при синдромах Дауна, Х-ФРА, при туберозном склерозе, обменных изменениях при фенилкетонурии (Маринчева Г.С., Гаврилов В.И., 1988; Мнухин С.С, Исаев Д.Н., 1969; Горбачевская Н.Л., Башина В.М., и др., 1993; Башина В.М., 1999; Грачев В.В., 2001; Тиганов А.С, Башина В.М., 2004; Циркин С.Ю., 2005; Hagberg B., 1993; Remschmidt H., 1999 (2003)).

Следует особо подчеркнуть, что отдельные концепции: генеза РДА соотносятся с генетическими версиями генеза шизофрении, что по-прежнему служит основанием ряду клиницистов относить РДА к эндогенным расстройствам «шизофренического спектра», по Каннеру. Ряд психиатров, признавая психопатологическую сложность ДА как очень раннего (до 3 лет) формирующегося расстройства и к тому же учитывая деонтологические аспекты, стали идентифицировать с ДА раннюю (формирующуюся до 3 лет) детскую шизофрению (Bender L., Faretra G., 1972, Wing L., 1980; Башина В.М, 1999).

Классификация аутистических расстройств

К концу 90-х годов специалисты ВОЗ при создании МКБ-10 пересмотра (1994, 1999) сочли возможным пересмотреть оценку РДА и РДШ. РДА с началом до 3-летнего возраста был верифицирован как детский аутизм (ДА). В рубрику ДА был включен новый вид - «процессуальный детский аутизм» (ПДА). Своеобразие ПДА заключалось в сроках раннего, до 3 лет, начала, наличия в его клинической картине не только черт дезинтегративного дизонтогенеза, но и явного психотического сдвига в развитии, что сближало его с РДШ, вело к их идентификации. Поэтому последние 10 лет, опираясь на сроки начала до 3-летнего возраста ПДА, к нему все чаще стали относить РДШ, а в целом к единой рубрике ДА. Итак, к началу XXI века проблема разграничения РДА и РДШ подверглась кардинальному пересмотру.

Наиболее признаны типы аутистических расстройств, представленные в Международной классификации болезней 10 пересмотра, ВОЗ (1994, 1999), в DSM-III-R APA (1987), DSM-IV APA (1994) и в классификации аутистических расстройств у детей НЦПЗ РАМН РФ (Тиганов А.С., Башина В.М., 2004, 2005).

Распространенность аутистических расстройств

Учитывая сказанное, после введения МКБ-10 пересмотра (1994, 1999) дифференциация разных видов АР и РДШ усложнилась. В связи с чем за прошедшие годы цифры распространенности аутистических расстройств с 2-5 на 10 000 детского населения (Lotter V., 1966), возросли до 13,9 на 10 000 детей, по данным японских специалистов (Sugijama Toshiro and Tokuishiro Abe, 1989); до 54 и выше на 10 000 детского населения, по данным немецких специалистов (Remschmidt H., 2003) и американских исследователей. Так, по данным Департамента здоровья штата Калифорния, встречаемость детей с аутизмом с 1999 г. изменилась к 2000 году от 9 детей с аутизмом до 44 на 10 000 рожденных детей, в целом уменьшилась рождаемость после 2000 года (S.E. Brusson et. al., 2009).

В настоящей работе предполагается рассмотреть критерии оценок классического ДА в аспекте хронобиологического подхода. Истоки этого направления, как ясно из обзора литературы, восходят к работам по аутистическому дизонтогенезу, в структуре которого выявлены асинхронность, дезинтегративность, «сбивка» в становлении всех функциональных систем ребенка-аутиста (Башина В.М., 1975, 1980, 1989, 1999; Тиганов А.С., Башина В.М., 2004, 2005).

Структура клиники критического периода возрастного развития у детей в норме

Необходимо поэтому, в дополнение к ранее рассмотренным, коснуться работ, в которых охарактеризовано становление критических периодов при нормальном и патологическом развитии ребенка. По наиболее фундаментально изложенным данным таких исследователей, как Бадалян Л.О., 1981; Бадалян Л.О., Скворцов И.А., 1986; Скворцов И.А., 2001, 2008), критический период развития ребенка в норме представлен 3 фазами: 1) фазой диссолюции, «обнуления», 2) фазой короткой остановки в развитии, 3) фазой эволюционного скачка в развитии на более высокую ее ступень. Авторами особо подчеркнуто, что наряду с выделением трех основных возрастных критических периодов психонейроонтогенеза в периоде детства, приходящихся на 3-5 лет, 7-8 лет и 12-17 лет, при становлении АР следует учитывать и другие периоды в развитии отдельных функциональных систем, таких как соматовегетативная, моторная, речевая, эмоциональная и др., их последовательную сменяемость в разные сроки созревания. Именно критические периоды онтогенеза особенно уязвимы к внешним и внутренним средовым воздействиям и как бы сами входят в ряд провоцирующих факторов, вызывающих, с одной стороны, подвижку в эволюционном развитии ребенка, с другой стороны, его сбивку.

Отсюда, полагаем, так важно ввести помимо психопатологических хроногенные оценки клинических проявлений ДА и ПДА в критические периоды онтогенеза и дизонтогенеза, до сих пор недостаточно исследованные.

В свете функционального созревания ЦНС системы ребенка попытаемся соотнести принятые в детской психиатрии клинико-психопатологические оценки ДА и ПДА как аутистические, регрессивные, кататонические и другие симптомокомплексы, опираясь на данные о регистрах в становлении (течении) шизофренического процесса (Снежневский А.В., 1972), с характеристиками фаз (этапов) в течении критических периодов онтогенеза у детей в норме и патологии, по Бадаляну Л.О. (1981), Бадаляну Л.О., Скворцову И.А. (1986), Скворцову И.А. (2001, 2008).

В подходах к пониманию формирования ДА использована эволюционная концепция развития в биологии. Патологическая сбивка в онтогенезе ребенка-аутиста, отмеченная еще в начале 70-х годов прошлого столетия (Башина В.М., 1974), была подтверждена и позже (Тиганов А.С., Башина В.М., 2004, 2005). В то же время была тщательно разработана версия о трех фазах критического периода в круге детского церебрального паралича (ДЦП) (Бадалян Л.О. с соавторами, 1981; Бадалян Л.О., Скворцов И.А., 1986) и в последующие годы (Скворцов И.А., 2003, 2008).

В работе ставим на обсуждение положение о хроногенной взаимосвязи клиники ДА со временем начала и течением так называемых критических периодов возрастного развития в норме, приходящихся в основном на первый год жизни - от рождения до 14 месяцев и на второй-третий годы жизни - от 1,5 до 3 лет. Именно эти сроки начала и формирования аутистических расстройств (АР) типа ДА определены в МКБ-10, ВОЗ (1994, 1999), DSM-III-R APA (1989), DSM-IV-R APA (2004).

Переходим к изложению собственного материала. При НЦ психического здоровья РАМН с 1984 г. действует полустационар для детей с разными видами АР. Из контингентов детей, поступавших из разных мест РФ, стран СНГ, в 1995-2008 гг., получили консультативную и реабилитационную помощь первично 1120 и повторно 960 пациентов, с разными типами АР. Из них тщательно отобраны 360 детей с точно установленным началом АР от рождения до 5 лет. Наряду с чем все эти дети наблюдались клинико-динамически: в ряде случаев в периоде от первых месяцев после рождения, в основном — от 1,5-2 до 6-8 лет, и катанестически - в периоде 8-10-12 лет. Во всех случаях дополнительно использовался тщательный

ретроспективный анализ анамнестических данных этих пациентов. Длительность катамнеза в среднем составила 5-8 лет.

Из 360 пациентов с АР оказались: 41 пациент с врожденным (эволютивным) детским аутизмом (ДА); 166 пациентов процессуальным детским аутизмом (ПДА) с началом от 1,6 лет до 3 лет жизни; 153 пациента с атипичными формами аутизма (АА) при органическом поражении ЦНС, УМО с аутистическими чертами, атипичном аутистическом психозе с началом в 3-5 летнем возрасте и синдромом Ретта. (В связи с гетерогенной почвой и невозможностью точного определения сроков начала атипичного аутизма (АА) эти пациенты были исключены из дальнейшего обсуждения. В настоящую работу вошли 207 (100%) пациентов: 41 (19%) пациент с ДА и 166 (81%) человек с ПДА (будут рассмотрены во второй части сообщения).

Детский аутизм. Клиническая картина

В обследуемой выборке группа больных ДА врожденного типа составила меньшую часть от общего числа больных, что связано с трудностями ранней диагностики ДА, а также существующим законодательством, по которому дети до 3 лет обязательно обследуются педиатрами, неврологами, а не детскими психиатрами.

В группе детей с ДА (41 (19%) человек) выявлено аутохтонное начало аутистического расстройства. Начальные патологические признаки наблюдались у 4 (1,8%) детей во внутриутробном периоде, на 5-6 месяце беременности, в виде остановки прибавки в весе плода. У остальных 37 пациентов отмечено совпадение начального этапа становления ДА с рождением. Период от рождения до 3 месяцев в норме рассматривается как критический период развития.

На этом этапе у всех детей с ДА (41 человек), как и при нормальном развитии, в 1-й фазе критического периода - диссолюции обнаруживаются черты высвобождения отдельных функций и переход их с более высокого уровня развития на более ранний. Глубина этого высвобождения в разных функциональных сферах неоднозначна. У ребенка исчезает сформировавшаяся к рождению готовность к ходьбе, прислушиванию, фиксации взгляда. Наблюдается тенденция принятия эмбриональной позы с приведением к груди рук, согнутых в локтевых суставах, и пальцами рук, сжатыми в кулаки, приведением к животу ног, согнутых в коленных суставах, отталкиванию ступнями ног от опоры.

Во 2-й фазе - остановки критического периода возникает не только остановка, а продолжается временное высвобождение из-под коркового влияния других соматовегетативных функций, в ряде случаев с признаками их сбивки. Это проявляется в общем беспокойстве, появлении повышенной чувствительности к дискомфорту, звукам, свету, в отдельных случаях — гиперестезии к тактильному воздействию, что проявляется в «выгибаниях» при взятии на руки пациента, плача, сменяющихся состояниями безучастности, вялости. У большинства пациентов отмечается прерывистый сон типа незрелого «волчьего», затрудненное засыпание с лучшим засыпанием в кроватке, коляске, «на подушке», с непереносимостью пребывания на руках, затяжной сон в дневное время, пробуждения в ночное, иногда с «беззвучным» бодрствованием, т. е. с инверсией сна.

У всех пациентов имеют место искажения пищевого инстинкта: укороченные в сравнении с возрастными промежутки между кормлениями, периодические отказы от кормления привычными видами пищи, отдаленно напоминающие первые признаки анорексии. Многим детям свойствен ранний (на 3-4 месяце) отказ от грудного кормления. Позже возникает удерживание пищи за щекой, попытки заглатывания пищи кусками. Это нередко вызывает опасения родителей, что ребенок может подавиться, и служит причиной перехода на особенно тщательно про-

тертую пищу. У всех детей отмечается дисбактериоз, сохраняющийся до года-трех лет. Тогда возможно первое обращение родителей этих детей к педиатрам, попытки введения разных диет, как при нарушениях обмена, что обычно не приводит к улучшению, а чаще - к ухудшению, истощению ребенка.

У отдельных детей и к 3-4 месяцу продолжает отсутствовать глазное слежение, отмечается «зачарованный взгляд», «взгляд никуда», «в себя», такое выражение лица нередко называют «лицом принца». Почти у всех детей при попытках матери приблизиться к лицу ребенка, приласкать его, «гулить» с ним возникает реакция зажмуривания, отстранения от прильнувшей к нему матери. Заметно тоже отвержение тактильного, звукового восприятия. Такое поведение ребенка вызывает у родителей подозрение на наличие у него слепоты, глухоты, ведущее к обследованию и не подтверждаемое.

К 4-6 месяцам появляются нерезкие одновременные движения головки с плечевым поясом в горизонтальной плоскости то в одну, то в другую сторону по поверхности постели, попытки зарывания головкой в пеленку, напоминающие червеобразные извивания раннего филогенетического уровня. Периодами возникает одновременное подтягивание ног к животу и обратное их вытягивание, бияния обеими ножками по поверхности постели, напоминающие движения рыбки хвостом. В кистях рук, в 3 крайних пальцах, периодически появляются равномерные волнообразные движения, отдаленно напоминающие атетозоподобные движения (неодинаковые, повторяющиеся движения).

Тогда же, возможно заметить появление особого сжимания 3 крайних пальцев кистей рук в кулак, без приведения большого и указательного пальцев рук к ладонной поверхности, что напоминает отчасти «копытце», возникает расщепленный захват только большим и указательным пальцами. При этом нередок захват волос матери с кручением их двумя первыми пальцами, напоминающими «сучение пряжи». Возможно сгибание крайних пальцев стоп ног, что позже лежит в основе ходьбы по кругу и на цыпочках. К 5-6 месяцам и позже ребенок пытается подтягивать кисти рук к лицу, совершая движения пальцами перед глазами, и следит за ними при сохраняющемся отведении взгляда от лица матери, как и от других субъектов, предлагаемых объектов. Так, не следит за погремушками, развешенными над кроваткой, не тянет к ним рук. Эти движения однообразно (стереотипно) повторяются, что служит основанием предполагать их подкорковый или филогенетически более древний уровень.

Как видим, в 1-й фазе диссолюции, по сути являющейся основой аутистического отрешения, высвобождаются от коркового контроля функции в соматовегетативной, моторной, слуховой, зрительной сферах, созревших к концу натального периода, и к тому же наблюдается их опускание на филогенетические уровни зрелости. Существенно, что в этих случаях идет не только освобождение от коркового влияния для эволюционного скачка, а и частичная утрата в зрелости функционирования, т. е. появление черт «обнуления» (Скворцов И.А., 2003) или признаков регресса. Этим развитие в круге ДА отличается от нормального развития. Этап диссолюции критической стадии, наблюдающийся у детей с нормальным развитием, у детей-аутистов, определяемый как аутистический, отличается присутствием дополнительных патологических признаков, подтверждающих не только диссолюцию, но и ее большую глубину, утрату, и более длительный период существования по времени.

Поэтому 2-я фаза - остановки, замирания в развитии вступает не как в норме на начальный уровень высвобождения той же функции, а на этап онтогенетически или даже филогенетически более незрелой функции.

По этой причине вместо 3-й фазы - эволюционного скачка к концу 3-началу 4 месяца возникшие архаические признаки сохраняются или видоизменяются лишь отчасти, оставаясь на более незрелом филогенетически уровне, чем к моменту рождения. Становление 3 фазы - эволюционного скачка задерживается. Именно в этих важных, трудно уловимых качествах развития моторной системы и проявляется начальная клиника ДА, а не только во временной диссолюции, высвобождении из-под коркового влияния и остановки в развитии функций, как в норме, в первые 3-4 месяца после рождения.

Лишь отставлено, с запозданием на 2-3 месяца, к 7-8 месяцам реализуется становление навыка сидения. Высвобождается движение рук. К тому же в кистях рук возникают архаические функции в виде стереотипных взмахов, напоминающие взмахи крыльев. Появляются волнообразные движения в крайних 3-х пальцах кистей рук, близкое поднесение кистей рук к лицу с движением, «перебором» и разглядыванием пальцев рук, как чужеродных объектов. Наряду с ними появляются только редкие, случайные движения к игрушкам. Формируется неполный захват первыми двумя пальцами волос матери при сохранении стойкого прижатия крайних трех пальцев к ладонной поверхности.

Эмоциональная сфера после полугода сохраняет черты монотонности. Оживление и снижение эмоционального фона связано преимущественно с соматическим состоянием и сочетано с общим двигательным оживлением, взмахами руками. Эмоциональные проявления остаются недифференцированными: не связаны с видом родных, исходящими от них звуками, тактильными действиями. Отсутствует реакция оживления на попытки родных взять ребенка на руки, «поиграть» с ним, нет различения своих и чужих. Смена привычной ситуации вызывает волнение, плач.

Становление речи задерживается. К 4-5 месяцам отсутствует гуление, нет фонем. Позже, к 6-7 месяцам, нет появления первых слогов, сохраняется низкий, горловой, похожий на утробный крик, отсутствует плач. К этому периоду уже возможна глазная фиксация на лице матери, других близких ребенку родных, в редких случаях беспокойство при появлении чужих лиц. Наблюдаются явления протодиакризиса, т. е. отсутствует различение живого и неживого. Появляется прислушивание, особенно при длительном постукивании озвученных игрушек, фиксация взгляда преимущественно на повторяющихся перемещениях объектов перед лицом ребенка. Обращает на себя внимание, что при появлении посторонних лиц у ребенка возникает крик, закрывание глазок, т. е. формируется различение знакомых, привычных объектов и незнакомых. К 1 году слежение, концентрация внимания отчасти улучшаются, становится возможна фиксация, но в основном на однообразно повторяющихся событиях, таких как текущая вода, дождь, снег, сыплющийся песок, однообразные потряхивания перед ребенком игрушек. Что подтверждает незрелость направленного внимания, необходимость усиленного сенсорного раздражения.

На данном этапе развития появляются трудности введения прикорма, смены пищевого рациона. Начинает отмечаться отставание в росте с сохранением пропорций тела более раннего возраста. Типичен сероватый оттенок кожи и темные окрашенные круги под глазами — «подглазины», что стойко прослеживается в последующие годы.

В 8-9 месяцев у отдельных детей возможны аутохтонно возникающие периоды спада активности, повышенной вялости, гипотонии, беспокойство, плач в ночное время без внешних провокаций. У этих же детей возникала повышенная активность с чертами гипертонии, со сменой состояниями вялости с гипотонией.

Эти состояния как бы не были взаимосвязаны с фазами критического периода, отчасти напоминают аутохтонные аффективные и подкорковые кататонические проявления длительностью в 2-3 месяца, по прошествии которых состояние выравнивается.

К10-12 месяцам не у всех пациентов в моторной сфере наступала отставленная 3 фаза критического периода - эволюционный скачок в виде формирования навыка ползания. У отдельных пациентов тогда становятся заметными попытки гуления в виде произношения невнятных звуков с самим собой, изредка и на попытки матери «поиграть, погулить с ребенком».

К13-15 месяцам наблюдалось становление ходьбы с опорой на полную стопу при сохранении так называемого цыпочкового отталкивания от опоры, ходьбы «на носочках» с видимым сгибанием, приведением к поверхности стопы кончиков 3-5 крайних пальцев ног. Со времени ходьбы в ряде случаев отсутствует полное распрямление, формируется особая согбенная поза с опущенной головой, свисающими руками, так называемая питекоидная осанка.

Иногда у ряда пациентов запоздало появляется ползание, перемежающееся с уже установившейся ходьбой, т. е. имеет место инверсия навыка ползания и ходьбы. А у отдельных из них после формирования устойчивого шага в возрасте 1,5 лет наблюдалось особое «позднее ползание», скорее напоминающее ходьбу на четвереньках с полусогнутыми ногами, с возможностью запрыгивания на предметы, например, кушетку. С этого периода времени и в последующие годы появляется стремление к лазанию, монотонным прыжкам на кровати. Дети без страха начинают взбираться на высокие предметы, мебель, цепляясь руками, «зависают» на ней с хорошим сохранением равновесия. Во всех наблюдениях у детей возникают кружения, бег по кругу, стереотипная ходьба вперед-назад.

Как видим, при ДА третья фаза критического периода наступает в виде неполноценного эволюционного скачка в развитии со смещением филогенетически ранних, архаического уровня функций и более зрелых корковых их форм в разных функциональных сферах.

На уровне 1-1,6 лет возникают элементарные игровые моторные акты, при этом сохраняются и отчасти усложняются особые игры в пальцы рук. В таких случаях ребенок может длительно и более ловко постукивать двумя пальцами (большим и указательным) одной руки по другой руке, перебирать, двигать пальцами рук перед глазами. У этих пациентов отмечается особый вид расщепленного кистевого захвата, удерживание предметов большим и указательным пальцами кистей рук при сохраняющемся прижатии к ладонной поверхности последних трех пальцев, как бы сжатыми в часть кулака. Причем захват тремя первыми пальцами формируется с трудом. Это проявляется в трудном удерживании бутылки, ложки, позднее, в последующие годы развития ребенка в невозможности удерживать карандаш, ручку, одеваться, застегивать пуговицы, в затрудненном формировании других тонких движений и приобретении навыков самообслуживания. У пациентов может длительно сохраняться сосание большого пальца рук, архаический защитный захват волос матери, их кручение двумя первыми пальцами руки, иногда попытки цепляния за волосы и зависания на них без осознания принесения боли матери. Поскольку характерен неполный кистевой захват, ребенок предпочитает мелкие игрушки из-за лучшей возможности их удерживания. В верхних и нижних конечностях (руках и ногах) тонус мышц отличается непостоянством - то снижен, то повышен, гипотония сменяет гипертонию, напоминая пластический, вязкий подкорковый тонус кататонического регистра, что подтверждает разноуровневую несформированность ряда функционирующих систем.

У этих пациентов в основном проявляется интерес не к игрушкам, а к предметам обихода: окружающим туалетным принадлежностям, посуде, крышкам, флаконам, лентам, полоскам бумаги, при этом действия с ними носят примитивный, безролевой, потряхивающий, стереотипный характер. На этом этапе развития пациент-аутист в состоянии перенимать лишь отдельные простые, повторяющиеся бытовые действия, которые постоянно видит в своем окружении. Подражание в таких действиях протекает как бы автоматически, без осмысления сути производимых действий, а отсюда отсутствует придание им функциональной или ролевой значимости. Собственно, наблюдается первое автоматическое подражание элементарным действиям матери, окружающих родных. Игры в игрушки «понарошку» пациент на том этапе не формирует, отвергает. Так, если и наблюдается выбрасывание предметов из контейнера, слежения за ними чаще не происходит, собиранье их без показа не наступает.

Перечисленные моторные и поведенческие формы раннего филогенетического уровня у детей-аутистов сочетаются с отставанием становления речи. Как уже подчеркивалось, речь в первые 3 месяца жизни не формируется, нет гуления. Первые фонемы, лепет, у большинства детей появляются позже 4-6 месяцев, редкие звуки, похожие на слоги, отдельные слова - после 12-14 месяцев. У ряда из обследованных детей, кроме низких горловых криков, невнятных звуков с закрытым ртом, других звуков вовсе не было. У многих пациентов изредка появляются слоги, отдельные слова, обычно без возможности их повтора, в последующем по просьбе. Рецептивная (импрессивная) речь формируется раньше, нежели экспрессивная, прежде всего наступает понимание простых приказов, чаще, когда приказ сочетан с жестикуляторным актом. В отдельных случаях наблюдаются элементы отдельных невнятных фонем, смазанных слов, первых, последних слогов, неполных слов, эгоцентрической, внутренней речи без осознания ее смысла. Изредка возможны эхоталии. Мелодика слов невнятная, нет интонационного переноса. Иногда наблюдается деление произнесенного слова на слоги, растянутое, напевное произношение слов (скандирование), объединение последних и первых слогов из двух произносимых слов (контаминация). Тональность голоса неустойчивая, сила голоса, сменяющаяся от громкого до тихого с частым переходом на внутренние звуки, с так называемым утробным, глухим их произношением. Слово в основном не несет в себе смысловой нагрузки, не коррелирует с объектом, его определяющим.

В периоде 1,8-2,5 лет, физиологически нормальном критическом периоде становления речи, спонтанно начинают вновь углубляться черты отрешения, аутизма. Ребенок замолкает, возникавшие до того попытки к произношению отдельных фонем, слогов, слов пропадают, как и реакция на зов. Уходит прислушивание к звукам, вновь четко отвергается тактильный контакт с родными. В речи преобладают нечленораздельные выкрики, монотонные звуки низкого тона. Развитие рецептивной и экспрессивной речи приостанавливается. Игра приобретает монотонно примитивный, повторяющийся характер. Возникают проблемы с засыпанием, в чередованиях сна и бодрствования появляются черты инверсии. Ребенок перестает жевать, возможно кормление только из бутылки или протертой пищей. Исчезают навыки опрятности, пациенты избегают горшка, оправляются стоя. Углубляется эмоциональная монотонность, у некоторых перемежающаяся с аффективной лабильностью. В последних случаях дети много двигаются, прыгают, лазают, взбираются на высокую мебель. Периодами у них возникают всплески генерализованного возбуждения - прыжки сочетаются со взмахами рук, выкриками.

На этом этапе не только при нормальном развитии, как уже подчеркивалось,

но и у аутистов наблюдается начало следующего критического периода в развитии высшей нервной деятельности. 1 фаза диссолюции в клинике проявляется утратой, опусканием речи на более низкие уровни, в углублении аутистического отрешения, высвобождении отдельных архаических структур как в речи, так и других функциональных сферах, опускании на более низкие филогенетические уровни развития. Вслед идет вторая фаза остановки у этих пациентов, длящаяся до 3-4-6 и более лет. Поведение, игры этих пациентов приобретают еще более примитивный, мало изменчивый характер. Функциональная, сюжетная, ролевая игры не формируются. Резко снижается фиксация внимания на любых сенсорных раздражителях, проявляется его истощаемость. Реакция на сверстников остается искаженной, отвергающей. Попытки с их стороны к речевому, игровому общению вызывают у пациента недоумение, страх, стремление уйти. В зависимости от глубины аутизма (диссолюции), возможны элементы импульсивной агрессии в виде захвата другого ребенка сзади, за шею, попытки забрать игрушку, что может сопровождаться генерализованным эмоциональным и моторным оживлением. Осознания самого себя, сознания Я, чужой и своей игрушки отсутствует. Смена привычного жизненного стереотипа, появление новых объектов, посторонних лиц, попытки вывести на прогулку, в новое место, поменять одежду, предложить новую пищу - все вызывают недоумение, протест, иногда страх. Периодами возникает общая хаотическая агрессия, самоагрессия в виде битья себя руками по подбородку, битья головой (типа бодания) о стену, мать или других лиц, окружающих ребенка. В такой архаической форме ребенок-аутист выражает неудовольствие и защитные действия. При этом отражается и отсутствие им понимания ситуации, возможность нанесения не только окружающим его лицам, но и себе боли. Пациент на этом этапе теряет навыки опрятности, избегает горшка, сам не ест, не может одеваться. Между 2 и 6 годами, иногда вплоть до 8-летнего периода жизни, сдвигов в психическом развитии у этих пациентов практически не выявляется, сохраняется фаза остановки в развитии. Эволюционный скачок задерживается.

В этом периоде очень важно лечение нейропротекторами и проведение разных видов реабилитации, несмотря на их малую успешность.

Катамнез детей с детским аутизмом

Вся группа пациентов в 41 человек с ДА прослежена клинико-динамически до 8 и катамнестически до 10-12 лет. Из 41 только 9 детей с ДА находились в стадии практически полной остановки умственного, речевого, эмоционального развития. Даже в соматофизическом развитии у них отмечались черты инфантильности, отставания, у отдельных из них имела место инфантильная пухлость тела, у всех — общая моторная неуклюжесть на фоне повышенной пластичности. Состояние этих детей после 5-6 лет все последующие годы было относительно стабильным. Критические периоды (в возрасте 7-9 лет, в периодах препубертата и пубертата в 10-14 лет), приносили малозаметные эволютивные подвижки в умственное развитие, развитие тонкой моторики, речевой, эмоциональной и других сфер. К этому возрастному сроку, на период катамнеза, у пациентов обнаруживалось еще большее «запустевание».

Внешний облик характеризовали особая питекоидная осанка, застывшая мимика с редкой, мимолетной фиксацией на окружающих субъектах, объектах, преимущественно стереотипное поведение с падением активности, вялостью, реже однообразным моторным стереотипным поведением. Пациенты понимали лишь отдельные, привычные приказы, в основном жестового уровня. Большую часть дня мало к чему привлекались. Бездействие перемежалось элементарными моторными действиями, погружением в монотонную ходьбу вперед-назад, нередко с цыпоч-

ковым отталкиванием от опоры, полностью не исчезающим, либо лежанием на полу. Иногда они останавливали внимание на мелких предметах, их верчениях.

Подобная игра годами оставалась рудиментарной, стереотипной. Они по-прежнему удерживали в руках одни и те же игрушки, иногда трясли веревочки, листали без фиксации на картинках журналы или рассматривали их в разных проекциях, близко поднося к губам, лицу, словно обнюхивая или тактильно ощущая их. Тут же могли их рвать, разбрасывать клочки, дуть на них. В моторной сфере у них и в последующие годы сохраняется набор архаических движений раннего филогенетического уровня, недоразвитие тонкой моторики. Так, у отдельных пациентов остается расщепленный захват только двумя первыми пальцами кисти, а в крайних 3 пальцах кистей рук возникают волнообразные движения, или длительное, не утомляющее их сжатие в неполный кулак с вытягиванием большого и указательного пальцев кистей рук вперед, периодическое постукивание ими по другой руке или иным объектам. Некоторые из пациентов изо дня в день привлекались к однообразным цветным рекламным на ТВ. Изредка фиксировались на однообразно повторяющихся событиях, когда повтор способствовал усилению сенсорного воздействия. Внимание их было истощаемо, к тому же интерес отсутствовал практически ко всему новому, последнее чаще приносило настороженность, страх.

Клинические особенности пациентов укладываются в картину тяжелого общего умственного, речевого, моторного, эмоционального недоразвития. Черты дефицитарности, искажения обнаруживаются во всех функциональных сферах пациента. Имеет место отставание в формировании тонкой моторики, навыков самообслуживания, игровой деятельности, недоразвитие жизни эмоций, нарушение сознания Я. Уровень IQ колеблется от 35 до 40. В дальнейшем клиническая картина остается мало меняющейся. У 9 обследованных пациентов речевого прорыва, даже на фоне массированного обучения и, обычно запоздалой, терапии классическими и атипичными нейрорептиками в сочетании с нейропротекторами, не было достигнуто. У этих пациентов периодически возникают состояния возбуждения, беспокойство с агрессией и самоагрессией, возможна инверсия сна, падение аппетита без внешних причин, иногда на непривычную смену в окружении, атмосферные перемены. Все эти пациенты нуждались в уходе: шестеро из них были переведены в учреждения социальной защиты, остальные оставались в условиях дома, под наблюдением нанимаемых специалистов по уходу.

Из оставшихся 32 (15,4%) пациентов к 3-4 годам, ко времени сформировавшегося ДА, клиническое состояние исчерпывалось выше описанными признаками. Однако, у 15 (7%) из них в периоде от 2,5 до 3 лет, а у 17 (8%) пациентов в возрасте 6-10 лет на фоне сложной, постоянной реабилитационной — логопедической, дефектологической коррекции, терапии ноотропами, нейропротекторами и нейрорептиками (в минимальных дозах) улавливались отдельные подвижки в психомоторном развитии. У этой группы пациентов отмечалась непереносимость лекарственных доз, близких возрастным (обычно нужна меньшая на половину от возрастной дозы, чем подтверждаются проявления инфантилизма).

Особый интерес представляет наличие у большинства этих детей позитивного сдвига в развитии не со времени введения терапевтически-коррекционной работы, а позже, в периоде отставленного возрастного криза, после 5-7-летнего возраста. И на этом этапе у пациентов психическая деятельность оставалась еще резко обедненной, рецептивная и экспрессивная речь отсутствовала, абстрактные формы познания были недоразвиты. Отсутствовало подражание в деятельности, сохранялись симптомы тождества. Психическая косность сочеталась с аффектив-

ной неустойчивостью, чрезвычайной чувствительностью к смене ситуации.

Коррекционные воздействия, направленные на восстановление задержанного развития пациентов, обычно проводят с учетом уровня, до которого произошло их снижение (психомоторная задержка). В реабилитации ребенок с ДА должен пройти восстановление утраченных функций с самого начала, в той последовательности, что и при нормально протекающем онтогенезе. Чаще, особенно в психологической практике, восстановление начинают с так называемого «нулевого уровня», учитывая очередность становления всех функциональных сфер, происходящую при нормальном развитии ребенка.

Иногда реабилитация идет лучше, если ее начинают точно с того уровня, до которого произошло высвобождение функциональных сфер (т. е. диссолюция в критическом периоде при становлении ДА). В реабилитации этой группы пациентов прежде подвергаются частичной нивелировке архаические симптомы в разных функциональных сферах. Затем появляется слежение за рукой, ее движением к предмету. Прислушивание сочетается с фиксацией и на других сенсорных раздражителях. Позднее всего наблюдается восстановление речи — тоже последовательно, начиная с фонем, далее - отдельных слогов, слов с помощью вовлечения в реабилитацию всех анализаторных систем (зрительной, слуховой, тактильной, и других).

Исходя из анализа катamnестического материала, следует подчеркнуть, что если период реабилитации сочетается с этапом критического периода, именно с фазой эволюционного скачка, прогноз подвижки в развитии ребенка становится более обоснованным. Если развитие ребенка стимулируется на уровне «диссолюции, обнуления» остановки в развитии всех функциональных систем (в периоде становления ДА), возврат эволюционной подвижки идет медленно и поэтапно. В таких случаях необходима умелая, целостная стимуляция разных функциональных систем. Обычное моно-функциональное воздействие и последовательная реабилитация, начинаемая с низших — тактильного, обонятельного, вкусового анализаторов, с последующим введением высших - зрительного, слухового и других анализаторов, зачастую не только не дает результатов, а далеко не всегда полезна.

Причем надо особо подчеркнуть, что дети-аутисты, несмотря казалось бы на внешнюю схожесть, эквивиальность у них аутистических проявлений, отличаются большой индивидуальностью, разным врожденным личностным фоном, и отсюда стандарт в коррекционной работе, прогнозе, терапии всегда затруднен. Необходимо все-таки отметить, что если на фоне становления ДА, уже в периоде 2-3 года жизни пациентов, проводится терапевтически-коррекционная реабилитация, то тем чаще в этих случаях происходит стимуляция пусть отставленного до возраста 3,5-4 лет, искаженного эволюционного скачка с возможностью появления явных положительных сдвигов в развитии ребенка.

В состоянии этих пациентов стихает стереотипность в поведении, урежаются всплески беспочвенного парализованного возбуждения, появляются положительные подвижки в соматовегетативной сфере (улучшается аппетит, исчезает избирательность в выборе пищи, смягчаются явления дисбактериоза, ребенок прибавляет в росте, весе), частично нивелируются архаические формы в моторике и поведении, как и других сферах деятельности. Сдвиг в психомоторном, речевом развитии начинается прежде со становления рецептивной, а затем и примитивной экспрессивной речи. На этом уровне еще длительно сохраняются аутистические обедненные формы поведения, незрелость сознания Я, бедная, стереотипная игровая деятельность.

Отдельные из этих детей смогли заниматься индивидуально, обучались по-

словному чтению, механическому счету, осваивали элементарные формы предметов, цветовую гамму, начинали постигать навыки самообслуживания, опрятности, подчиняться режимным моментам. Они постепенно оживают эмоционально (отличают родных от окружающих, испытывают радость в тактильных формах общения, идет становление привязанности к ним). Появляются личностные проявления в форме отказных реакций, выражения желаний, попытки функциональной игры, выполнение ролевых функций в них.

Отмеченные особенности в задержке умственного развития, речи, моторики полностью не преодолеваются и к 6-8 годам. У этих детей превалирует образное мышление, абстрактные формы познания остаются недоразвитыми. Психическая деятельность несет в себе черты стереотипности, в поведении сохраняются симптомы шаблонного постоянства. Словарный запас пополняется трудно, нет участия в диалоге. Лишь постепенно, с помощью введения массажа, отчасти нивелируется расщепленный захват в кистях рук, формируется трехпальцевой (кистевой) захват и тонкие моторные навыки. Урежаются цыпочковое отталкивание от опоры на фоне обычной ходьбы и генерализованные проявления моторного возбуждения с взмахами кистями рук. IQ этих больных варьирует от 40-50 до 70.

Ряд из этих детей смогли начать обучение в коррекционных классах, усваивать программу преимущественно по чтению, письму, труднее шло освоение счетных операций, в более редких случаях у них возникал интерес к цифрам, манипуляциям с ними или к компьютерными играми.

У отдельных пациентов в последующие годы в периоде отставленного второго возрастного критического периода (8-9 лет) в фазах диссолюции и остановки возможно нерезкое оживление архаических симптомов с усилением стереотипности в поведении, более явной становится эмоциональная неустойчивость, эпизоды беспокойства, инверсия сна, состояния вялости, астении. Интерес представляет появление новых личностных истероформных, психопатоподобных реакций с агрессией, самоагрессией, подтверждающее определенное движение в развитии личности.

У всех детей этой группы в возрасте 12-14 лет, в пубертатном критическом периоде, в фазе диссолюции почти не наблюдалось возврата филогенетически древних архаических признаков, отмечаемых и описанных ранее в первых критических периодах в первые годы жизни этих пациентов. В клинике критических периодов пубертата формируются более сложные личностные расстройства типа дистимий, истероформных и психопатоподобных реакций с примитивными влечениями, становятся более отчетливыми расстройства мышления, высших корковых функций.

Лишь в редких случаях у отдельных пациентов со злокачественным течением ДА (без становления речи) в периоды пубертата по-прежнему в клинической картине возможны значительные нарушения критического периода с реализацией ряда функций филогенетического уровня в пределах разных функциональных сфер и проявления вновь тяжелой остановки в психическом развитии. Тогда наблюдается отказ от элементарных навыков речи, переход на монотонные выкрики, горловые звуки низкого тона. Пропадают даже элементарная стереотипная деятельность, самообслуживание, навыки опрятности. В моторной сфере возможны оживление архаических взмахов кистями рук, редко возврат ходьбы на цыпочках по кругу, назад-вперед по прямой, ходьба на четвереньках, лазание. Иногда психопатоподобные проявления сочетаются с агрессией и самоагрессией, дисфорическими компонентами в настроении. Выход из этих состояний затяжной, длящийся в отдельных случаях несколько лет, весь растянутый период пубертата.

Заключение

Известно, что до настоящего времени диагностика ДА основывается преимущественно на базе психопатологического метода. Полученные в настоящем исследовании факты показали, что при такой оценке структурная сущность ДА остается мало понятной. Опираясь на собственный материал, можно подтвердить, что хронобиологический, эволюционный подход, используемый в характеристиках многоуровневых единых функционирующих систем (моторной, соматовегетативной, слуховой, зрительной и других), их соподчиняемости, дезинтегративности, способствует открытию ряда новых патологических симптомокомплексов в клинике ДА, коррелирующих с корковыми, подкорковыми, корково-цереbellарными, архаическими уровнями нервной системы.

Патологические изменения в критических периодах пациентов подростков с ДА возникают, как и в раннем детстве, в трех главных критических периодах, что собственно наблюдается в развитии каждой обособленной функциональной системы, так и всего организма в целом, что подтверждает особую уязвимость критических периодов, их пусковое значение в формировании аутистических проявлений.

Как видим, четко подтверждено, что начало ДА может приходиться на пренатальный, натальный, перинатальный периоды развития ребенка. Обнаружена взаимосвязь начала ДА с критическим периодом развития: в 1-й фазе диссоциации нарушается уровневое соподчинение корково-подкорковых, архаических функций корковым функциям, во 2-й фазе наблюдается остановка в развитии, в 3-й фазе имеют место искажение и отставленность эволюционного скачка. Все обнаруженные в круге ДА патологические протопатические признаки являются следствием дезинтегративного расщепления, нарушения соподчиняемости филогенетически архаических структур высшим корковым структурам, опусканию деятельности во всех функциональных сферах на филогенетически более незрелые уровни, или регистры, по А.В. Снежневскому (1972).

Анализ патологической структуры базовых функциональных сфер у пациентов с ДА в аспекте не только онтогенетического, но и в особенности филогенетического уровней, их нарушенного соподчинения, помогает установить характер нарушений в круге каждой многоуровневой функциональной системы (моторной, эмоциональной, соматовегетативной, речевой и др.) и раскрыть сущность сложнейшей картины детского аутизма на всех этапах его становления.

Таким образом, удалось показать, что на начальном этапе развития ДА явления нарушения соподчиняемости, спутанности и замены в уровне функционирования происходят собственно не от наличия «минус ткани», как при органическом поражении ЦНС, а от утраты гармонического уровневого соподчинения функционирующих систем высшим корковым структурам, от проявления спутанности в разноуровневом функционировании (высших корковых, паллидарно-стриарных подкорковых, цереbellарных, рубро-спинальных уровней). Лишь спустя 3-6 и более месяцев от начала становления ДА, если 2 фаза остановки критического периода не сменяется эволюционным скачком, наступает устойчивая замена корковых функций архаическими функциями. В клинической картине начинают превалировать регистры филогенетических уровней.

Анализ катамнестического обследования больных с ДА позволил установить соотношение аутистического расстройства с 3-мя фазными критическими периодами развития. При манифестации ДА аутизм как признак коррелирует с нарушением 1-й фазы диссоциации (обнуления); регрессивные проявления соотносятся с конечным периодом высвобождения, периодом более глубокого обнуления, чем в норме, и с нарушениями 2-й фазы в виде не только остановки развития, а удлиняющейся ее продолжительности; наконец, происходит видоизменение и отставленность становления 3-й фазы — эволюционного скачка, который в четверти случа-

ев ДА деформируется или вовсе не наступает. Как видим, фаза высвобождения, диссолюции специфична началу любого нормально протекающего критического периода развития. Можно предположить, что фаза диссолюции по сути и есть в психопатологическом понимании проявление аутизма, т. е. отрешения, или высвобождения функциональных структур от высшего коркового влияния, или «обнуление», по Скворцову И.А., Бадалян Л.О.(1981), Скворцову И.А. (2003, 2008).

Поскольку человеческий организм представлен разноуровневыми функциональными сферами и их разновозрастным, последовательным развитием, усложнением, особый интерес представляет искажение течения фаз диссолюции, остановки и изменения качества эволюционного скачка, что в целом приводит к распаду, расщеплению единства в становлении отдельных функциональных сфер и остановке в развитии организма в целом. Формирование ДА, сбивка в фазных тенденциях критического периода наиболее отчетливо обнаруживается в первые 3 года развития ребенка-аутиста. Этот период и рассматривается как основной период становления ДА, согласно МКБ-10, ВОЗ (1994, 1999), что подтверждается проведенными исследованиями в представленном сообщении. Следствием этих процессов является становление аутистического расстройства типа ДА, для которого характерны аутизм, диссоциированная, дезинтегративная задержка, регресс, остановка психофизического развития ребенка.

Итак, ДА, с одной стороны, это психическое расстройство с расщеплением, диссолюцией (освобождением от высшего коркового контроля и взаимоподчиняемости в структуре многоуровневых филогенетических и онтогенетических функциональных систем организма ребенка), с другой, ДА - это нарушенное развитие, которое запускается в критические периоды роста, в которые возможно опускание функционирования на низшие уровни многоуровневых функциональных сфер, т. е. с регрессом и последующей остановкой на нижнем уровне развития.

Поскольку при выявленной эквивалентности аутистических проявлений глубина и тяжесть ДА индивидуальна, то и зависят эти факты не только от нарушения течения критического периода, но и от фона, почвы, врожденной личностной структуры ребенка, чем объясняется многообразие форм ДА и их разный прогноз.

Рассмотренные особенности клиники ДА практически не анализировались в аспекте хронобиологического уровневого взаимодействия, в филогенетическом и онтогенетическом ракурсе становления функциональных систем, особенно в критические возрастные периоды развития. В данной статье сделана попытка восполнить указанный пробел. Знание представленных в работе признаков филогенетического ряда, проявляющихся в структуре ДА, несомненно представляет базу его ранней (еще 1 года жизни) диагностики и лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Башина В.М., Пивоварова Г.Н. Синдром аутизма у детей (обзор) // Журн. невропатол. и психиатр. – 1970, Т. 70, вып. 6. – С. 941-946.
2. Башина В.М. О синдроме раннего детского аутизма Каннера // Журн. невропатол. и психиатр. – 1974, Т. 74, вып. 10. - С. 1538-1542.
3. Башина В.М. Катамнез больных с синдромом раннего инфантильного аутизма Каннера// Журн. невропатол. и психиатр. - 1977, Т. 77, вып. 10. - С. 1532-1536.
4. Башина В.М. Ранняя детская шизофрения (статика и динамика). - М.: «Медицина», 1980. - 248 с.; 2 изд., 1989. - 253 с.
5. Башина В.М. Аутизм в детстве. - М: «Медицина», 1989. - 236 с.,
6. Башина В.М. Глава: Аутистические расстройства. Психиатрия. Национальное руководство (Гл. ред. - акад. РАМН Т.Б. Дмитриева, проф. В.Н. Краснов, проф. Н.Г. Незнанов, акад. РАМН В.Я. Семке, акад. РАМН А.С. Тиганов. Отв. ред. чл.-кор. РАМН Ю.А. Александровский). - М.: «ГЕОТАР-Медиа», 2009. – С. 700-728.
7. Башина В.М., Скворцов И.А. и соавтор. Синдром Ретта и некоторые ас-

пекты его лечения // Альманах «Исцеление». - 2000, вып. 3. - С. 133-138.

8. Вроно М.Ш., Башина В.М. Синдром Каннера и детская шизофрения // Журн. невропатол. и психиатр. - 1975, Т. 75, вып. 9. - С. 1379-1383.

9. Горбачевская Н.Л., Башина В.М., Изнак А.Ф. Использование данных ЭЭГ-картирования для изучения первазивных расстройств развития // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. - 2003, № 1 (27). - С. 103-106.

10. Гуревич М.О. Психопатология детского возраста. Издание 2. - М.: «Медгиз», 1932.

11. Маринчева Г.С, Гаврилов В.И. Умственная отсталость при наследственных заболеваниях. - М.: «Медицина», 1988. - 256 с.

12. Мнухин С.С, Исаев Д.Н. Об органической основе некоторых шизоидных и аутистических психопатий // Актуальные вопросы клинической психопатологии и лечения психических заболеваний. - Л., 1969. - С. 122-131.

13. МКБ-10 (ICD-10). Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Перевод на русский язык под редакцией Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. Всемирная организация здравоохранения. Россия. - СПб.: «Адис», 1994. - 333 с.

14. Никольская О.С. и др. Аутичный ребенок, пути помощи. - М.: «ТЕРЕВИНФ», 1997. - 344 с.

15. Озерцкий Н.И. Психомоторика. - М., 1930.

16. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. Руководство, основанное на Международной классификации психических болезней 10 пересмотра (МКБ-10). Для подготовки врача к получению сертификата по психиатрии. - М.: «Экспертное Бюро», 1997. - 496 с.

17. Проселкова М.О. Особенности психического здоровья детей-сирот. Автореф. канд. мед. наук., 1998. - 26 с.

19. Проселкова М.О., Башина В.М., Козловская Г.В. // Журн. невропат. и психиатр. - 1995, Т. 95, вып. 5. - С. 52-56.

20. Руководство, по психиатрии. Аутистические расстройства. (Под ред. А.С. Тиганова). - М. «Медицина». 1999, 2 том.- С. 685-704.

21. Скворцов И.А., Башина В.М., Ройтман Г.В. Применение метода Скворцова-Осипенко в лечении синдрома аутизма при детском церебральном параличе и генетически обусловленной умственной отсталости (синдроме Мартина-Белл) // Альманах «Исцеление», 1997, вып. 3. - С. 125-132.

22. Скворцов И.А. Развитие нервной системы у детей в норме и патологии. - М., «Медпресс-информ», 2003. - 282 с.

23. Скворцов И.А. Неврология развития. - М.: «Litterra», 2008. - 536 с.

24. Стребелева Е.А. Коррекционная помощь детям раннего возраста с органическим поражением центральной нервной системы в группах кратковременного пребывания (Под ред. Е.А. Стребелевой). Издание 2-е.- М.: «Экзамен», 2004. - 128 с.

25. Симсон Т.П. Невропатии, психопатии и реактивные состояния младенческого возраста. = М.: Госмедиздат, 1929. - 256 с.

26. Сухарева Г.Е. Клиника шизофрении у детей и подростков. Киев: Госмедиздат УССР, 1937. - 107 с.

27. Сухарева Г.Е. Шизоидные психопатии детского возраста // Вопросы детской психоневрологии. Вып 2., 1926..

28. Снежневский А.В. О нозологии психических расстройств // Журн. невропатол. и психиатр. - 1975., Т. 75, вып. 1. - С. 138-143.

29. Снежневский А.В. Шизофрения: мультидисциплинарное исследование (Под ред. А.В. Снежневского). - М.: «Медицина», 1972.

30. Тиганов А.С., Башина В.М. Состояние проблемы аутизма в детстве // Сборник материалов XIV (LXXVII) сессии общего собрания Российской академии медицинских наук, посвященной 60-летию Академии медицинских наук. Научные

основы охраны здоровья детей. - М., 2004. - С. 93-1004.

31. Тиганов А.С., Башина В.М. Современные подходы к пониманию аутизма в детстве // Журн. невропатол., и психиатр. – 2005, Т. 195, вып.8. - С. 4-13.
32. Ушаков П.К. Психиатрия детского возраста. - М.: «Медицина», 1973.
33. Чехова А.Н. Течение шизофренического процесса, начавшегося в детском возрасте. - М., 1963.
34. Шизофрения, мультидисциплинарное исследование (Под ред. А.В. Снежневского). -М.: «Медицина», 1972. – С. 5-15.
35. Юрьева О.П. О типах дизонтогенеза у детей, больных шизофренией // Журн. неврол. и психиатр. – 1970, Т. 70, вып. 8ю – С. 1229-1235.
36. Amir R.T., et al. Rett syndrome. Is caused by mutation in X-linked MECP2, encoding methyl-CpG - binding protein 2. // Nat Genet. 1999. - Vol. 23. - P.185-188.
37. Bleuler E. Руководство по психиатрии. - Берлин, 1911 (1920).
38. DSM-IV. Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders. 4 th. Edition. - Washington. DC American Psychiatric Association.
39. Gillberg Ch., Peeters T. Autism medical and educational aspects. 1995. p., 107 .D 1995 /1060/102.
40. Gillberg Ch. Autism spectrum disorders. In 16-th World Congress of International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (Berlin, 22-26 august 2004). Darmstadt. P., 3, 2004.
41. Gorbachevskaya N. L., Bashina V., Gratchev V.V. Iznak A. Cerebrolysin therapy in Rett syndrome: clinical and EEG mapping study. BREIN & DEV. Official Journal of the Japanese Society of Child Neurology (2001).
42. Hertz-Pissiotto I. and Delwiche L., Epidemiology, vol. 20, No. 1, January 2009, 84-90.
43. Kanner L. Autistic disturbances of affective contact. Nerv. Child. 1943, 2. – 217 p.
44. Kanner L.J. Follow-up study of eleven autistic children originally reported in 1943. In Autism and Child Schizophrenia. 1971; 1; 119.
45. Krevelen van A.D. Problems of differential diagnosis between mental retardation and autism infantum. Acta Paedopsychiatrica. - 1977.- Vol.39., - P. 8-10.47.
46. Nissen G. — Classification of autistic syndromes in childhood. In: Proc. 4th UEP Congress. - Stockholm. - 1971. - P. 501-508.
48. Prevalence of autism in Brick Township». New Jercey, 1998: Community Report. Centers for disease control and prevention, April, 2000. (Susan E. Brusson et al, Canadian study. 1988). Цит. ARRI. 2009; vol. 14, № 2. - P. 3.
49. Rutter M. Concept of autism // Journal of autism and Childhood Schizophrenia. - 1978. –N 8. - P. 139-161.
50. Rimland B. Rett syndrome progressive, affects only girls // Autism Research Review International. – 1987, Vol.1, N 2. - P. 6.
51. Remschmidt, H., Autismus. Erscheinungsformen, Ursachen, Hilfen / Verlag C.H. Beck, 1999 (пер. с немецкого Т.Н. Дмитриевой. – М.: «Медицина», 2003).
52. Sugijama Toshiro and Tokuishiro Ab. 1989 Japanes studies: 13-16 per 10,000 (found 16 cases of autism among 12,263 children). (цит. Steven W. Hetts JAMA-Russia, Vol. 1, September 1998. - P. 12-26).
53. WHO. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. Clinical descriptions and guidelines. Geneva. 1994.
54. Yamaschita Y., Matsuischi T., Kondo I. et al. Mutation type in the metil CPq binding protein 2 (MeCP in Rett patients with preserved speech). World Congress of Rett Syndrome. 2000, Nagana (Japan). 2000). (H.T. Steven W. Hetts. JAMA-Russia, Vol.1, September 1998. - P. 2-26).
55. Wing L. Language, social and cognitive impairments in autism and severe mental retardation // Journal of autism and Developmental Disorders, 11, 31, (1981).

А.Л. Саватеева, О.В. Саватеева

**СОЦИАЛИЗАЦИЯ ПОДРОСТКОВ С ОВЗ И ДЕЛИНКВЕНТНЫМ
ПОВЕДЕНИЕМ В УСЛОВИЯХ ОБУЧЕНИЯ В ШКОЛЕ-ИНТЕРНАТЕ**
**ГОУ Ярославской области Специальная (коррекционная) общеобразова-
тельная школа-интернат № 8, Ярославский государственный университет
им. П.Г. Демидова (Ярославль).**

Резюме. В статье рассматривается проблема социализации подростков с ОВЗ и криминальным поведением в условиях обучения в школе-интернате. Вопросы инклюзивного образования лиц с ОВЗ. Авторы знакомят с результатами собственных исследований.

Ключевые слова: социализация, инклюзия, криминальное поведение.

Создание образовательной среды, обеспечивающей доступность качественного образования для детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) с учетом их психофизического развития – одно из приоритетных направлений деятельности Министерства образования и науки РФ. В законе «Об образовании в Российской Федерации», вступившем в силу с 01.09.13 года, предусмотрена отдельная статья, касающаяся организации получения образования этими детьми (ст. 79). Формы различны: совместно с обучающимися, не имеющими проблем со здоровьем, в отдельных классах (группах), в отдельных организациях, осуществляющих образовательную деятельность.

Бесспорно, инклюзивное образование лиц с ОВЗ в обычных общеобразовательных школах является перспективным направлением. Однако такая форма, на наш взгляд, мало подходит для детей с интеллектуальными нарушениями, имеющими выраженные поведенческие расстройства. Следует обратить внимание на мягкую позицию законодателя к проблеме их ответственности, содержащуюся в п. 5 ст. 43 закона «Об образовании в Российской Федерации»: «Меры дисциплинарного взыскания не применяются к обучающимся по образовательным программам дошкольного, начального общего образования, а также к обучающимся с ограниченными возможностями здоровья (с задержкой психического развития и различными формами умственной отсталости)». Можно предположить, что любой проступок, совершенный этими учащимся, остается безнаказанным, что приводит в конечном итоге к формированию вседозволенности.

Зачастую такие дети, обучаясь в среде нормально развивающихся сверстников, демонстрируют взрывчатость, агрессивность, неуправляемость. У них формируется комплекс неполноценности. Можно наблюдать примитивность их поступков, отсутствие борьбы мотивов при принятии решений. Кроме того, они внушаемы, неспособны самостоятельно корригировать свое поведение, не умеют ориентироваться в конкретной ситуации, адаптироваться к ней. Совершая неправильные поступки, они чаще всего не прогнозируют их последствия, не видят в своих действиях ничего предосудительного, действуют, удовлетворяя сиюминутный интерес или желание получить удовольствие. Отвергаемые одноклассниками, а нередко и педагогами, они постепенно «уходят» в криминальную среду. Испытывая острую потребность в самоутверждении, часто дают неадекватные реакции на ненормальный социально-психологический климат в детском коллективе, в частности на недоброжелательное и насмешливое отношение к ним. «Обиженные» подростки, втянутые в преступные группы, чувствуют себя там более раскованно, находят в этой среде «настоящих» то-

варищей, «своих» людей, которые относятся к ним с «пониманием» и «уважением».

Родители, изначально настаивающие на обучении своих детей в обычных школах, утрачивают контроль над ними и принимают запоздалые меры к устройству их в специальные (коррекционные) школы или школы–интернаты.

В 70-90 гг. прошлого века вопросы детской и подростковой преступности являлись предметом глубоких научных исследований. Можно найти немало статей и монографий того времени, содержащих статистические данные, анализ причин аномального поведения олигофренов. Данная проблема актуальна и сегодня как для общества, так и для правоприменительной практики, но ей уделяется недостаточно внимания. Многочисленные комплексные обследования подростков с криминальным поведением показали, что доля несовершеннолетних с психическими отклонениями среди правонарушителей несовершеннолетних достигает 50%, олигофренов среди правонарушителей в 2-3 раза больше, чем лиц с другими психическими аномалиями.

Б. Холыст [6] приводит следующие данные: доля умственно отсталых среди несовершеннолетних правонарушителей мужского пола составляет 46%. Более одной трети (36,4%) - подростки с нарушениями социальной адаптации, а также несовершеннолетние и молодые преступники, имеющие небольшое отставание в умственном развитии.

По данным отечественных криминологов? в 90-е годы XX-начале XXI века доля несовершеннолетних, совершивших преступления, значительно возросла: насильственных в 2,5 раза, доля грабежей - на 30%, разбоев и умышленных убийств - на 50%, тяжких телесных повреждений - на 30%.

Н.Г. Иванов [4], рассуждая о психосоциальных основах поведения лиц с психическими аномалиями в свете уголовной ответственности, пишет о том, что под психическими аномалиями в широком смысле слова следует понимать все те психические процессы, которые характеризуются дисбалансом сил возбуждения и торможения. Автор считает, когда процессы возбуждения преобладают над процессами торможения, подростками совершаются преступления «по страсти, увлечению, несдержанности, легкомыслию». Психические аномалии, по мнению автора, - это расстройства психической деятельности, не исключают вменяемости, но влекущие личностные изменения, которые и приводят к отклоняющемуся поведению. Такие аномалии ослабляют сдерживающие контрольные механизмы. Они препятствуют усвоению детьми общественных ценностей, установлению нормальных связей и отношений; мешают заниматься определенными видами деятельности или вообще трудиться, в связи с чем повышается вероятность совершения ими противоправных действий. Психическая патология может развиваться скрытно, никак не проявляясь, и восприниматься окружающими как странности характера.

Совершившие преступления подростки, при наличии умственной отсталости могут быть признаны невменяемыми (в основном это дети с умеренной умственной отсталостью); с легкой умственной отсталостью, как правило, признаются вменяемыми. Тяжелая и глубокая умственная отсталость интереса для юриспруденции не представляет.

Изучая литературу по проблеме, мы познакомились с исследованиями Д. А. Дриля [2], чьи работы относятся к концу XIX–началу XX века. Разработанные им положения в области уголовного права, реабилитационной педагогики используются до сих пор.

Он придавал большое значение психиатрии как науке, помогающей понять причины преступного поведения. Систематизировал причины детской преступности следующим образом:

1. Непосредственные (особенности психофизической организации ребенка).

2. Опосредованные, заключающиеся в неблагоприятных внешних условиях, под влиянием которых вырабатываются первые.

Ученые считают, что преступное поведение подростков обусловлено как социальными, так и биологическими процессами. Для специалистов совершенно очевидно, что развитие психики ребенка формируется под влиянием социальных факторов. Игнорирование биологического фактора приводит к бесполезности воспитательных мероприятий, но и вмешательство врача далеко не всегда способно привести к желаемым результатам, поскольку не может устранить всех причин, вызывающих нервно-психическое расстройство. Причины социального характера, различные психотравмирующие ситуации, которые переживает подросток в семье и школе, выходят на первый план.

В.Н. Липский [5] говорит о том, и с этим нельзя не согласиться, что у олигофренов отсутствует фатальная предрасположенность к преступлениям, и только совместная, комплексная работа специалистов (врачей, педагогов, психологов) способна благотворно повлиять на подростков, склонных к совершению преступлений. Иначе говоря, не столько опасна сама по себе психическая аномалия, сколько опасны игнорирование особенностей неполноценной психики ребенка и неправильные меры в отношении его.

Характер преступного посягательства - это результат взаимодействия таких факторов, как вид и степень психического отклонения, пол, возраст, состояние опьянения, и других между собой и определенными социальными и социально-психологическими явлениями действительности. Каждый фактор, взятый в отдельности, сам по себе не может способствовать криминалу, поскольку он оказывает негативное воздействие лишь в связи с другими явлениями.

Самым распространенным преступлением среди несовершеннолетних с психическими аномалиями является кража (примерно, 60% от всех совершенных ими преступлений). Причем кражи совершаются ими в основном самостоятельно. Грабеж олигофренами в большинстве случаев (более 50%) совершается в группе, при этом они выполняют лишь вспомогательные функции.

Мы провели исследования на базе ГОУ ЯО специальной (коррекционной) школы-интерната № 8 г. Ярославля. Учреждение функционирует с 1988 г. За этот период его окончили 402 человека. По сведениям, которыми располагают администрация и педагоги, работающие со дня основания учреждения, преступления совершили около 20% выпускников. В подавляющем большинстве случаев это трудоспособные, дееспособные и вменяемые лица мужского пола с диагнозом «умственная отсталость легкая». Данные, характеризующие личностные особенности несовершеннолетних олигофренов, взяты из материалов личных дел: характеристик, актов обследования жилищных условий, запросов правоохранительных органов. Работа с документами позволила сформировать объективный взгляд для понимания взаимосвязи личности и социальной среды.

Педагогический коллектив владеет ситуацией и осознает меру своей ответственности за будущее нынешних воспитанников. Образование в школе-интернате направлено на социальную адаптацию детей и подростков, которая ведется с учетом психического состояния и личностных особенностей воспитанников. Педагоги работают совместно с психологом и психиатрами, которые наблюдают детей на участках по месту жительства. Совместными усилиями мы оказываем квалифицированную педагогическую, психологическую и медицинскую помощь. Дети находятся в учреждении в течение всего дня, что позволяет контролировать их досуг и направлять энергию в мирных целях. Профессионально-трудовое обучение и профессиональная подготовка по направлениям обеспечивают занятость учащихся. Школа оказывает выпускникам помощь в трудоустройстве, имея прочные связи с

предприятиями города. Социальной службой ведется совместная работа со всеми заинтересованными органами по профилактике правонарушений, с семьями «трудных» подростков. На внутришкольном учете состоят 10% детей.

Существует точка зрения, озвученная в исследованиях, что подростки с нарушением интеллекта, обучающиеся в специальных школах, при прочих равных условиях совершают антиобщественные поступки примерно в 1,9 раза реже проблемных подростков, обучающихся в общеобразовательных школах. Это значит, что те требования, которые предъявляются к ним, соответствуют их возможностям, способствуют удовлетворению многих потребностей и в частности потребности в самоутверждении, которую им весьма трудно удовлетворить в общеобразовательной школе, где они всегда на плохом счету.

Создание социально-психологического климата, соответствующего особенностям неполноценной психики несовершеннолетнего, необходимо не только по месту учебы этого несовершеннолетнего, но и по месту его работы, жительства.

Меры профилактики преступности подростков–олигофренов:

- 1) обучение в специализированных общеобразовательных учреждениях;
- 2) наблюдение у психиатра, грамотная медикаментозная терапия;
- 3) профессионально-трудовая подготовка, обучение посильному труду, дальнейшее трудоустройство;
- 4) развитие способностей детей средствами искусства, спорта, чтобы подросток смог реализовать себя и был занят;
- 5) создание специализированных социальных служб, которые сопровождали бы этих детей во взрослом возрасте;
- 6) нравственное и правовое воспитание;
- 7) взаимодействие образовательного учреждения с правоохранительными органами, структурами, стоящими на защите прав, интересов детей и подростков.

ЛИТЕРАТУРА

1. В.А. Гурьева, Т.Б. Дмитриева, В.Я. Гиндикин и др. Клиническая и судебная подростковая психиатрия / Под ред. В.А. Гурьевой. - М.: Генезис, 2001. – 408 с.
2. Дриль Д. Малолетние преступники: Этюд по вопросу человеческой преступности, ее факторах и средствах борьбы с ней. - М., 1884. – 320 с.
3. Емельянов В.П. Преступность несовершеннолетних с психическими аномалиями / Под ред. И.С. Ноя. — Саратов: Саратовский университет, 1980. — 97 с.
4. Иванов Н.Г. Аномальный субъект преступления. - М.: Закон и право, ЮНИТИ, 1998. - 224 с.
5. Липский В.Н. Насильственная преступность несовершеннолетних лиц с психическими аномалиями как общесоциальная и криминологическая проблема // Вестник Санкт-Петербургского университета МВД России. -2008. - № 3. - С. 118–123
6. Холыст Б. Криминология. Основные проблемы / Под ред.: Стручков Н.А. (Предисл.); Пер.: Коган В.М. - М.: Юрид. лит., 1980. - 263 с.

Anna Savateeva, O.V. Savateeva

SOCIALIZATION ADOLESCENTS WITH HIA AND DELINQUENT BEHAVIOR IN THE LEARNING ENVIRONMENT OF A BOARDING SCHOOL

GOU Yaroslavl region of special (correctional) boarding school № 8, Yaroslavl State University. PG Demidov (Yaroslavl).

Summary: The article deals with the problem of socialization of adolescents-oligophrenics with criminal behavior in the school - a boarding school. Inclusive education of persons with HIA. The authors introduce the results of their own research.

Keywords: socialization, inclusion, criminal behavior

А.С. Антипов, В.Ф. Сухих, С.Г. Бронникова
СТАЖИРОВОЧНАЯ ПЛОЩАДКА КАК ИНФРАСТРУКТУРА
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ПЕДАГОГОВ
ГБОУ Гимназия № 1573 (Москва).

Резюме. В статье представлен опыт реализации стажировочной площадки по профилактике аддиктивного поведения у обучающихся гимназии. Описание включает: поддержку общеобразовательных организаций и создаваемых инновационных сетей, реализующих профилактические проекты, включенные как в предметное содержание уроков, так и во внеклассную, нешкольную воспитательную работу. Приводятся веские аргументы в пользу того, что стажировочная инновационная площадка является инфраструктурой профессионального развития педагогов, занимающихся профилактикой аддикций.

Ключевые слова: стажировочная площадка, профессиональное развитие, профилактика аддикций.

Гимназия № 1573 является стажировочной площадкой Федерального центра по теме: «Профилактика приобщения к употреблению психоактивных веществ на основе формирования здорового стиля жизни в рамках развития сетевого взаимодействия образовательных учреждений».

Проект направлен на реализацию современных моделей охраны и укрепления здоровья обучающихся, формирования культуры здоровья, профилактики употребления табака, алкоголя и наркотиков.

Реализация данного проекта включает в том числе: поддержку общеобразовательных учреждений и создаваемых инновационных сетей, реализующих профилактические проекты, включенные как в предметное содержание уроков, так и во внеклассную, нешкольную воспитательную работу в соответствии с ФГОС.

Проект обеспечивает достижение образовательных результатов по формированию ресурсов личности, которая способна к полноценной самореализации и нормативному функционированию в различных жизненных ситуациях не прибегая к употреблению психоактивных веществ.

В ходе деятельности стажировочной инновационной площадки **проводятся мероприятия, направленные на все основные целевые группы профилактики** (обучающихся, педагогических работников, семью и значимое окружение обучающихся):

- реализация программ формирования социальной компетентности, навыков межличностного общения, безопасного поведения;
- организация мониторинга пространства социализации детей и подростков, направленного на своевременное выявление рисков отклоняющегося поведения, факторов их обуславливающих;
- поддержка общеобразовательных учреждений - участников инновационных сетей, реализующих проекты профилактики асоциального поведения и правонарушений в детско-подростковой среде;
- поддержка комплексных проектов психолого-педагогической помощи детям групп социального риска;
- проведение на базе стажировочной площадки открытых мероприятий для распространения лучших практик в сфере формирования культуры здорового образа жизни и профилактики зависимых форм поведения.

Программные мероприятия стажировочной площадка решают следующие **цели:**

1. Совершенствование технологий антинаркотической направленности в рамках позитивно ориентированной профилактической деятельности образовательных учреждений - участников сети.

2. Укрепление сетевого социального партнерства и межпрофессионального взаимодействия субъектов профилактики.

3. Трансляция инновационного содержания в массовую педагогическую практику, результатом которой станет, прежде всего, сохранение и укрепление здоровья обучающихся, в соответствии с Федеральным Законом № 273 «Об образовании в Российской Федерации» и реализацией требований ФГОС нового поколения.

Практическая реализация поставленных целей конкретизируется в движении от локальных педагогических инициатив, которые проходят свое становление как инновационные прецеденты, обеспечивающие новое качество профилактической деятельности на основании новой Концепции профилактики употребления психоактивных веществ в образовательной среде (утверждена Минобрнауки РФ 5 сентября 2011 г.).

Мероприятия стажировочной площадки решают следующие **задачи**:

1. Мониторинг ресурсов нормативного функционирования личности детей и подростков, а также выявления рисков формирования аддиктивного поведения.

2. Разработка профилактических проектов для различных целевых групп в рамках специально разработанных занятий и занятий, включенных в предметное содержание уроков.

3. Развитие профессиональных компетенций педагогов и специалистов через освоение психолого-педагогических технологий профилактики.

4. Трансляция практики эффективной профилактической работы в рамках формирования сетевого взаимодействия и социального партнерства субъектов профилактики.

Профилактическая деятельность в рамках стажировочной площадки развивается в четырех **направлениях**:

1 - профилактическая работа с учащимися (в образовательной среде);

2 - профилактическая работа со значимыми другими лицами учащихся в досуговой сфере,

3 - профилактическая работа с родителями и другими членами семей;

4 - профилактическая работа с педагогами и специалистами образовательных учреждений участников инновационной сети.

Основным концептуальным положением стажировочной инновационной площадки является то, что проблему профилактики приобщения к употреблению психоактивных веществ среди детей и подростков мы рассматриваем в контексте основных составляющих здорового стиля жизни:

- воспитание с раннего детства здоровых привычек и навыков;

- знания о безопасном и благоприятном для жизни влиянии окружающих предметов на здоровье;

- рациональное питание: умеренное, соответствующее физиологическим особенностям конкретного человека, информированность о качестве употребляемых продуктов;

- оптимальная двигательная активность: физически активная жизнь, включая специальные физические упражнения с учетом возрастных и физиологических особенностей;

- соблюдение правил личной и общественной гигиены, владение навыками первой помощи;

- позитивный стереотип мышления;

- отказ от вредных привычек.

Существенным **изменением в практике нашего образовательного учреждения считаем то, что** организацию профилактической работы в образовательном учреждении мы проводим в рамках как профессиональной деятельности педагогов и специалистов (включая компоненты профилактики в предметное содержание уроков) так и специально организованных занятий. **Результатом** этой деятельности стали разработанные педагогическим коллективом профилактические проекты и программы для различных целевых групп.

Научное и учебно-методическое руководство стажировочной инновационной площадкой обеспечивается Федеральным Центром повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов в области профилактики аддиктивного поведения у детей и молодежи.

В ходе этого сотрудничества более 400 педагогов сети прошли повышение квалификации по целому комплексу профилактических программ, таких как:

1) «Современные технологии первичной профилактики наркомании и ВИЧ-инфекции в образовательной среде, формирование ценностного отношения к здоровью в контексте требований ФГОС».

2) «Технологии формирования асертивного стиля поведения у несовершеннолетних и молодежи как ресурс противостояния наркогенной среде».

3) «Интерактивные психолого-педагогические технологии профилактической работы с обучающимися».

4) «Психолого-педагогические аспекты школьной и социальной дизадаптации у детей и подростков. Профилактика рисков суицидального поведения».

5) «Организация работы с семьей по формированию культуры здоровья и профилактике аддиктивного поведения среди несовершеннолетних «ВОСПИТАНИЕ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ».

Кроме образовательного компонента, педагоги, обучающиеся и родители приняли участие в международных и всероссийских мероприятиях:

- Приоритетном национальном проекте «ЗДОРОВЬЕ» по первичной профилактике наркомании и ВИЧ-инфекции в образовательной среде, формированию толерантного отношения к ВИЧ-позитивным людям и их ближайшему окружению (2012–2013 гг.);

- в V Международном конгрессе «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья» (2013 г.);

- на данный момент принимаем участие во Всероссийском конкурсе проектных и исследовательских работ учащихся «Горизонты открытий» - 2015.

Учреждения сети, а это более 20 образовательных учреждений, подведомственных Департаменту образования г. Москвы (общеобразовательные школы, центры образования, гимназии, образовательные комплексы, кадетские школы), которые в рамках межпрофессионального и межведомственного взаимодействия реализуют мероприятия инновационной площадки.

Ежегодно поводится более 50 мероприятий образовательными учреждениями сети.

Более ста проектов, программ, разработанных **педагогами** инновационной сети, реализуются во всех целевых группах профилактики.

Назовем только некоторые.

Для родителей:

- проведение тематических родительских собраний «Стратегии семейного воспитания», «Как разрешить конфликт», «Наркотики – мифы и реальность», «Эффективное общение в семье», «Об опасности компьютерной зависимости детей» и др.

Для обучающихся:

- правовая викторина «Путешествие в мир закона».
- Организация конференции проектных работ обучающихся 8-10 классов по теме: «Модно ли быть здоровым для самоутверждения личности?».
- Разработка проекта по развитию лидерских качеств личности подростков в условиях летнего профильного лагеря социальной направленности: «Развивая других - развиваю себя».
- Тренинг для учащихся 7-8 классов «Профилактика вредных привычек».
- Беседы с элементами тренинга «Профилактика агрессии среди подростков».
- Фестиваль творческих работ на тему: «Как я понимаю ЗОЖ. Что поможет быть здоровым?»
- участие в конкурсе социальных плакатов по пропаганде ценности здоровья среди школьников «Дружная семья».

Для педагогов:

- Организация и участие в ежегодных городских и окружных научно-практических конференциях.

Представление мастер-классов:

- Привитие здорового образа жизни через изобразительную деятельность «Учись видеть прекрасное».

Дискуссионные клубы, Круглые столы, система классных часов:

- «Новые формы культуры в жизни современной молодёжи».

Тренинги:

- «Развитие навыков противостояния манипуляциям».

Представление проектных работ учащихся:

- «Как спорт влияет на здоровье и успешность».
- «12 аспектов здорового образа жизни»,
- «Модно ли быть здоровым? Здоровым быть МОДНО!»,
- «Толерантность – дорога к миру».

Школьная акция: «Здоровье – это здорово!»

Профилактические занятия: «Понятие группового давления и принятие собственного решения», «Понятие морали и нравственности».

Результаты стажировочной площадки неоднократно были представлены на международных, всероссийских и региональных конференциях.

Мы предлагаем развивать профессиональную сеть, сложившуюся в ходе реализации проекта.

По результатам деятельности стажировочной площадки **опубликовано более 150 статей и проектов** в учебно-методических сборниках и научно-методических журналах.

Например:

- Формирование детско-родительской общности на примере работы Родительского клуба, как форма профилактической работы;
- Программы и система деятельности центра по профилактике злоупотребления психоактивными веществами детьми и подростками на базе ГБОУ СОШ города Москвы;
- Профилактика девиантного поведения на уроках географии и внеклассной деятельности;
- Содержание деятельности педагогов в работе по профилактике аддиктивного поведения в образовательной среде в рамках Программы образовательного учреждения;
- Поднять престиж здорового образа жизни среди подростков;

-
- Организация волонтерского движения среди подростков в школе;
 - Игровые технологии и их применение при профессиональном самоопределении подростков с девиантным поведением;
 - Профессиональная деформация личности учителя средней школы как фактор развития конфликтности у подростков;
 - Организация работы классного руководителя по профилактике правонарушений несовершеннолетних.

Проекты:

1. Развитие навыков самоуправления на уровне малого школьного коллектива учащихся «Совет учащихся – «Школа социального успеха».

2. Развитие навыков уверенного поведения «Уверенность - моя визитка, а ты со мной?!».

3. «Формирование навыков общения и взаимоподдержки обучающихся средней школы «Учусь дружить и общаться».

4. «Формирование умений и навыков самоорганизации досуга у подростков во внеурочное время. «Тайм менеджмент – организую себя и свое время.

5. «Профессиональная компетентность педагогов в сфере позитивной антинаркотической профилактики».

Таким образом, можно сделать вывод, что стажировочная инновационная площадка является инфраструктурой профессионального развития педагогов и эту деятельность необходимо продолжать.

Alexander S. Antipov, Valentine F. Suhih, Svetlana G. Bronnikova
INTERNSHIP FIELDS AS INFRASTRUCTURE PROFESSIONAL
DEVELOPMENT OF TEACHERS

Gymnasium N 1573 (Moscow).

Summary: The article describes the experience of implementing internship site for the prevention of addictive behavior of students' school. Description includes: support of educational organizations and create innovative networks implementing prevention projects included in the substantive content of the lessons and in extra-curricular, out-of-school educational work. It makes a strong case in favor of the internship is an innovative platform infrastructure for professional development of teachers involved in the prevention of addiction.

Keywords: playground internship, professional development, prevention of addictions.

Ю.С. Шевченко

**ПОДРОСТКОВАЯ ИНИЦИАЦИЯ:
ЭТОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ (эссе)****Российская медицинская академия последипломного образования
(Москва).**

Резюме. С позиций социобиологии рассматриваются универсальные механизмы инициации, ее проявления в структуре девиантного поведения и психопатологии подростков и обосновываются этологически ориентированные подходы к их психологической коррекции и психотерапии.

Ключевые слова: инициация, этология, филогенез, онтогенез, психотерапия.

Любой этап постнатального психического онтогенеза для своей успешной реализации предполагает не только полноценность генетической программы развития мозга, но также наличие хотя бы минимально достаточных внутренних и внешних условий. К числу последних в подростковом возрасте относится социальная ситуация, обеспечивающая и оформляющая превращение ребенка во взрослого члена общества, обозначаемая как «инициация». Обобщенно-многозначный смысл данного понятия включает и сам процесс возрастного метаморфоза, и последовательность соответствующих социально-поведенческих ритуалов, и конечный статусный эффект – включение человека в качественно новую общественную структуру. Мнение А.Е. Личко [14] о филогенетической природе подростковой инициации, перекликающееся с идеями глубинной психологии [5, 28], находит свое подтверждение в работах современных этологов и антропологов [1,29]

Отмечено, что у высших млекопитающих, ведущих стадный образ жизни (некоторые виды обезьян, копытных и ластоногих), особи «подросткового возраста» образуют отдельные группы на периферии стада или даже обособляются в отдельные временные стада [Боровский В.М., 1936; Chauvin R., 1963 — цит. по 14]. Обезьяны-подростки реагируют депрессией на изоляцию от сверстников, тогда как ни у детенышей, ни у взрослых особей добиться депрессии таким путем не удастся [Schweicheimer F. 1972 — цит. по 14]. У шимпанзе бонобо копуляция как средство взаимного снятия стресса прекращается между матерью и ребенком, как только тот к пятилетнему возрасту достигает половой зрелости.

Согласно концепции Р. Докинза [7], рассматривающего «эгоистичный ген» (единственной задачей которого является самосохранение и тиражирование) в качестве первичной единицы естественного отбора, на первых этапах существования человеческого вида наибольшими преимуществами обладали такие «машины выживания» (индивиды), которые превращались из детской особи во взрослую достаточно рано и интенсивно и уже через короткий срок своим внешним видом и поведением могли продемонстрировать сородичам основные ключевые признаки собственной биологической и социальной зрелости.

Для женских особей это были физические признаки, свидетельствующие о способности к зачатию, вынашиванию и выкармливанию ребенка, а также поведенческие паттерны, говорящие о готовности к заботе о нем, к его первичному воспитанию. Кроме того признаком женской «взрослости» являлось усвоение навыков собирательства и ведения домашнего хозяйства. Для мужских особей важными были такие физические данные и проявления поведения, которые свидетельствовали о его «хороших генах». К ним относились: сила и ловкость, обеспе-

чивающие личное выживание и способность добывать пищу; демонстрация заботы о детях и щедрости в отношении представителей противоположного пола (делающих мужчину в глазах последних привлекательным в качестве сексуального партнера); знание и выполнение социальных норм взрослой общины (удостоверяющих других ее членов в своей безопасности и полезности). Ввиду того, что законы мутации обуславливают возможность появления ложного фенотипа, механизмы естественного отбора сформировали способы доказательства-проверки истинности демонстрируемых признаков и закрепили их в инстинктивной программе.

Инстинктивность человеческого поведения может быть доказана с помощью: **1**- статистики (воровство и супружеская неверность порицаются во всех культурах, но наблюдаются повсеместно, в том числе у животных); **2** – оценки адаптивной архаичности (охота для современного городского жителя – нерентабельное занятие, но сам процесс является источником положительных эмоций); **3** – шаблонности, т. е. способности запускаться от простых и однозначных внешних сигналов – релизеров (эротический образ, вид паука или многоножки, вид пропасти или ее иллюзии под ногами, мечущихся в панике людей), вызывающих определенную эмоцию, чувство, настроение и повышенную готовность совершать однотипную последовательность действий без рассуждения и оглядки на результат (который при этом может пониматься рассудком как нежелательный и даже опасный); **4** – сравнения поведения близнецов (обсессивно-компульсивные расстройства у однойяцевых близнецов наблюдаются достоверно чаще); **5** – сравнительно-генетических исследований (выявление корреляции между конкретными вариациями определенных генов человека со склонностью к тому или иному поведению, например наличие «гена авантюризма» у лиц с синдромом гиперактивности); **6** – прямых замеров активности мозговых структур (врожденные реакции вызывают активность структур, в основном входящих в лимбическую систему, а приобретенные – в неокортекс); **7** – исследования детей, психически больных, транссексуалов [20]. Практически все общепризнанные критерии инстинктивности применимы в отношении инициации.

Для современного человека точнее говорить о **врожденной предрасположенности** (стремлении, желании, склонности и проч.) индивидуумов поступать в определенных ситуациях определенным образом (в соответствии с адаптивной ценностью такого поведения в настоящем времени или в эволюционном прошлом). Но такая предрасположенность вовсе не обязательно определяет неотвратимо-машинальную и практически фиксированную последовательность действий. Таковая наблюдается у людей с измененным состоянием сознания, нивелирующим всякую разумную произвольность. Не всегда такое подсознательное, «автопилотное» стремление может быть реализовано из-за действия социальных запретов или активного торможения (что требует от мозга больших энергетических затрат). Но внешние выражения этого стремления, а также эмоции и желания, связанные с его наличием, подавлением или сублимацией могут быть вычленены и описаны в контексте «феноменологической диагностики» [17] и даже подсчитаны с помощью этологического глоссария. Признаки программы инициации, общий смысл которой («шаг назад – два шага вперед») универсален для любого этапа развития, можно отследить в поведении каждого подростка. Однако у большинства из них они преходящи и не достигают уровня болезни или криминала.

Инстинкты являются в общем такими же адаптациями, как и части тела, глаза и проч. А стало быть как и любая адаптивная организация не безукоризненны, поскольку представляют собой, по словам Питтендриха, «лоскутное одеяло из подвернувшихся кусков, впопыхах соединенных под угрозой смерти, и ретроспектив-

но, но не перспективно – одобренной естественным отбором» [Pittendrigh C.S., 1958 - цит. по 20]. Более того, их адаптивность уступает телесным адаптациям, поскольку формируются они гораздо более скоротечно и быстрее устаревают, продолжая тем не менее оставаться в багаже врожденного поведенческого репертуара.

С древности инициации - ориентированные на возраст церемонии посвящения человека в новый социальный статус (имеющие прообразы в социальном поведении высших животных и сохранившиеся в любой традиционной культуре) - являлись важнейшим элементом воспитания. В первобытных общинах, характеризовавшихся ранним социальным созреванием детей, они осуществлялись по достижении ими 9-11-летнего возраста и предваряли принятие их в полноправные члены архаического коллектива [11]. Заключительному ритуальному обряду предшествовала более или менее длительная подготовка к переходу от невежества к знанию, от безответственности к долгу, от безмятежного детства к дисциплинированной зрелости. Группа мальчиков, живя в изоляции от всей общины, училась под руководством почтенных представителей рода охотиться, воевать, приобщалась к сакральным и магическим знаниям. (Инициация девочек по многим причинам осуществлялась, как правило, в пределах общины, менее радикально, более камерно и индивидуализировано).

Только после прохождения цикла специальной подготовки неофиты допускались к участию в церемониях посвящения, во время которых испытывались (порой довольно жестоко и болезненно) их воля, смелость, стойкость, выносливость, проверялось качество усвоенного опыта. Ритуальные церемонии сопровождались песнями, танцами, проходили при свете костров, в присутствии всех членов племени. Все это придавало особую торжественность событию, призванному максимально эффективно воздействовать на психику и поведение посвящаемых, укрепить в их сознании представление о качественном изменении их общественного статуса, подчеркнуть особое значение перехода из одной возрастной группы общины в другую, вдохновить на полноценное овладение новой социальной ролью.

Поскольку древний человек жил как минимум вдвое меньше, чем нынешний, переход от детства к взрослости был очень непродолжительным (обычно, не более года). И для успешности выживания вида основные механизмы пубертатной инициации должны были закрепиться в качестве инстинктивного поведения, каковыми и остаются у современного *homo sapiens*, несмотря на культурную эволюцию. Последняя не только увеличила продолжительность жизни человека, но и удлинит подростковый возраст, а также создала традиции поступенчатого перехода от детства к взрослости и менее брутальной реализации врожденной потребности в инициации. В определенном смысле, весь подростковый период современного человека – это растянутый по возрасту и расчлененный по своим составляющим ритуал инициации.

Более того, культурная эволюция распространила архетип инициации практически на все сферы жизни (касты, классы, профессии, религии) и весь жизненный цикл современного человека [5]. Единому сценарию подчинены: праздник окончания детского сада; переводные экзамены; заключительные экзамены и выпускной бал; посвящение в студенты или рабочие; прием в партию после прохождения испытательного срока; первое причастие (после годового посещения уроков катехизации и первой исповеди); принятие воинской присяги; посвящение в рыцари или в члены тайного общества; венчание и свадьба; помазание на царство; инаугурация президента; торжественные проводы на пенсию (своего рода «инициация наоборота») и т. д.. В каждой их этих традиций просматривается **врожден-**

ная универсальность социального поведения, поскольку **речь идет о сходстве не институтов, а обрядов**, об одной категории сходных обрядов, ибо они подчинены достижению одной цели – экстра- и интрапсихической трансформации человека [1, 2].

Диалектика вопроса заключается в том, что биологические модели поведения формализуют и унифицируют организацию социальных институтов в историогенезе. Встречная эволюционная динамика проявляется в том, что порождения казались бы «чистого разума» (будь то игровые автоматы, общение в интернете или апробация новомодной диеты) в случае наложения «произвольных» поступков на древние (подкорково-этологические) программы индивидуального, репродуктивного или социального поведения с особой легкостью порождают привычки, потребность в реализации которых может усиливаться до степени влечения. Разум же лишь обслуживает подсознательно направляемое поведение с помощью рационализации и других психологических защит.

Даже обращаясь к чисто человеческим, духовным аспектам инициации Генон Р. [2] говорит о трех (легко узнаваемых с позиций как этологии, так и глубинной психологии) последовательных условиях посвящения. Первое - «потенциальность» — сама возможность для человека принять посвящение, обусловленная его врожденными внутренними и телесными качествами, так называемыми индивидуальными «квалификациями» (соответствующими *materia prima*, или субстанциальной стороне проявления). Второе - «виртуальность» — получение посвящения (в виде «озарения», «второго рождения») с помощью трансмиссии духовных влияний, осуществляемых регулярной инициатической организацией. Этот момент на индивидуальном, микрокосмическом уровне соответствует началу Универсальной Манифестации (лат. *Fiat Lux*, «Да будет Свет»), то есть упорядочению хаоса возможностей. Наконец, третье условие - «актуализация» — сознательная внутренняя работа по реализации полученного виртуального посвящения и достижение в конечном итоге состояния Высшего Тожества.

Иными словами, речь идет о сочетании биологической готовности к качественной трансформации, наличия направляющих социальных влияний и достаточного когнитивного развития для регуляции своего поведения в соответствии с образцовой моделью ментального мира.

Однако, как и наследуемые механизмы стресса, заложенные в совсем иных условиях и чрезмерные с точки зрения сегодняшнего дня, механизмы инициации остаются архаичными и порой прорываются в социально-, либо в биологически-разрушительных формах. Тем более что с упразднением общественно-государственных институтов «посвящения» подрастающее поколение потеряло эффективный инструмент регуляции социально-психологического созревания личности. Такое блокирование фило- и онтогенетически обусловленной потребности в инициации проявляется в подсознательно направляемом агрессивном асоциальном поведении стихийно формирующихся подростковых групп и/или психических расстройств, типологически сходных с ключевыми переживаниями во время инициации [10, 21, 26]. При этом демонстрируются суррогаты всех **трех категорий инициации**: социально-возрастной; референтно-групповой; мистически-экзистенциальной. В тех случаях, когда речь идет о грубой психической патологии определяемой эндогенными (процессуальными или наследственно-конституциональными), соматогенными (эндокринными) и/или экзогенно-органическими (энцефалопатическими) факторами, извращенные проявления инициации выступают в общем контексте так называемого «патологического пубертатного криза» (ППК). Судебно-психиатрический контингент пациентов с

ППК демонстрирует его проявления в форме гебоидного симптомокомплекса, синдромов сверхценных образований и патологического фантазирования [19]. К более легким, преимущественно психогенно (социогенно)-дизонтогенетическим проявлениям суррогатной или «псевдо»-инициации можно отнести такие «под-ростковые синдромы», как «метафизическая (философическая) интоксикация» и примыкающая к ней сектомания, нервная анорексия-булимия, некоторые формы интернет-зависимости, синдром Вертера (подражательный суицид), синдром самоповреждающего (суицидального и несуйцидального) поведения и сверхценного увлечения экстремальными видами спорта, патологические формы реакций группирования, а также стихийно организованные инициации в виде поглощающего участия в неформальных молодежных объединениях и пр. [24].

Чем старше подросток, тем большую роль в его поведении играют мотивы, связанные с половым созреванием и сексуальным влечением. Вместе с тем в традиционных церемониях посвящения такие моменты, как достижение возраста половой зрелости и право на вступление в брак, не принимаются во внимание, поскольку основной ориентир инициации – это социальная зрелость, которая на заре цивилизации заметно опережала наступление половой зрелости [1].

Более того, раньше подростковая инициация в 12-летнем возрасте «тянула» за собой половое созревание (прошедшие ее могли свататься и жениться). Во всяком случае, нарастающая сексуальная активность не вступала в противоречие со статусом взрослого члена общины.

«Да как же ты венчалась, няня?»

- Так, видно, бог велел. Мой Ваня

Моложе был меня, мой свет,

А было мне тринадцать лет. (А.С. Пушкин. «Евгений Онегин»).

Теперь же подростковая гиперсексуальность, подавляемая социальными и культурными ограничениями, служит мощным релизером для соответствующих инстинктивных детерминант поведения.

Проблема заключается еще и в том, что иницирующие неопиты отличаются большей «примативностью» [20] по сравнению не только со взрослыми, но и нередко с самими собой в допубертатном возрасте (поскольку гормональный кризис ослабляет их способность к разумному контролю за реализацией инстинктивных шаблонов). Образно говоря, лобная кора (окончательное созревание которой, кстати, происходит только к 23-25 годам) капитулирует под натиском бушующей подкорки [22]. Отсюда архаическая универсальность их поведения, мало изменившаяся с того времени, как оно было зафиксировано в генетической программе. Взрослые же члены общества, наблюдая за взрослеющими подростками, инстинктивно ожидают от них демонстрации доказательств знания, готовности и желания соответствовать сакральным идеалам и требованиям социальных норм (это тоже зафиксировано в генетической программе человека и актуализируется в контексте зрелого поведения). В то же время их меньшая примативность позволяет в большей степени ориентироваться на усвоенные разумом достижения культурной эволюции и современные (а не доисторические) условия жизни (нынешнему обществу не нужны 12-13-летние «охотники» и «воины», претендующие на сексуальную раскрепощенность и равные права со взрослыми). Культурная эволюция человека определила необходимость продления периода подготовки ребенка к взрослой жизни для полноценного соответствия ее условиям и требованиям. Это шло параллельно с переориентацией с силовых на умственные и коммуникативные критерии социальной полезности. А также сопровождалось трансформацией обрядов инициации, их пролонгацией и дроблением, разделением телесных, интеллектуальных, эмоциональ-

ных, волевых и духовных компонентов социализации.

Неприятие демонстрируемой архаичной модели поведения современным миром взрослых выглядит в глазах подростков (направляемых неосознаваемыми социальными инстинктами) как «двойная мораль», «двойные стандарты», что дезориентирует их и вызывает хронически стрессирующее ощущение ненужности обществу, провоцируя на протестно-оппозиционное поведение (от агрессивного до суицидального). Говоря о свойственном подростковому возрасту «танатотропизме» О.И. Шмырева [27] связывает его с возможной привлекательностью образа смерти, представляющейся выходом из затяжного эмоционального кризиса. Это, на наш взгляд, тот самый случай, когда на инстинктивный модуль программы инициации (смерть всего старого, детского, предшествующего ритуалу торжественного возрождения в зрелом качестве – смерть как «подвиг») накладывается универсальный для любого возраста стрессовый механизм «выученной беспомощности». Невозможность ни уйти или овладеть ситуацией, ни приспособиться к ней, ни прогнозировать ход событий порождает психогенную депрессию с мотивацией суицидального выхода из нее (смерть как «избавление»). Двойственная природа подросткового танатотропизма (способного трансформироваться в соответствующие навязчивые и сверхценные образования) проявляется в двойственности самого отношения субъекта к смерти. Эмоционально-идеаторную амбивалентность подросткового танатотропизма иллюстрируют автобиографические стихи Н. Крандиевской: «И печально, и приятно умереть в шестнадцать лет. Сохранит он, вероятно, мои письма и портрет. Будет помнить! Или нет?». Негативная мотивация суицидального выхода представлена поиском незрелой личностью спасения от жизненных неудач, а позитивная – инфантильным представлением о героическом характере суицидального поведения, гарантирующем последующий успех. Снятие защитного антисуицидального барьера (спянного с инстинктом самосохранения) облегчается фантазийным переносом в реальность наличия множественных жизней у игрока, усвоенного в процессе компьютерных игр [27].

Агрессивный вариант протестно-оппозиционного поведения и демонстрация собственной «взрослости» в виде реакций эмансипации (с отказом от детского подчинения и отстаиванием права на самостоятельное принятие решений, порой оторванных от реалий жизни в силу их незнания), как правило, не сопровождается готовностью нести ответственность за собственные поступки.

Тем не менее каждое новое поколение неофитов, получив гормональный сигнал о достижении определенной степени психофизиологической зрелости, испытывает инстинктивную потребность продемонстрировать «взрослый» фенотип (физическую и социальную смелость, силу, ловкость, выносливость, способность переносить боль и унижения, сексуальную состоятельность, верность группе, ее идеалам, ритуалам, соответствие ее внешним атрибутам и нормам поведения). Биологи считают, что физиологическая необходимость обрядовой инициации обусловлена возрастными колебаниями уровня эндорфинов, относительный дефицит которых стабильно восполняется в ходе тренинга регулярными физическими и психологическими стресс-нагрузками, способствующими, как известно, выбросу в кровь морфиноподобных нейропептидов [22]. И если общество не предлагает эффективных каналов реализации данной программы (состоящей из обрядов отделения, промежуточного периода и обрядов включения), то они формируются стихийно в соответствии с ее основными пунктами-модулями [6,27].

Последние включают: «**сепарацию**» от общества взрослых; **слияние с группой сверстников** и подчинение ее внутренним законам; агрессивные **набеги** со своей на взрослую территорию; символические ритуалы «**смерти** в старом и воз-

рождения в новом статусе»; «погружение в **психический хаос** и слияние с **сакральным образом**»; «**поклонение–возвышение**»; «пребывание в **измененном состоянии сознания**»; «знакомство с **магическим знанием**»; «совершение прилюдных **подвигов**»; «**демонстрацию** своей физической и моральной выносливости»; «**маркировку тела** с помощью раскраски, повреждений и самоповреждений»; «**унификацию** одежды, прически, манер поведения, сленга»; «**испытание** голодом, изоляцией и молчанием»; «социальную **клятву-присягу**» и т. п.

Один и тот же конкретный ритуально-поведенческий элемент (модуль) может иметь разный смысл или сразу несколько смыслов в отмеченном выше триедином (социально-возрастном, кастово-групповом и экзистенциально-магическом) контексте инициации, а также вызывать различные и смешанные психофизиологические эффекты. Например, голодание может выступать как символ «очищения-смерти», мотивироваться модой на сексуально-возрастные каноны, служить способом достижения экзотически измененного состояния сознания. Реакции группирования со сверстниками могут направляться общими интересами (сливаясь с различного рода хобби-реакциями), иметь явно окрашенный сексуальный подтекст, носить чисто ситуативный характер (при отсутствии выбора) или определяться сверхценными метафизическими исканиями.

Каждое взрослое поколение (ориентируясь на собственный врожденно-приобретенный опыт перехода количества в качество) проверяет истинность вышеназванных демонстраций и их соответствие социально-культурным реалиям сегодняшнего дня. Нынешние критерии взрослости отличаются даже от тех, что были всего лишь сто лет назад, и шестилетний некрасовский «мужичок с ноготок» выглядит, пожалуй, более социально зрелым, чем сегодняшний подросток. То есть собственно культурная эволюция (сталкиваясь с несовершенным, но генетически закрепленным наследием эволюции биологической) провоцирует сохранение и усложнение конфликта «отцов и детей».

Сама же эта проблема стара как мир. Еще Сократ в 470-399-х до н.э. писал: «Наша молодежь нынче устремляется к роскоши, у нее дурные манеры, она относится с презрением к властям и не испытывает уважения к старшим, Она предпочитает болтать, вместо того, чтобы работать... Молодые люди не встают, когда старшие входят в комнату. Они спорят с родителями, выхваляются в обществе... и издеваются над своими учителями» [цит. по 22, с. 136].

Нечто подобное высказывалось каждым поколением взрослых о своей подрастающей смене, и если бы подростковое поведение не носило преимущественно временный характер, то человеческая цивилизация давно бы выродилась. В большинстве случаев поведение повзрослевшего подростка упорядочивается (и знание этого факта успокаивает родителей), но на смену ему неизменно приходит свежий носитель пубертатной психики (что не дает покоя ни учителям, ни служителям правопорядка, ни психиатрам). Тем более что благоприятный исход пубертатного криза – далеко не единственный вариант его динамики, а подростковые поведенческие проявления нередко выходят за возрастные границы психологической и социальной нормы. Эти границы традиционно расширены с учетом универсального сдвига поведенческих детерминант подростка в сторону инстинктивности в ущерб разумности, доминирования краткосрочных программ получения удовольствия, над рационально-долговременными, требующими большого волевого напряжения и существенных энергетических затрат. Даже благополучный и социализированный ребенок, став подростком, порой не в силах «наступить на горла собственной песне» и склонен поступать в соответствии с принципом персонажа Бертольда Брехта: «Сперва жратва, мораль – она потом».

Вследствие собственной беззащитности отношение взрослой части общества к подросткам, вошедшим в фазу инициации и ведущим себя зачастую непредсказуемо и опасно, характеризуется повышенной терпимостью. Этим можно объяснить явление, обнаруженное у очень многих народов. Оно заключается в том, что во время испытательного срока посвящаемые (в том числе под предводительством своих наставников) могут безнаказанно совершать набеги на общину, воровать и грабить, угощаться, обогащаться за счет сообщества [1, 29]. Возможно, такие набеги когда-то служили репетицией будущих военных походов. Настороженно-снисходительная амбивалентность в отношении тинэйджеров связана с тем, что они еще не защитники общества, но уже во многом «воины». Притом войны из «иног мира» (порой не управляемые как зомби), склонные к сплочению и самоорганизации.

В частности, базисные эволюционно стабильные стратегии поведения (ЭСП) обнаруживают себя в стихийно формирующихся молодежных субкультурах, модифицирующих поведение подростков от поверхностного и преходящего следования моде до полного погружения в субкультурный образ жизни, изобилующий социальными и идеологическими девиациями [3, 21]. Условно, по типам формируемого поведения их можно обозначить как: «агрессивные»; «депрессивные»; «гедонистические»; «рисковые» [16].

К классу модификаций **агрессивного** поведения относятся субкультуры «футбольные фанаты», «скинхеды», «сатанисты», формирующиеся благодаря стимуляции потребности в самоактуализации, выраженной в агрессивных и преступных действиях, дискредитации общепризнанных героев и идеалов. В результате возникают повышенная агрессивность, хулиганское поведение, совершаются преступления.

Попытки направить подростковую импульсивность и агрессивность в позитивное русло (защита чайна-таунов больших городов от потенциально враждебных чужаков с помощью угроз, наказание предосудительных поступков взрослых от лица всего конголезского племени мбути с помощью насмешек, предупреждающее правонарушения демонстративное патрулирование вечерних улиц юными членами «народной дружины», проведение «культурной революции» руками хунвейбинов из числа школьников и студентов и т. п.), сопряжены с высоким риском перерастания идейно вдохновленного поведения в вандализм, насилие и криминал в силу неспособности молодых людей к отставленному прогнозу собственных действий.

К субкультурам формирующим **«депрессивное»** поведение относятся «панки», «эмо», «готы». Модификация осуществляется благодаря стимуляции самоактуализации посредством нарушения физиологических и культурных табу, погружения в депрессивное мировоззрение, позиционируемое как «протест», «индивидуализм», «тонкость чувств», в действительности же способствующее маргинализации и приближающее индивида к суицидальному поведению.

Гедонистический характер имеет поведение, формируемое субкультурами «хиппи» и «растаманы». Здесь самоактуализация (сексуальное раскрепощение, обретение мистической мудрости, экстаз) достигается посредством потребления наркотиков и ухода от требований социума, санкционированного идеологией. Результат модификации – развитие амотивационного синдрома, наркотизация, рост заболеваемости и смертности.

К модификациям **рискового** поведения можно отнести субкультуры стритрейсеров, скейтбордистов, «зацеперов», руферов, бэст-джамперов и т. п. в которых самоактуализация (яркий индивидуализм, «мужественность», «героизм»)

достигается в результате спортивной деятельности, осуществляемой с риском для жизни, в нарушение правил элементарной безопасности своей и окружающих, что нередко ведет к инвалидизации или летальному исходу.

При этом формирование всех модификаций происходит при наличии половой стимуляции, которая, накладываясь на зачастую недостаточно дифференцированную подростковую гиперсексуальность, становится своеобразным «клеем», скрепляющим основные части субкультуры. Каждая из субкультур однонаправленно индуцирует ту или иную ЭССП (эгоистическую, агонистическую, альтруистическую, кооперативную), сужая потенциальный репертуар социально адаптивных стратегий поведения формирующейся личности. Субъективно привлекательной для подростка (вплоть до формирования психологической зависимости от нее) молодежная субкультура оказывается за счет того, что принадлежность к ней фиктивно решает его основные возрастные проблемы (принадлежности к группе, самоидентификации, поиска «смысла жизни» и примера для подражания, сексуальных потребностей и проч.). Приобщившись (в том числе благодаря информации в интернете) к тому или иному модному течению, созвучному с собственным психотипом, подросток уже не ищет иных способов реализации универсальных возрастных реакций (по А.Е. Личко) - оппозиции взрослым, эмансипации, группирования со сверстниками, хобби-реакции, реакции, связанной с формирующимся половым влечением. Этологической же подоплекой жизни молодежной субкультуры является ее организация в полном соответствии с отмеченными ранее обрядами инициации. При этом не менее 5% лиц, участвующих в субкультурных практиках, нуждаются в социальной реабилитации с помощью психолога или психиатра [16].

Помимо указанных выше «экстрапунитивных» форм стихийной инициации, предполагающих групповое взаимодействие подростков, можно выделить их индивидуальные, «интрапунитивные» альтернативы. Сформировавшаяся в последнее время молодежная мода на гомо- и бисексуальность (извращенный отголосок традиций кумления и калиты), «любовь» по интернету (и другие экономящие время и силы суррогаты подростковой дружбы и первой любви), нанесение самоповреждений и иной маркировки собственного тела, а также на экстремальные модификации пищевого поведения (с чередованием голодания и объедания с вызыванием рвоты – в этологическом смысле переадресованные на себя вандально-экспансивные набеги на «чуждую» территорию), предполагает включение соответствующих психотерапевтических подходов, нацеленных на восстановление единства телесного самосознания с врожденными основами половой самоидентификации и сексуальной ориентации, а также на сглаживание характерного для подростков конфликта между романтизмом и гиперсексуальностью, внешним цинизмом и внутренней ранимостью [13]. Это касается как предлагаемой ниже реабилитационной модели, разработанной для подростков мужского пола, так и параллельной модели, рассчитанной на девочек-подростков [4].

Объектами такой программы безусловно являются наблюдаемые нами две «влюбленные» друг в друга девочки 14-и и 17-и лет, называющие себя «Дима» и «Миша», и использующие для самообозначения местоимения мужского рода, требующие этого же от родственников и охваченные идеей изменения пола (вплоть до жесткого стягивания груди, отказа от женской одежды и белья и тайного пользования мужским общественным туалетом), а также мечтающие после соответствующей операции вступить в гомосексуальный брак и завести приемного ребенка. При этом они ревнуют друг друга к сверстникам обоего пола.

Также новомодным явлением среди оторванных от реальной жизни и лишенных трудового воспитания подростков является наивно-магическая мировоз-

зренческая установка на социальное иждивенчество, своего рода «антиинициация». Она сопровождается отказом от учебы и любого труда с циничным планированием дальнейшего существования за счет родителей либо за счет мифических доходов от предполагаемых выигрышей в интернет-играх. Нередко за этим соединением гедонистического стремления к «сладкой жизни» и подросткового слабоволия стоит характерная для данного возраста апатическая депрессия. Для таких подростков госпитализация является порой единственной профилактикой формирования компьютерной и иной зависимости [4, 8, 9, 15].

Известно, что у подростков, рано начинающих зарабатывать, инициация протекает гораздо менее драматично и с меньшими конфликтами со старшим поколением по сравнению с «чистыми» школярами. Это ставит вопрос о серьезной организации трудового воспитания подростков в целом и о трудотерапии в специализированных подростковых учреждениях.

Поскольку на период обострения бессознательно-архетипической примативности роль лобной коры не могут на себя взять ни родители (в силу отсутствия культурных традиций подчинения старшим), ни социальные институты (нет ни пионеров, ни скаутов, ни комсомола), перед таким подростком зачастую остаются только два организационных варианта адаптации — либо специализированный интернат для трудновоспитуемых, либо психиатрический стационар. Дабы не уподобиться тюремным изоляторам, и тот, и другой должны строить свою работу в соответствии с социально-биологическими и традиционно-культуральными механизмами инициации. Наш опыт включения рассматриваемого ниже подхода в контекст педагогической и социальной программы подростковых исправительных учреждений и проведения ключевой методики семейно-групповой психотерапии и психокоррекции (где в общем круге вместо родителей находятся воспитатели) показал, что ее участники сплачиваются в социально-позитивное ядро всего учреждения, положительно влияя на жизнь целого коллектива. Образно говоря, гайдаровская шайка Мишки Квакина трансформируется в тимуровскую команду.

Что касается медицинских учреждений, то онтогенетически ориентированная (реконструктивно-кондуктивная) психотерапия (объединяющая в единый контекст механизмы позитивного регресса и психозлезаии к зоне ближайшего развития) рассматривает весь период лечебно-коррекционного процесса как ограниченный во времени и насыщенный событиями и информацией период жизни пациента-клиента, прохождение которого должно заканчиваться объективным и субъективным переходом его в новый психофизиологический и социально-психологический статус, запечатлеваемым агрессивно-героической церемонией инициации [23, 25].

Ограничение организационных структур сепарации посвящаемых подростков правоохранительно-колониальными учреждениями (в России нет институций типа школ Шаолиня, популярных в Китае, а оздоровительные, трудовые и военно-спортивные лагеря не рассчитаны на длительное пребывание), делает госпитализацию в психический стационар, как это не парадоксально, единственным местом, где подросток может пережить кризисный период своей жизни с минимальными потерями для общества и осложнениями для самого себя. Ориентированная на инициацию лечебно-коррекционная работа предполагает существенный пересмотр традиционного дизайна организации работы подростковых психиатрических отделений. Весь период пребывания мальчика-подростка в стационаре должен строиться в соответствии с принципами эмоционально-стрессовой психотерапии и напоминать «курс молодого бойца» в армии, прохождение которого заканчивается принятием присяги, означающей вступление в новый социально-личностный статус.

В настоящее время в зависимости от сохранившихся обычаев племени и роли ревнителей традиций продолжительность церемонии включения подростка во взрослое общество растягивается от двух месяцев до шести лет [1]. Абсолютное удлинение промежуточного периода между сепарацией и реагрегацией возможно за счет режима отпусков, частичной госпитализации, полустационара, а относительное — за счет интенсификации реабилитационных мероприятий, насыщения каждого часа пребывания в отделении интра- и экстрапсихической психотерапией, лечебной педагогикой, коррекционно-психологической и социализирующей работой. Фактически осуществляется **двойной сценарий** традиционной инициации: а) обряды отделения от общей среды (*госпитализация*); б) обряды включения в сакральную среду (*знакомство и проживание вместе с другими пациентами-неофитами*); в) промежуточный период (*время активной терапии в стационаре*); г) обряды отделения от локальной сакральной среды (*перевод на режим частичной госпитализации, восьмидневный цикл интенсивно-экспрессивной психотерапии в детско-родительской группе*); д) обряды реинтеграции в общую среду (*заключительный психотерапевтический сеанс, приуроченный ко дню выписки из больницы*).

Системное преодоление устойчивого патологического состояния возможно за счет отрыва от негативного влияния референтной группы, прерывания компьютерной зависимости от игр и виртуального общения, временного «перемирия» и ограничения контактов с родителями (аналог разрыва с «материнско-детским» прошлым). Вместо этого осуществляется приобщение к духовным ценностям (знакомство со знаменитыми тезками, значением собственного имени, курс познавательной характерологии и социологии, библиотерапия, профессиональная ориентация, экономическое и сексуальное просвещение), развитие и совершенствование непосредственных коммуникативных навыков. Групповая и индивидуальная арт-терапия создает условия для отреагирования негативных эмоций, для самопознания и творческой самореализации [12, 18].

Занятия спортом и трудотерапия должны быть направлены на развитие волевых качеств, а система запретов (*табу*), режимных ограничений (режим молчания, аскетическая диета), штрафов и наград, которые можно заработать примерным трудом, учебой и поведением, преодолевают излишнюю амбициозность, делают жизненные установки более реалистичными и способствуют внутренним изменениям. Частный эффект физического стресса в виде интенсивной мышечной нагрузки в процессе спортивных занятий и трудотерапии проявляется в том, что своей конечной фазой он определяется выбросом эндорфинов с соответствующим эмоциональным эффектом, способным конкурировать с эффектом от употребления психоактивных веществ [22].

Возвращению подростка домой в новом, преображенном статусе должны предшествовать соответствующие изменения в самом доме и в отношениях между его обитателями (от преобразования индивидуальной территории ребенка до личностного роста родителей и совместного создания «семейного герба»). Оптимальным завершением «порогового» этапа инициации представляется восьмидневный цикл семейно-групповой интенсивно-экспрессивной психотерапии (ИНТЭКС) [23], проводимой для готовящихся к выписке подростков (желательно, в смешанной по полу группе) и их родителей. Предшествующая работа с родителями ведется преимущественно в параллельном режиме.

Обрядовый сеанс включения или восстановления (реагрегации), завершающий весь период госпитализации-инициации, должен заменить практику рутинной индивидуальной выписки из стационара и строиться в форме общего для

группы подростков праздника, включающего все основные элементы соответствующего ритуала. К ним относятся: публичная пространственная организация (осуществление ритуального действия в окружении родителей, родственников, друзей, символизирующих традиционную общину, во взрослые члены которой посвящаются подростки); психологические и физические испытания («подвиги», в том числе состязательного характера), индивидуально подобранные в соответствии с клинико-психологической диагностикой и представляющие собой реальное преодоление основной инфантильной проблемы, подтверждающие победу над своим страхом, комплексом, установкой, поведенческим стереотипом, болезненным реагированием на шутки и подтрунивания окружающих, а также символизирующее слияние с заранее выбранным и нарисованным «идеальным образом» (*тотемом*). За ними следует ритуал аллегорической смерти («взрослая операция» во время которой на коже ведущей руки смывается татуировка, означающая психологическую проблему, от которой тот или иной участник сеанса хочет избавиться, и это место прокалывается стерильной иглой). После этого обнявшиеся члены каждой семьи на глазах «общины» демонстрируют свое обновленное единство, а «возрожденный» подросток декламирует лично подобранное жизнеутверждающее стихотворение. Завершается сеанс торжественным обещанием каждого участника его постараться делать то, что, по его мнению, от него ждут семья и общество (для неопитов это аналог воинской присяги). Делается это в общем кругу, при погашенном свете, перед зажженной свечой, которую каждый держит на вытянутой ладони и под звуки торжественно-проникновенной музыки («Ария» И.С. Баха).

Традиция угощения неопитами всех участников действия реализуется по его окончании и сопровождается публичным чествованием их перехода в новый социально-личностный статус.

Эмоционально-стрессовый характер заключительного сеанса (с соответствующим изменением качества сознания) обуславливает расторможение инстинктивных механизмов импринтинга и мгновенное запечатление в долговременной памяти его участников информации о состоявшемся преображении.

Основные принципы и приемы клинико-этологически ориентированной психотерапии и психокоррекции подростков с патологическими проявлениями стихийной инициации приведены в таблице 1.

Таблица 1.

Формы и способы реализации социально-биологической потребности в инициации.

Традиционные формы (модули) обряда инициации и заключительный ритуал	Современные социальные институты и стихийные формы	Условная и явная социальная и/или психическая патология	Организационные альтернативы и коррекционно-психотерапевтические приемы
Изоляция на год из общины в группе сверстников. Проживание на отдельной территории. Жесткое подчинение наставни-	Кадетские училища. Интернаты типа Шаолина. Студенческие стройотряды. Туристские походы. Скаутские, творческие, спор-	Замена реального общения виртуальным. Прогулы школы в компании сверстников. Уходы из дома, бродяжничество.	Секции, кружки, военно-спортивные и трудовые лагеря, монастыри, интернаты для трудновоспитуемых, психиатриче-

<p>кам. Наличие собственных запрещающих (табу) и разрешающих норм поведения. Использование особого языка.</p>	<p>тивные, общественные и партийные организации. <i>Неформальные молодежные объединения, субкультуры Относительная изоляция от детско-материнского мира в референтной группе, хобби-компани.</i> <i>Подростковый сленг.</i></p>	<p>Полный «уход» в виртуально-компьютерный мир, вступление в секту, подростковую банду, экстремистскую группу (не предполагающие реинтеграцию в социум).</p>	<p>ский стационар (с сепарацией, пребыванием в «иной реальности» и последующей реакреацией). <i>Индивидуальная ПТ. Преодоление препятствий в смешанных (детско-родительских) и параллельных группах.</i></p>
<p>Разбойные <u>набеги</u> на территорию общины. Охрана собственной территории. Санкционированные ритуальные бесчинства (например, в купальную ночь и в одну из ночей на зимние святки). Пребывание в сакральной хижине.</p>	<p>Тимуровские дружины, волонтерские объединения. Игры в войну, пейнтбол. <i>Междворовые баталии. Набеги на сады и цветники. Драки «стенка на стенку». Надписи на заборах, граффити. Охота на «чужаков». Хоровое скандирование кричалок и речевок. Агрессивно-провокационная активность на плановых и стихийных митингах.</i></p>	<p><i>Защита «своей» и захват «взрослой» территории. Ее маркировка (в т. ч. вандально-разрушительная). Борьба с «врагами» (от болельщиков команды-соперницы, до представителей иной нации). Видеозаписи «боев без правил» с конкурентами и полицией.</i></p>	<p>Предоставление собственной комнаты в квартире с правом ее маркировки. Выделение «комнаты для раздумий» в стационаре. <i>Военизированные и «разрушительные» игры. Спортивные игры с наличием «своей» и «чужой» половины. Работа в конкурирующих командах.</i></p>
<p><u>Оппозиция</u> взрослым («не важно как, главное – не так, как они»). Разрушение родительских стереотипов. Игнорирование макросоциальных традиций.</p>	<p>Принимаемые обществом реакции: оппозиции родителям, эмансипации, группирования со сверстниками, хобби, демонстрируемой сексуальности. <i>«Бунт» в виде наглости, хулиганства, цинизма, перманентной неопрятности, порче имущества, непристойного по-</i></p>	<p><i>Ссоры с родителями и домочадцами. Вызывающее, скандальное и иждивенчески-протестное, поведение. Конфронтация. Самоактуализация через негативизм. Ослабление и угашение реакций отворачивания и стыда. Отрицание элементарных гигие-</i></p>	<p>Прохождение 8-ми дневной интенсивно-экспрессивной психотерапии (ИНТЭКС) в группе детей и родителей. <i>Работа на равных. Создание «семейного герба». Совместное с родителями совершение подвигов на заключительном сеансе. Встречное</i></p>

	<i>ведении, применения ненормативной лексики (повсеместно).</i>	нических норм.	<i>планирование изменений: «Я обещаю постараться...»</i>
<i>Ритуальная (временная) или постоянная (статусная) раскраска. Повреждение и шрамирование тела (включая половые органы). Членовредительство (без ущерба для жизни и трудоспособности). Обнажение или унификация одежды посвящаемых.</i>	<i>Молодежная мода. "Фрик-мода" (freak - англ.: урод). Гетеро-татуировка «на память» (маркировка партнера). Утрированный и стилизованный макияж. Бритые наголо. Необычные прически. Унификация (в том числе бисексуальная) одежды (с частичным обнажением тела) и атрибутов. Пирсинг, татуировка и т.п.</i>	<i>Аксессуары и рисунки на теле и одежде, символизирующие разрушение и смерть. Самоповреждающее поведение (порезы, прижигания, растирания кожи). Трихотилломания, дерматотлазия и др.).</i>	<i>Боди-арт и телесно ориентированная психотерапия. Родительский массаж. Бальнеотерапия. «Татуировка», изображающая качество, от которого надо избавиться. Высмеивание субкультурной атрибутики, лишения ее сакральности, уникальности и привлекательности.</i>
<i>Утверждение себя в группе при состязаниях в силе, ловкости, быстроте, умении. Демонстрация нечувствительности к насмешкам и ударам во время ритуала посвящения.</i>	<i>Экстремальный и силовой спорт. Бодибилдинг. Троллинг (сетевое злословие). Ритуальная драка перед принятием новичка в группу, прохождение «испытательного срока» с провокациями и унижением.</i>	<i>Рискованное для себя и других поведение (лихачи, «зацеперы» и т. п.). Шоплифтинг. Гиперкомпенсация через «маску клоуна» Коллективные избиения и издевательства над «отступниками» (синдром «Чучело»).</i>	<i>«Школы выживания». Спортивные игры. Творческая, силовая, интеллектуальная «дуэль по правилам». Режим молчания. Система «громких» и «тихих» подвигов. Прием «горячий стул». «Стул победителя». Неоконченный рассказ «Новичок в классе».</i>
<i>Знакомство с тотемическими образами. Тотемические церемонии (изгнание детского духа и приобщение к сакральному). Информирование о мифических и исторических ге-</i>	<i>Историко-патриотические клубы. Следование доблестным примерам, чаще молодежным кумирам от поп-искусства, спорта. Использование кличек и прозвищ. Социальное научение через СМИ с</i>	<i>Оппозиционный традициям выбор brutальных героев («мертвый мститель» из готического потустороннего мира) и «равных богу» антигероев (Гитлер, Сталин, анархисты, национал-социалисты,</i>	<i>Аретотерапия. Библиотерапия (ЖЗЛ). Называние полным (взрослым) именем. Знакомство со значением имени. Поиск «знаменитых тезок» и рассказ о выбранном для себя. Рисунок</i>

<p>роях и подражание им. Анимизм, Смена имени.</p>	<p><i>демонстрацией безнаказанности и сексуального подкрепления «героически-сверхчеловеческого» противоправного поведения.</i></p>	<p>язычники, «сатанисты»-«нелюди») и подражание им. Бред инсценировки. Деперсонализация.</p>	<p><i>идеального образа.</i> Музыкальная пантомима «Золушка»</p>
<p>Священное погружение в мир <u>духовных ценностей</u>. Знакомство с <u>законами жизни</u> во взрослом обществе.</p>	<p>Отсутствие государственной идеологии, религиозной культуры и выверенной молодежной политики обуславливают мировоззренческий «вакуум» и жизнь «днем сегодняшним». <i>Источники-носители субкультурной мифологии и идеологии - "культовые" книги, стихи, сайты, фильмы, тексты песен и пр.</i></p>	<p><i>Балансирование между безверием и фанатизмом, научным знанием и магическим мышлением, поиском идеалов и их отрицанием, асоциальностью и комфортом.</i> <i>Противопоставление "тонких эмоций" индивида "грубости" окружающих.</i> Метафизическая интоксикация.</p>	<p>Приобщение к традиционной религии Библиотерапия. Арт-терапия. Бихевиорально-когнитивная (в т. ч. аверсивная) психотерапия. <i>Неоконченные рассказы.</i> <i>Приемы: семейный контракт; передача ответственности; создание «жизненных сценариев».</i> <i>P.S. продолжают и по окончании сессии.</i></p>
<p><u>Укрощение плоти</u>. Бичевание. Табу на ту или иную пищу. Голодание. Победа над болью. Отказ от амбиций. Упражнения в аскетизме,</p>	<p>Традиция физических наказаний со смыслом: «Бьет – значит любит». <i>Ограничения в еде (в соответствии с модой на стройную фигуру или как переадресованная на себя агрессия).</i> <i>Физические испытания.</i> <i>Братание кровью.</i></p>	<p><i>Болезненные садомазохистические самоманипуляции.</i> <i>Сверхнагрузки.</i> <i>Псевдоаскетическое поведение.</i> Ипохондрия здоровья. Расстройства пищевого поведения астенопатическая депрессия.</p>	<p>Психокоррекционный настрой на позитивное изменение себя. Лечебная диета. <i>Во время ИНТЭКС 5 - 6-ти часовые занятия без перерыва для еды.</i> <i>Работа по принципу: «Один за всех, все за одного».</i></p>
<p><u>Дифференцированное половое воспитание</u>. Игры с куклами, сменяющиеся заботой о малышах. Ухаживания, калита, кумление и т. п.</p>	<p>Сексуальное воспитание в школе и семье. Эротика и секс в СМИ, в т. ч. сочетание сексуальной стимуляции со сценами ужаса и отращения (вампи-</p>	<p><i>Недифференцированная половая активность.</i> <i>Фантазии об однополом браке и смене пола.</i> <i>Дружба и любовь по интернету.</i> <i>Ревность, «месть</i></p>	<p>Библиотерапия: «рыцарские» и мелодраматические романы; лирическая поэзия. Проведение психотерапии в смешанной по полу группе.</p>

<p>традиции. Ритуальные игры с целованием и раздеванием. Официальные периоды (например, между помолвкой и свадьбой), допускающие половую распущенность. <i>Декларирование сексуальной состоятельности.</i></p>	<p>ризм, каннибализм). Мода на гомо- и бисексуальность. Мальчишники-девичники. Бардовская песня. <i>Само-взаимопросвещение</i> <i>Однополая и разнополая дружба.</i> <i>Мастурбация.</i> <i>Первая любовь и первый сексуальный опыт. Борьба за сексуального партнера, в форме интриг и агрессии.</i></p>	<p><i>отверженного».</i> Сексуальная распущенность, промискуитет. Избиение конкурентов. Суицид из-за неразделенной любви. Синдром Вертера. Гебоидный синдром.</p>	<p><i>Освоение мальчиками-подростками «малого джентльменского набора», девочками - просоциального настроения на брак и выполнение родительских функций. Ирония и сарказм в отношении имитативного суицида.</i> <i>Интроект: «Любить - значит заботиться».</i></p>
<p><u>Пребывание в измененном состоянии сознания.</u> Ритуальные трансовые техники с лишением сна, ритмической (музыкальной, танцевальной) стимуляцией. <i>Изменение сознания с помощью вина, дыма, галлюциногенов</i></p>	<p>Йога, медитация. Шизоидизирующая фрагментация сознания, создаваемая смартфонами и плеерами. <i>Приобщение к табуку, курительным смесям, алкоголю, напиткам-«энергетикам».</i> <i>Увлечение «тяжелым роком», трансовой, медитативной музыкой.</i></p>	<p>Алкоголизм, наркомания, токсикомания. Игромания. Компьютерная зависимость, «Технологические аддикции», затрудняющие и искажающие восприятие окружающего мира.</p>	<p>Гипнотерапия, АТ, холотропная психотерапия. Трансовые техники. <i>Приемы «транс», «ритм планеты».</i> <i>Эмоционально-стрессовый характер заключительного сеанса.</i> <i>Эфирно-медикаментозная аэрация зала.</i></p>
<p><u>Встреча с хаосом</u> и прохождение через него. Ритуалы типа ночи на Ивана Купалы. <i>Развенчание и «приручение» магических образов, пугавших в детстве.</i></p>	<p>Праздники типа хэллоуин, карнавалы. Комнаты страха. Детективы, триллеры, фэнтези. Абстракционизм, декаданс, модернизм, символизм в искусстве. <i>Ритуальное сжигание школьных дневников.</i></p>	<p><i>Деструктивное, фантасмагорическое творчество.</i> <i>Психоделический транс.</i> <i>Моральный и нравовой нигилизм.</i> Патологическое фантазирование. Идеи овладения.</p>	<p>Психоанализ. Религиозная психотерапия. Трудотерапия. Арт-терапия. <i>Рисунки, маски и танец страхов, разрушение или трансформация пугающих образов.</i> <i>Игра «инопланетяне»</i></p>
<p><u>Символическая смерть с телесными повреждениями, укусами муравьев, обре-</u></p>	<p>Общеподростковый танатотропизм. Экстремальный спорт. <i>Рискованное,</i></p>	<p><i>Комплекс неполноценности. Непереносимость шуток и насмешек.</i> <i>Самоутверждение</i></p>	<p>Регрессивный гипноз. «Клоунада», «автопортрет», «сплетники», «портрет</p>

<p>занием и иными хирургическими манипуляциями. Демонстрация регрессивного поведения.</p>	<p>аутоагрессивное и парасуицидальное поведение. «Дурацкие» шутки и выходки.</p>	<p>через высмеивание и унижение других. Социофобия. Демонстративные и истинные суициды, Гебефрения.</p>	<p>группы». «операция» (пугающая, но не болезненная), «каталептический мост», запах медикаментов.</p>
<p><u>Праздничное возрождение</u> в новом социально-личностном статусе в окружении всей общины. Демонстрация взрослых качеств. Публичное посвящение в статус равноправного члена общины.</p>	<p>Торжественное посвящение в «пионеры», «скауты», «комсомольцы», «рабочие», «студенты», обеспечивающие уверенность в собственной необходимости для общества. Празднование юбилеев, застолья по поводу получения паспорта, первой зарплаты, поступления в ВУЗ и т. п.</p>	<p>Завышенная самооценка. Комплекс «самурая». Мизантропия. Идеи мессианства, величия и злого могущества.</p>	<p>Присутствие публики на заключительном сеансе. Праздничная одежда. Приемы «второе рождение». «письмо другу», предвыборная кампания. Совершение «громкого личного подвига», его фото- и видеозапись, общие танцы и песни, жизнеутверждающая декларация. Торжественное чаепитие.</p>

Соблюдение указанных принципов предполагает максимальное насыщение сенсорного, эмоционального и информационного каналов восприятия пациентов, что само по себе способно подавлять психопатологическую продукцию [22] и гедонистически окрашивать их суммарный эффект. Такая «школа мужества» полностью соответствует основному принципу детско-подростковой психотерапии – «радостному взрослению».

ЛИТЕРАТУРА

1. Геннеп Арнольд ван. Обряды перехода. Систематическое изучение обрядов. / Перевод с французского Ю.В. Ивановой, А.В. Покровской. Послесловие Ю.В. Ивановой. - М.: Издательская фирма «Восточная литература», РАН, 1999. - С.64-107
2. Генон Р. Кризис современного мира / Пер. с фр. – М.: Эксмо. Серия: Антология мысли, 2008. - 784 с.
3. Гильбурд О.А. Избранные очерки эволюционной психиатрии. - Сургут: РИИЦ «Нефть Приобья», 2000. - 180 с.
4. Гречаный С.В. Расстройства поведения у подростков, сочетающиеся с употреблением психоактивных веществ (клинико-динамический и адаптационно-личностный аспекты): Автореферат дисс... докт. мед. наук. - СПб, 2015. – 48 с.
5. Гроф С. За пределами мозга.- М.: Изд-во Трансперсонального института, 1993. - 504 с.
6. Дальто Ф. На стороне подростка / Пер. с фр. - Екатеринбург: У-Фактория, 2006. - 368 с.
7. Докинз Ричард. Эгоистичный ген / Пер. с англ. - М., АСТ:CORPUS, 2013. - 512 с.

8. Егоров А.Ю., Игумнов С.А. Расстройства поведения у подростков: клинико-психологические аспекты. - СПб.: Речь, 2005. - 436 с.
9. Ермоленко И.А., Северин А.В. Информационно-компьютерные технологии и психическое здоровье подростков // Вопросы психического здоровья детей и подростков. - 2015 (15), № 1. - С. 85-88.
10. Клинков В.Н. Обряды инициации и эволюция подростковой психопатологии // Acta Psychiatri, Psychother., et Ethologica Taurica. - № 3, 1995.- P. 131-137.
11. Корнетов Г. Б. История педагогики: монография / Г. Б. Корнетов. – М.: АСОУ, 2013. – 460 с. (Сер. «Историко-педагогическое знание». Вып. 62).
12. Левковская О.Б. Использование проективных рисуночных методик в исследовании самовосприятия и аффективной сферы у девочек-подростков с самоповреждающим поведением // Исцеляющее искусство. Международный журнал арт-терапии. - № 3, т.17, лето 2014. - С. 6-39.
13. Левковская О.Б., Шевченко Ю.С. Несуицидальное самоповреждающее поведение в подростковой среде: современные объяснительные подходы (окончание) // Вопросы психического здоровья детей и подростков. - 2015 (15), №1 – С. 105-116.
14. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. - Л.: Медицина, 1983. - 256 с.
15. Малыгин В.Л. Интернет-зависимое поведение у подростков. Клиника, диагностика, профилактика. – М.: Мнемозина, 2010.- 136 с.
16. Маркова Н.Е., Римашевская Н.М., Смакотина Н.Л. Типология модификаций девиантного поведения в молодежных субкультурах // Народонаселение. — М.: ИСЭПН РАН, 2010. — № 1 (47). - С. 1-17.
17. Менделевич В.Д. Психиатрическая пропедевтика: руководство. 5-е изд. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2912. - 576 с.
18. Москвитин П.Н., Цыганков Б.Д., Сирота Н.А. Метод «профилактической психодрамы» в предупреждении зависимости от психоактивных веществ у детей и подростков. - М.: Медицина, 2011. - 248 с.
19. Пивоварова П.А. Психические расстройства, диагностированные как патологический пубертатный криз (по данным судебно-психиатрического катамнеза): Автореф. дисс... канд. мед наук. - М., 2014 - 23 с.
20. Протопопов А.И., Вязовский А.В. Инстинкты человека (попытка описания и классификации) – Якутск: Компания «Дани АлмаС», 2011. - 144 с.
21. 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.
22. Свааб Д. Мы – это наш мозг: От матки до Альцгеймера / Пер. с нидерл. - СПб.: Изд-во Ивана Лимбаха, 2014. - 544 с.
23. Шевченко Ю.С., Добридень В.П. Радостное взросление: развитие личности ребенка (методика ИНТЭКС). – СПб.: Речь, 2004.- 202 с.
- 24(а) Шевченко Ю.С. Систематизация психических расстройств //Детская и подростковая психиатрия: Клинические лекции для профессионалов / Под ред. Ю.С. Шевченко. - М.: Медицинское информационное агентство, 2011. - С. 72-95.
- 25(б) Шевченко Ю.С. Онтогенетически ориентированная (реконструктивно-кондуктивная) психотерапия детей и подростков // Детская и подростковая психиатрия: Клинические лекции для профессионалов / Под ред. Ю.С. Шевченко. - М.: Медицинское информационное агентство, 2011. - С. 800-816.
- 26(в) Шевченко Ю.С. Этологические механизмы психопатологических расстройств // Детская и подростковая психиатрия: Клинические лекции для профес-

сионалов / Под ред. Ю.С. Шевченко. - М.: Медицинское информационное агентство, 2011. - С. 579-622.

27. Шмырева О.И. Танатотропизм: психологические аспекты эмоционального кризиса в подростковом возрасте // Вопросы психического здоровья детей и подростков - 2015 (15), № 1. - С. 101-104.

28. Юнг К.Г. Архетип и символ. - М.: Ренессанс, 1991. - 304 с.

29. Eibl-Eibesfeldt I. Humanethologie. - Berlin, N.-Y. Plenuv Press, 1985. – 875 p.

Yu.S. Shevchenko

TEENAGE INICIATION: ETHOLOGICAL-PSYCHIATRIC ASPECTS (essay)

Russian Medical Academy of Advanced Education (Moscow).

Summary. Initiation is regarded as process, ritual and result of transforming of teen-ager from child status to status of adult member of science. It has phylogenetic nature and is intending of availability of accordingly social conditions for its successful realization This conditions are in every traditional science. Frustration of innate requirements in initiation leads to deviation behavior or to psychic disorders. They reflect general moduls (components) of socio-biological program of initiation. Education and psychotherapy of teen-agers need to organization including of ethology screen play of initiation.

Keywords: initiation, ethology, phylogenesis, ontogenesis, psychotherapy.

В.В. Грачев

АТИПИЧНЫЕ ФОРМЫ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ (обзор)

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

Резюме. Последние годы отмечается значительный рост распространенности атипичных форм расстройств пищевого поведения (РПП), при этом их систематика далека от завершения, и в большинстве случаев эти формы рассматриваются как неуточненные, что затрудняет работу практических врачей и исследователей, так как такой диагноз несет мало информации о симптоматике, прогнозе заболевания и терапевтических подходах. Для исследований нового века характерна направленность на их более четкую дифференциацию, что привело к выделению из расстройств аноректического и булимического спектра ряда новых нозологических единиц, таких как очистительное расстройство, ограничительное-избегающее РПП, приступообразное переедание, синдром ночной еды. Значительный интерес представляют характерные для подростков атипичные/парциальные/подпороговые формы НА и НБ. Несмотря на их казалось бы «субклинический» характер для них характерны тенденция к длительному персистированию, значительные нарушения социального функционирования, высокий уровень коморбидных психических расстройств, которые сохраняются в периоде взрослости, нередко приходя на смену сглаживающимся собственно РПП. Клиническая картина и динамика подростковых атипичных НА и НБ позволяют предполагать, что в значительном числе случаев они наблюдаются в структуре психопатологического диатеза с тимопатическими и шизотипическими радикалами.

Ключевые слова: атипичные расстройства пищевого поведения, атипичная нервная анорексия, атипичная нервная булимия, психопатологический диатез.

Расстройства пищевого поведения (РПП), являющиеся актуальной проблемой современной детской и подростковой психиатрии, представляют собой два основных взаимосвязанных патологических состояния: нервная анорексия (НА) и нервная булимия (НБ), а также широкий спектр психопатологических форм, не соответствующих в полной мере критериям НА и НБ и проявляющихся устойчивыми симптомокомплексами нарушения различных сторон приема пищи, приводящих к выраженным отклонениям психосоциального функционирования и ухудшению соматического здоровья больных, нередко значительному. Систематика РПП далека от завершения и в большинстве случаев эти формы рассматриваются как не уточненные или атипичные (АРПП), а диагноз устанавливается по остаточному принципу — на основании исключения типичной НА и НБ [9, 13, 19, 36].

В публикациях последних двух десятилетий отмечается рост числа больных с АРПП, причем их распространенность превышает распространенность типичных НА и НБ вместе взятых [1, 9, 31]. Недостаточно четкая квалификация РПП затрудняет работу практических врачей и исследователей, так как диагноз АРПП несет мало информации о симптоматике больного, прогнозе заболевания и необходимых терапевтических подходах [9, 31].

Для исследований РПП начала нового века характерна направленность на их более четкую дифференциацию. Активное изучение патологии булимического спектра привело к выделению приступообразного, или компульсивного переедания (ПП), уже включенного в последнюю, 5-ю редакцию DSM [4] и являющегося кандидатом на включение в новую редакцию МКБ [34].

ПП определяется как эпизоды переедания, которые должны отвечать, по крайней мере, трем из следующих критериев: больной ест быстрее, чем обычно, ест до состояния физического дискомфорта, съедает большие количества пищи, когда не голоден, ест в одиночестве (так как бывает смущен тем, что другие могут увидеть, как и сколько он ест), испытывает сильные негативные эмоции, сниженное настроение и чувство вины после эпизода переедания. Такие эпизоды должны происходить, по крайней мере, 1 раз в неделю в течение 3 месяцев, и их развитие не является следствием дистресса. Характерным является чувство потери контроля за количеством съедаемого. Главное отличие ПП от НБ заключается в отсутствии устойчивого компенсаторного поведения, т. е. действий, направленных на избежание набора веса в результате приступа переедания (самоиндуцированных рвот, употребления слабительных и мочегонных препаратов, интенсивных физических упражнений...), а также переживаний по поводу своего веса и фигуры до манифестации булимических приступов [4]. Отмечается, что ПП часто приводит к выраженному ожирению.

Перевод на русский язык этого расстройства не как компульсивного, а именно как приступообразного переедания представляется более соответствующим содержанию диагностической категории DSM-5, где основным диагностическим критерием является наличие приступов с поглощением значительных количеств пищи, а в уточнениях подчеркивается неясность этиологии и патологических механизмов. Следует также отметить, что как компульсивное можно рассматривать и переедание регулярно принимаемыми небольшими количествами пищи.

Еще одним патологическим состоянием, выделившимся из булимического спектра в ходе обсуждения 5-й редакции DSM, является очистительное расстройство (ОР), представляющее собой повторяющиеся эпизоды очистительного поведения после употребления нормального или небольшого количества пищи у лиц с весом и индексом массы тела (ИМТ) в пределах нормальных возрастных значений. Его распространенность в течение жизни у подростков женского пола

достигает, по мнению, некоторых исследователей 3,4% [28]. Ряд авторов высказывался за включение ОР в новую редакцию DSM в виде самостоятельной диагностической рубрики, однако такое предложение не получило достаточной поддержки. По мнению большинства специалистов, полученные к настоящему моменту данные недостаточны для таких утверждений, а случаи ОР могут рассматриваться в рамках уже известных нозологических единиц [17, 28, 31]. Представленные в DSM-5 критерии ОР определяются как исследовательские — необходимые для дальнейшего его изучения.

Другим расстройством, нозологическая самостоятельность которого обсуждается с момента его описания A.J. Stunkard в 1955 г. [30], является синдром ночной еды (СНЕ). Яркая клиническая картина представленная в первых работах и характеризующаяся утренней анорексией, бессонницей с эпизодами неконтролируемого переедания в ночной период и последующей частичной или полной амнезией эпизода, не нашла подтверждения в позднейших исследованиях [2, 29, 30]. В настоящее время СНЕ определяется как повторяющиеся эпизоды ночной еды, проявляющиеся едой при пробуждении в период ночного сна или чрезмерным потреблением пищи после вечернего приема пищи, которые не обуславливаются индивидуальными особенностями цикла сна-бодрствования или местными социальными нормами и вызывают значительный дистресс и ухудшение социального функционирования [4]. В связи с тем что современные диагностические критерии СНЕ были разработаны лишь недавно, данные о его распространенности носят противоречивый характер и варьируют от 1,1 до 4,3% [8, 32, 25]. Некоторыми авторами отмечается преобладание СНЕ у лиц мужского пола [32].

Из группы РПП с дефицитом массы тела относительно недавно было выделено избегающее/ограничительное расстройство приема пищи (ИОРПП), которое представлено в DSM-5 как отдельная диагностическая категория и, по-видимому, будет включено в 11-ю редакцию МКБ [34]. У больных с ИОРПП обнаруживается стремление к ограничению приема пищи, часто приводящее к значительной потере массы тела и белково-энергетической недостаточности. Однако мотивы поведения иные, чем при НА, страх прибавки в весе и недовольство фигурой отсутствуют, а отказ от еды в одних случаях обусловлен неприятием вкуса пищи, ее внешнего вида или физических характеристик, таких как цвет, запах или структура, в других — основывается на прошлом негативном опыте и тревожных ожиданиях неприятных последствий приема пищи: поперхиваний, рвот или болевых ощущений. Во втором случае ИОРПП часто возникает после того, как ребенок сильно подавится или в связи с «труднопереносимыми» медицинскими процедурами, такими как гастроскопия. Пациенты стараются ограничить свой рацион «безопасными» продуктами, часто только жидкими. Состояние больного должно отвечать также, по крайней мере, одному из ниже перечисленных критериев: значительная потеря в весе (или невозможность достичь ожидаемой прибавки в весе и росте у детей); необходимость энтерального питания или питательных добавок; значительное нарушение психосоциального функционирования.

Наличие расстройств аутистического спектра, обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР) и СДВГ повышают риск развития ИОРПП. В анамнезе больных ИОРПП часто выявляется пищевая аллергия или заболевания ЖКТ, сопровождающиеся тошнотой, рвотой, потерей аппетита и болями в животе. Для ИОРПП характерен высокий уровень коморбидности с тревожно-фобической симптоматикой, которая обнаруживается более чем у 60% больных [14, 23]. Около трети больных ИОРПП требуют лечения в стационаре [22].

Ранее ИОРПП считалось характерным для младенческого и детского возраста,

в настоящее время стало ясно, что эта форма имеет значительное распространение во всех возрастных категориях, в том числе у и взрослых, а у детей и подростков составляет 14% всех РПП [23]. Причем в подростковом возрасте часть случаев ИОРПП (около 10%) трансформируется в НА или предшествует ее развитию [22].

Другим расстройством из группы РПП с дефицитом массы тела, с которым временами приходится дифференцировать НА, и присущим, в первую очередь, спортсменам и артистам балета, является так называемая «анорексия атлетика» (АА) — в основе которой лежит сверхценная идея снижения веса для достижения высших спортивных или художественных результатов. В отличие от НА отсутствует стремление к худобе и максимальному снижению массы тела, характерно значительное преобладание мышечной ткани над жировой, а основным методом реализации болезненной идеи являются интенсивные физические нагрузки. Данные немногочисленных опубликованных на тему АА исследований показывают сниженную самооценку и повышенный нейротизм у лиц, страдающих этим расстройством, а также высокий уровень коморбидности с обсессивно-компульсивными проявлениями и личностной патологией, в первую очередь, психастенического-ананкастного круга [5, 11].

Значительный научно-практический клинический интерес в группе АРПП представляют характерные для подросткового возраста атипичные формы НА и НБ. Можно сказать, что большинство больных с аноректической и булимической симптоматикой в этой возрастной группе не отвечает в полной мере критериям НА и НБ основных современных систем квалификации психических расстройств — МКБ-10 и DSM-5 и рассматриваются как атипичные [9, 13, 24, 28].

В первом десятилетии XXI века у девушек-подростков в возрасте 12-20 лет распространенность атипичных форм НА и НБ в экономически развитых странах составила 9,4%–17,5% [9, 15, 24, 28, 35]. РПП расценивалось как неуточненное или атипичное у трех четвертей подростков женского пола и молодых женщин (до 23 лет), обратившихся в специализированные клиники [21].

В исследовательской литературе эти формы определяются как субклинические, парциальные или подпороговые НА и НБ, для удобства подразделения выделяют булимический и аноректический варианты РПП, а также РПП с дефицитом массы тела или избыточным весом. Термин «подпороговые» РПП обычно используется в случае, если у больного встречаются все симптомы типичной НА или НБ, но выраженность одного или нескольких из них не соответствует критериям диагностических рубрик (например, приступы переедания/очищения отмечаются реже, чем указывается в диагностических критериях). Термин «парциальные» применяется при выявлении у больного неполного набора симптомов НА или НБ (например, наличие компенсаторного поведения при отсутствии собственно отчетливых приступов переедания или наоборот). Определение расстройств круга НА и НБ, не соответствующих в полной мере критериям типичных форм, как субклинических подвергается справедливой критике, так как термин «субклинические» подразумевает малую тяжесть заболевания, в то время как данные многочисленных исследований убедительно указывают на значительные нарушения психического и социального функционирования у больных с этими патологическими состояниями [12, 31].

Представляется важным отметить, что у больных с атипичной НА и НБ коморбидная психическая патология встречается заметно чаще, чем при типичных формах. U. Schmidt et al. [27] обнаружили большую, чем при полном синдроме, распространенность депрессивных состояний и ОКР у больных с подпороговой НБ. При атипичной НА, в сравнении с типичной, зафиксирована большая частота

аффективной патологии, тревожно-фобических расстройств, суицидальных попыток и аутоагрессивного поведения [19, 26].

Исследователи отмечают значительную, превышающую аналогичные показатели при типичной форме заболевания, распространенность употребления наркотических и психоактивных веществ (ПАВ) у больных с атипичной НБ. Различными группами исследователей было установлено, что употребление психостимуляторов (амфетаминов и экстази) характерно для женщин, в подростковом возрасте наблюдавшихся с атипичной НА/НБ [7, 24]. Анализируя взаимосвязь между АРПП и употреблением ПАВ в подростковом возрасте, D. Krahn et al. [16] пришли к выводу, что соблюдение строгих диет в младшем-среднем подростковом возрасте положительно коррелирует с алкоголизацией, курением и употреблением каннабиоидов в старшем, авторы рассматривают континуум нарушений поведения с замещением атипичных РПП химическими аддикциями. Сходные данные приводят G.C. Patton et al. [24], которые в течение 10 лет, отслеживая большую группу подростков женского пола с парциальными синдромами РПП, в возрасте 24 лет выявили алкогольную зависимость у 16% девушек, а употребление амфетаминов у 17%. В мультицентровом исследовании, проводившемся в 5 европейских странах, распространенность алкоголизма была значимо более высокой у больных АРПП в сравнении с типичными [18].

Парциальная/подпороговая НА или НБ в среднем подростковом возрасте (14-17 лет) определяет высокий риск развития коморбидных тревожных и депрессивных расстройств, который сохраняется и после сглаживания собственно РПП. Частота аффективной патологии у молодых женщин, перенесших в подростковом возрасте АРПП, в 2-3 раза выше, чем у сверстниц [9, 20, 24]. По данным уже упоминавшегося проспективного исследования G.C. Patton et al. [24], аффективная патология при достижении возраста 20 лет выявлялась у 44% больных, наблюдавшихся в 14,5 лет с парциальными НА и НБ.

Наличие атипичных синдромов НА и НБ в подростковом возрасте ассоциируется с нарастающей социальной дезадаптацией и нарушениями формирования социальных навыков, что проявляется в периоде взрослости низким качеством жизни, высоким психологическим дистрессом и преобладанием незрелых стратегий совладения, которые наблюдаются, по данным P.J. Nau et al. [10] почти у 70% больных. Проспективные исследования обнаруживают раннее (до 16 лет) начало половой жизни, которое отмечается у 34% девушек с АРПП, и низкий образовательный уровень: 25% больных бросили школу в возрасте до 12 лет, а к 24 годам 36% не имели профессиональной квалификации и не учились [24].

В работах 80-90-х гг. высказывалось мнение, что парциальные/подпороговые синдромы НА и НБ должны, по мере течения заболевания, трансформироваться в полностью соответствующие критериям, однако последующие катамнестические и проспективные исследования показали, что такой переход наблюдается относительно редко и в большинстве случаев АРПП остаются атипичными даже при многолетнем течении. Эти формы характерны, в первую очередь, для подростков, распространенность их снижается с возрастом, и лишь небольшое число случаев персистирует во взрослый период [9, 20, 24]. По данным G.C. Patton et al. [24], катамнестически наблюдавших 2000 больных с парциальной НА и НБ с 14,5 до 24-25 лет, при достижении возраста 20 лет клинически значимые РПП сохранились только у 15%.

Следует отметить, что строгая дифференциация атипичных НА и НБ далеко не всегда возможна, причем более чем в 80% случае наблюдается трансформация одних форм в другие [3]. Часть исследователей считает недостаточно обоснован-

ным выделение различных форм РПП и не видит значимых клинических различий между ними [Ekeroth K. et al., 2013]. И действительно, на практике в подростковом возрасте часто оказывается затруднительным однозначно определить РПП как атипичную НА с эпизодами очистительного поведения, подпороговую НБ или очистительное расстройство. E. Touchette et al. [33] в ходе канадского эпидемиологического исследования в группе, включавшей 833 подростка женского пола, у 10,8% обследованных выявил трудно классифицируемое субклиническое расстройство с эпизодами переедания и очищения.

По-видимому, во многих случаях атипичные формы не могут определяться только как легкие крайние варианты НА и НБ или как этап их клинического развития, а представляют собой особую патологическую группу. В. Buddeberg-Fischer et al. [6] отмечают, что атипичные НА и НБ являются частью более широкого психопатологического синдрома. Представляется заслуживающим внимание мнение G.C. Patton et al. [24], что парциальные подростковые синдромы НА и НБ скорее должны рассматриваться как один из маркеров повышенной чувствительности к стрессовым факторам и предрасположенности к определенному кругу психических и поведенческих расстройств, чем состояния однозначно и специфически связанные с динамикой НА и НБ.

Клиническая картина и динамика подростковых атипичных форм НА и НБ позволяет предполагать, что в значительном числе случаев они наблюдаются в структуре особого психопатологического диатеза с тимопатическими и, в меньшей степени, шизотипическими радикалами и являются наиболее драматическим его клиническим проявлением в этом возрастном периоде. В дальнейшем РПП сглаживаются, и на первый план выступает иная психопатологическая симптоматика, в первую очередь, аффективная и ассоциированная с ней. Преобладание в клинической картине психопатологического диатеза в подростковом возрасте расстройств круга НА и НБ определяется, по-видимому, с одной стороны, патопластической ролью этого периода, для которого характерен повышенный интерес к собственному телу и склонность к формированию сверхценных образований вообще, а дисморфофобического содержания в особенности, а с другой — социокультуральными воздействиями современного общества, где, особенно до недавнего времени, через средства массовой информации безальтернативно пропагандировался идеал худобы и стройности, как факторов успеха в жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Грачев В.В. Динамика изменений клинической картины и обращаемости за психиатрической помощью больных подросткового возраста с расстройствами пищевого поведения в первом десятилетии 21-го века // *Детская психиатрия: современные вопросы диагностики, терапии, профилактики и реабилитации.* – СПб., 2014. – С. 63-64.
2. Махортова И.С. Повышение эффективности коррекции синдрома ночной еды у пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами: Автореф. дис...канд. наук. – М., 2015. - 21с.
3. Ackard D.M., Fulkerson J.A., Neumark-Sztainer D. Stability of eating disorder diagnostic classifications in adolescents: five-year longitudinal findings from a population-based study. *Eat Disord* 2011; 19(4): 308-322.
4. American psychiatric association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders // 5th ed. / Washington DC: American Psychiatric Publishing Inc, 2013. P. 991.
5. Bachner-Melman R., Zohar A.H., Ebstein R.P., Elizur Y., Constantini N. How anorexic-like are the symptom and personality profiles of aesthetic athletes? *Med Sci Sports Exerc* 2006; 38(4): 628-636.

6. Buddeberg-Fischer B., Bernet R., Schmid J. et al. Relationship between disturbed eating behavior and other psychosomatic symptoms in adolescents // *Psychother Psychosom* 1996; 65: 6: 319—326.
7. Curran H.V., Robjant K. Eating attitudes, weight concerns and beliefs about drug effects in women who use ecstasy // *J. Psychopharmacol* 2006; 20: 425—431.
8. de Zwaan M., Müller A., Allison K.C., Brähler E., Hilbert A. Prevalence and correlates of night eating in the German general population. *PLoS ONE* 9(5): e97667. doi:10.1371/journal.pone.0097667.
9. Garcia F.D., Delavenne H., Dechelotte P. Atypical eating disorders: a review // *Nutr Diet (Suppl.)* 2011; 3: 67—75.
10. Hay P.J., Buttner P., Mond J. et al. Quality of life, course and predictors of outcomes in community women with EDNOS and common eating disorders // *Eur Eat Disord Rev* 2010; 18: 4: 281—295.
11. Herbrich L., Pfeiffer E., Lehmkuhl U., Schneider N. Anorexia athletica in pre-professional ballet dancers. *J Sports Sci* 2011; 29(11): 1115-1123.
12. Fairburn C.G., Walsh B.T. Atypical eating disorders (eating disorders not otherwise specified) // *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook* / C.G. Fairburn, K.D. Brownell (Eds.). New York, NY: Guilford Press, 2002. P. 171—177.
13. Fairburn C.G., Cooper Z. Eating disorders, DSM-5 and clinical reality // *Br J Psychiatry* 2011; 198: 1: 8—10.
14. Fisher M.M., Rosen D.S., Ornstein R.M., Mammel K.A., Katzman D.K., Rome E.S., Callahan S.T., Malizio J., Kearney S., Walsh B.T. Characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in children and adolescents: a “new disorder” in DSM-5. *J Adolesc Health* 2014; 55(1): 49-52.
15. Isomaa R., Isomaa A.L., Marttunen M. et al. The prevalence, incidence and development of eating disorders in Finnish adolescents: a two-step 3-year follow-up study // *Eur. Eat. Disord. Rev.* 2009. Vol. 17, N 3. P. 199—207.
16. Krahn D.D., Kurth C.L., Gomberg E. et al. Pathological dieting and alcohol use in college women – a continuum of behaviors // *Eat. Behav.* 2005. Vol. 6. P. 43—52.
17. Keel P.K., Striegel-Moore R.H. The validity and clinical utility of purging disorder // *Int. J. Eat. Disord.* 2009. Vol. 42, N 8. P. 706—719.
18. Krug I., Treasure J., Anderlueh M. et al. Present and lifetime comorbidity of tobacco, alcohol and drug use in eating disorders: a European multicenter study // *Drug. Alcohol. Depend.* 2008. Vol. 97, N 1–2. P. 169—179.
19. Le Grange D., Swanson S.A., Crow S.J. et al. Eating disorder not otherwise specified presentation in the US population // *Int. J. Eat. Disord.* 2012. Vol. 45, N 5. P. 711—718.
20. Lewinsohn P., Striegel-Moore R.H., Seeley J. Epidemiology and natural course of eating disorders in young women from adolescence to young adulthood // *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry.* 2002. Vol. 41. P. 1284—1292.
21. Machado P.P., Machado B.C., Goncalves S. et al. The prevalence of eating disorders not otherwise specified // *Int. J. Eat. Disord.* 2007. Vol. 40, N 3. P. 212—217.
22. Norris M.L., Robinson A., Obeid N., Harrison M., Spettigue W., Henderson K. Exploring avoidant/restrictive food intake disorder in eating disordered patients: a descriptive study. *Int J Eat Disord* 2014; 47(5): 495-499.
23. Ornstein R.M., Rosen D.S., Mammel K.A., Callahan S.T., Forman S., Jay M.S., Fisher M., Rome E., Walsh B.T. Distribution of eating disorders in children and adolescents using the proposed DSM-5 criteria for feeding and eating disorders. *J Adolesc Health* 2013; 53(2):303-305.
24. Patton G.C., Coffey C., Carlin J.B. et al. Prognosis of adolescent partial syn-

dromes of eating disorder // Br. J. Psychiatry. 2008. Vol. 192, N 4. P. 294—299.

25. Runfolo C.D., Allison K.C., Hardy K.K., Lock J., Peebles R. Prevalence and clinical significance of night eating syndrome in university students. J Adolesc Health 2014; 55(1): 41-48.

26. Santonastaso P., Bosello R., Schiavone P. et al. Typical and atypical restrictive anorexia nervosa: weight history, body image, psychiatric symptoms, and response to outpatient treatment // Int. J. Eat. Disord. 2009. Vol. 42, N 5. P. 464—470.

27. Schmidt U., Lee S., Perkins S. et al. Do adolescents with eating disorder not otherwise specified or full-syndrome bulimia nervosa differ in clinical severity, comorbidity, risk factors, treatment outcome or cost? // Int. J. Eat. Disord. 2008. Vol. 41, N 6. P. 498—504.

28. Stice E., Marti C.N., Rohde P. Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women // J. Abnorm. Psychol. 2012. Vol. 122, N 2. P. 445—457.

29. Striegel-Moore R.H., Franko D.L., Garcia J. The validity and clinical utility of night eating syndrome // Int. J. Eat. Disord. 2009. Vol. 42, N 8. P. 720—738.

30. Stunkard A.J., Grace W.J., Wolff H.G. The night-eating syndrome; a pattern of food intake among certain obese patients. Am J Med 1955;19(1): 78-86.

31. Thomas J.J., Vartanian L.R., Brownell K.D. The relationship between eating disorder not otherwise specified (EDNOS) and officially recognized eating disorders: Meta-analysis and implications for DSM. Psychol Bull 2009; 135: 3: 407—433.

32. Tholin S., Lindroos A., Tynelius P., Akerstedt T., Stunkard A.J., Bulik C.M., Rasmussen F. Prevalence of night eating in obese and nonobese twins. Obesity (Silver Spring) 2009; 17(5): 1050-1055.

33. Touchette E., Henegar A., Godart N.T. et al. Subclinical eating disorders and their comorbidity with mood and anxiety disorders in adolescent girls // Psychiatry. Res. 2011. Vol. 185. P. 185—192.

34. Uher R., Rutter M. Classification of feeding and eating disorders: review of evidence and proposals for ICD-11. World Psychiatry 2012; 11: 2: 80—92.

35. Wade T.D., Bergin J.L., Tiggemann M. et al. Prevalence and long-term course of lifetime eating disorders in an adult Australian twin cohort // Aust. NZ J. Psychiatry. 2006. Vol. 40. P. 121—128.

36. Zimmerman M., Francione-Witt C., Chelminski I. et al. Problems applying the DSM-IV eating disorders diagnostic criteria in a general psychiatric outpatient practice // J. Clin. Psychiat. 2008. Vol. 69, N 3. P. 381—384.

V.V. Grachiov

**ATYPICAL FORMS OF DISORDERS OF EATING BEHAVIOR
IN CHILDREN AND ADOLESCENTS (REVIEW)**

Russian Medical Academy of Advanced Education (Moscow).

Summary. Recent years have seen a significant increase in the prevalence of atypical forms of disorders of eating behavior (DEB), and their systematization is far from complete, and in most cases, these forms are considered unspecified, which complicates the work of practitioners and researchers, as such a diagnosis brings little information on the symptoms, prognosis and therapeutic approaches. For studies of the new century is characterized by its focus on a clearer differentiation, which led to the release of anorectic and bulimic disorders of the spectrum of a number of new disease entities such as cleaning disorder, avoidant-restrictive DEB paroxysmal overeating, night eating syndrome. Of considerable interest are characteristic for adolescents atypical/subliminal

forms of DEB. Despite their seemingly «subclinical» level they have trend towards long-term persistence, significant impairments in social functioning, a high level of comorbid psychiatric disorders that persist in adulthood, often replaces the. The clinical picture and dynamics of teenage atypical NA and NB suggest that a significant number of cases, they are observed in the structure of psychopathological diathesis with thymopathic and schizotypal radicals.

Keywords: atypical disorders of eating behavior, atypical nervous anorexia, atypical nervous bulimia, psychopathological diathesis.

И.Е. Аверина

**КОРРЕКЦИОННО-РАЗВИВАЮЩАЯ РАБОТА С ДЕТЬМИ
ДОШКОЛЬНОГО И МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С
РАЗЛИЧНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ С ОПОРОЙ НА
СРЕДОВОЙ ПОДХОД**

Институт Гармоничного Развития и Адаптации - «ИГРА» (Москва).

Резюме. Материалы практической коррекционной развивающей работе автора с детьми раннего, дошкольного и младшего школьного возраста, имеющих различные нарушения в развитии и с нормальных детей представлены в статье. Работа выполнена в рамках экологического подхода на базе Института Гармоничного Развития и Адаптации с поддержкой работы автора в команде специалистов инклюзивного детского сада.

Ключевые слова: дети с нарушениями развития, коррекционная работа, экологический подход.

Говоря о ведущих факторах, оказывающих влияние на развитие человека современная наука выделяет три основные:

- генетический фактор;
- средовой фактор;
- биологический фактор.

Но их соотношение в этом влиянии разные науки и исследователи выделяют различные. Мне бы хотелось обратить внимание читателей на средовой фактор, исследованием которого я занимаюсь на практике. Если говорить о научной основе влияния средового фактора на развитие человека, то первые попытки исследования относят нас еще к сенсуалистам и теории «Чистой доски». Современные исследователи доказывают влияние средовых факторов на раскрытие генетического потенциала человека на протяжении всей его жизни.

Рассмотрим три типа средовых факторов, оказывающих влияние на уровне биохимических процессов в организме человека, позволяющих человеку быть активным и раскрывающим заложенный в нем генетический потенциал.

Первый фактор - социальный фактор. Огромное количество различных экспериментов и исследований доказывает важность адекватно построенного детско-родительского взаимодействия начиная от зачатия и рождения человека на всю его дальнейшую жизнь. Формирование надежной адекватной привязанности в раннем возрасте позволяет полноценно сформироваться человеческой личности. С возрастом отношения в социальных референтных для человека группах продолжают оказывать на него огромное влияние, многочисленные исследования от дошкольного и школьного возраста до самой старости это подтверждают.

Второй фактор - двигательная активность человека. Движение – это жизнь. О

связи психического и двигательного развития мы говорим с самых первых минут рождения ребенка. Недаром в раннем возрасте существует понятие психомоторного развития. Это подчеркивает неразделимость психического и двигательного развития ребенка, так как освоение ощущений собственного тела и определенных движений позволяет расширить представления об окружающем маленького человека мире. Любые нарушения в освоении пространства собственного тела влекут за собой последствия, связанные с особенностями конструктивного праксиса и квазипространства (пространства языка с его сложными логико-грамматическими конструкциями, пространственно-временными представлениями и т. п.) И с возрастом двигательная активность не утрачивает своей актуальности.

Третий фактор - это собственная активность человека в сенсорно обогащенной среде. Здесь мы можем вспомнить исследования о связях, образуемых в нервных клетках благодаря воздействию определенных факторов в среде, влияющих на наши органы чувств. Сенсорное обогащение напрямую влияет на работу нашего мозга. Но важно помнить о том, что для многих детей (особенно детей, у которых нервная система находится в состоянии повышенного возбуждения) сенсорная нагрузка должна быть продумана и организована заранее с учетом особенностей их сенсорного профиля. Ребенка нельзя перегружать, впрочем так же, как и недогружать. Для многих детей с нарушением обработки сенсорной информации (нарушениями с нашей точки зрения, но правильнее сказать с особенностями обработки поступающей информации различными органами чувств) важно расширять способности, постепенно снижая или повышая пороги чувствительности к различным стимулам. Создавать опоры и обходные пути для увеличения способов обработки поступающей информации.

Все эти факторы, безусловно, кроме того что помогают раскрывать генетический потенциал человека (способствуя выделению первичных и вторичных нейротрофических факторов и воздействуя на белковые соединения ДНК), влияют на развитие мозга ребенка, и существует огромное количество исследований, подтверждающих данный факт. Методика работы, основанная на использовании среднего подхода, апробировалась автором последние 10 лет в работе с детьми раннего и дошкольного возраст, показала свою актуальность и востребованность.

Цель использования среднего подхода в коррекционно-развивающих занятиях с детьми, имеющими различной степени выраженности нарушения в развитии (по индивидуальным программам, с использованием различных психолого-педагогических методик) - развитие исследовательской активности и расширение адаптационных возможностей детской психики.

Как правило, многие дети, нуждающиеся и посещающие занятия дефектологов, логопедов, АБА¹-терапевтов, включены в достаточно жесткую структуру работы с ними специалистов. У них слабо развита или подавлена постоянными жестко построенными занятиями собственная исследовательская активность. Существует и другая крайность – ребенок очень чутких родителей, которые следуют за ним и, боясь навредить и вызвать истерику или каприз, сдают некоторые родительские функции самому ребенку. Такие дети, не чувствующие границ, не приемлющие любые социальные правила и соответственно не адаптированные в любом социуме, хаотичные в своей собственной активности, также нуждаются в работе в рамках среднего подхода с постепенным введением правил.

Но особенно остро в такой работе нуждаются родители таких детей. Средовой подход в рамках коррекционно-развивающих занятий во многих случаях (осо-

¹ АВА (Applied Behavior Analysis) – метод прикладного анализа поведения.

бенно при работе с некоторыми категориями детей с расстройствами аутистического спектра - РАС) не может быть единственным, но его сочетание с другими видами помощи (кинезитерапия, инклюзивные группы в дошкольных учреждениях, АБА) делают помощь детям с нарушениями более полноценной и всеобъемлющей. Необходимо отметить, что длительность цикла занятий в зависимости от индивидуальных особенностей ребенка может быть разной. Так, для ребенка с сохранным интеллектом с повышенным уровнем тревожности и как следствие со сниженным уровнем исследовательской активности цикл может состоять из 3-месячного посещения занятий 1-2 раза в неделю. А для 3-летнего ребенка с РАС у которого диагностируется неравномерная задержка развития, который в первый раз начинает посещать развивающие занятия, цикл может продолжаться 3-4 года с перерывами на каникулы и с включением на подгрупповые занятия в соответствующие возрастные группы.

Задачи:

- *Подготовка детей к включению в образовательные учреждения (детский сад, школа).*
- *Развитие общих движений, знакомство со схемой тела и развитие осознанной двигательной активности.*
- *Развитие и обогащение сенсорной сферы детей (с использованием Монтеessori-материалов).*
- *Профилактика различных вторичных отклонений в развитии.*
- *Развитие коммуникативных навыков (работа ведется в мини группах состоящих из 2 -3 детей и 2-3 специалистов).*
- *Целенаправленное формирование высших психических функций: внимания, памяти (зрительной, слуховой), мыслительной деятельности, речи.*
- *Развитие математических представлений с помощью методики НУМИКОН и Монтеessori-материалов.*
- *Развитие навыков чтения (в том числе с использованием глобального и послогового чтения (методика Т.С. Резниченко), а также звуко-буквенного анализа слов).*
- *Подготовка руки к письму и развитие мелкой моторики.*
- *Развитие ориентировки в быту, осведомленности в окружающем мире и отработка практических навыков (накрыть на стол, помыть посуду, почистить обувь, составить букет и т. п.).*
- *Развитие пространственно-временных представлений (с использованием методики М.М. Семаго и Н.Я. Семаго).*

Основа программы коррекционно-развивающих занятий в рамках среднего подхода:

- *Разработки центра лечебной педагогики - система занятий с детьми с выраженными множественными нарушениями в развитии.*
- *Элементы методики Марии Монтеessori – активизация самостоятельной исследовательской активности детей в простроенной сенсорно обогащенной среде.*
- *Элементы прикладного анализа поведения - анализ мотивации и функций поведения (жетоны не используются).*
- *Элементы PECS² (с неговорящими детьми используются коммуникативные альбомы и есть коммуникативная книга с представленными материалами для организации взаимодействия с ребенком).*

² PECS (Picture Exchange Communication System) – система альтернативной коммуникации с помощью карточек.

- Визуализация (расписание занятия в рисунках, картинках)
- Элементы ТЕАССН³ (четкий алгоритм действия, пошаговое усложнение заданий в различных областях).
- Отечественные разработки по коррекционной педагогике (в т. ч. методические разработки и рекомендации Е.А. Стребелевой).
- Элементы сенсорной интеграции (Д. Айрис, У. Кислинг).
- Психологическая коррекция коммуникативной сферы (разработки О.С. Никольской, В. Оклендер)

Средовой подход:

Средовой подход активно разрабатывается и используется на практике специалистами Центра лечебной педагогики на основе исследований физиологического стресса И.А. Аршавского и концепция зоны ближайшего развития Л.С. Выготского.

«Адаптация есть реакция физиолого-морфологического преобразования организма и его частей, в результате которой повышаются его структурно-энергетические потенциалы, т. е. его энергетические резервы, и тем самым - его последующие возможности» (Аршавский, 1990). Она возникает в ответ на воздействие среды, некомфортное для организма, вызывающее «энергетические траты», стрессовое. С точки зрения эмоций, «стрессовые реакции – это состояния повышенного эмоционального возбуждения, вызываемые действием либо перечисленных раздражителей, либо сильных психологических факторов»

Анализируя реакции организма на физические воздействия среды, можно выявить три зоны таких воздействий. При определенных условиях человек чувствует себя комфортно, среда не требует от него никакой особенной активности. Если условия меняются, то человек испытывает дискомфорт и организм проявляет те или иные защитные реакции. При дальнейшем ухудшении условий приспособительные возможности организма оказываются недостаточными. Стресс является патологическим.

Первая зона комфортная,

вторая – зона физиологического стресса,

а третья – зона патологического стресса.

Существует закон физиологии, говорящий, что воздействие в зоне физиологического стресса закаливает человека, укрепляет защитные силы организма. При этом комфортная зона расширяется, а зона патологического стресса отодвигается. Возрастание нагрузки в пределах зоны физиологического стресса усиливает закалывающий эффект. Но если воздействие происходит в зоне патологического стресса, адаптивные возможности резко падают и зона физиологического стресса сужается. Воздействие, относящееся к комфортной зоне, не влияет на защитные силы организма.

Стрессогенная среда вызывает стойкую дизадаптацию ребенка (патологический стресс), что проявляется в стремлении не участвовать в отношениях со средой (устойчивое избегание любого взаимодействия, панические реакции, агрессия, выраженная дисфория, нарушение физиологических функций – появление энуреза и энкопреза, отказ от еды, проблемы со сном). Такая среда не способствует развитию ребенка, так как уровень напряжения, испытываемого ребенком, чрезмерен и даже опасен – может провоцировать регресс, болезненные проявления, появление неадекватных защит.

³ ТЕАССН (Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children) - коррекция и обучение детей с недостаточностью общения аутистического и сходного типа.

Комфортная среда не требует запуска новых механизмов регуляции поведения. Поведение нейтральное в эмоциональном отношении. Такая среда полезна для решения задачи формирования у ребенка средств взаимодействия с миром или отработки определенных операций и навыков (навыки, связанные с речью, предметной деятельностью, самообслуживанием, лучше всего формируются в привычной ситуации дома или знакомых занятий), а также задачи адаптации ребенка к новой ситуации, которые педагог решает, исходя из системы отношений и возможностей ребенка для проявления активности. Но долго на этом этапе задерживаться не стоит.

Развивающая среда вызывает временную дизадаптацию ребенка (физиологический стресс): «равновесие между организмом и средой нарушается в пользу организма, когда организм... справляется с задачами, встающими перед ним, когда он господствует над средой, когда у него остается еще в запасе излишек энергии, не израсходованной по прямому назначению. В этом случае возникают положительные эмоции радости, гордости, удовлетворения, торжества и т. д.» (Л.С. Выготский 2000) Такая среда провоцирует активность слабых звеньев системы регуляции поведения и способствует их включению в эту систему и ее совершенствованию. Именно такая среда направлена на личностное развитие ребенка.

Опоры для освоения среды.

Это те средства, которые помогают ребенку с ограниченными возможностями здоровья (также как и любому ребенку раннего возраста) освоить новую ситуацию или «удержаться» в сложной для него ситуации. Например, ритуалы начала и конца занятия; значимый взрослый, постепенно в работу с ребенком включаются и другие взрослые; учет сверхценных интересов ребенка и расширение стереотипов; создание новых стереотипов. Использование элементов Монтессори-педагогике является в этом случае одной из оптимальных форм работы с детьми (постоянно зонированное пространство группы, правила, ритуалы начала и конца, возможность заниматься на коврике или за столом и т. п.). При этом необходимо анализировать сенсорные способности каждого конкретного ребенка и, исходя из его возможностей, работать в начально обедненной среде (оставляя в зоне видимости и доступности ребенку выбор из 3-5 интересующих его материалов и игр, постепенно расширяя выбор).

Прикладной анализ поведения

Для анализа негативного поведения ребенка родителям для заполнения предлагается следующая таблица:

Негативное поведение ребенка	Что этому предшествовало?	Реакция близкого взрослого?	Реакция ребенка на реакцию взрослого?	Чем все закончилось.

Предлагается заполнить табличку с 5-10 наблюдениями за негативным поведением ребенка. Если оно возникает очень часто, то заполняется еще одна таблица, показывающая частоту и время возникновения поведения. Далее определяется мотивация ребенка и функция поведения. Соответственно продумываются проактивные (т. е. использующиеся до возникновения негативного поведения методы) и реактивные (на уже возникающее поведение) методы воздействия на поведение ребенка. Подкрепляется положительное поведение, игнорируется негативное.

PECS, визуализация, ТЕАССН

Для работы с неговорящими детьми предлагается использовать карточки и

коммуникативные альбомы. В группе есть коммуникативный альбом с зонированными материалами. В процессе занятия используется расписание. Есть ритуализированные начало и конец занятия. Вводится первичный алгоритм работы с каждым материалом. Поддерживается постоянный порядок в групповой среде. Пространство зонировано с помощью игровых материалов. Есть определенные места для работы в кругу, ребенок может работать на специальном коврике или за столом.

Элементы сенсорной интеграции (Д. Айрис, У. Кислинг)

В группе представлены материалы, развивающие различные ощущения. Это насыпные (различные по фактуре) дорожки, гимнастические и массажные мячи, массажеры для рук, ног и головы, покрывало-гамак и платки для игр в прятки и запутываний и т. п. В течение занятия дети при содействии ведущего специалиста могут регулировать свой психический тонус при использовании данных материалов.

Психологическая коррекция коммуникативной сферы (разработки О.С. Никольской, В. Оклендер)

Эмоции ребенка, как и его деятельность во время занятия в целом озвучиваются. Дети учатся просить о помощи и предлагать помощь, подождать обещанного и играть по правилам. В групповых формах занятий в процессе приветственного и прощального круга используются игры на взаимодействии, регуляцию, развитие навыков понимания чувств и мыслей другого человека. В индивидуальной и групповой работе используются также арт-терапевтические техники: театрализация с использованием кукол Би-Ба-Бо или пальчикового театра (сказки подбираются под задачи конкретного ребенка или группы детей); лепка из пластилина, из соленого теста, из застывающей массы, из глины; рисование на песке, на пене, на бумаге; аппликации и т. п.

Основные направления и принципы работы

- Работа строится по индивидуальной программе с учетом индивидуальных особенностей каждого ребенка. Первичный прием и дальнейшую супервизию всех детей, посещающих занятия, и специалистов подразделения проводит психолог, учитель-дефектолог, Монтессори-педагог.

- Индивидуальные занятия в пространстве, наполненном развивающей сенсорно обогащенной предметной средой. Необходимо отметить, что в зависимости от особенностей обработки сенсорной информации и особенностей восприятия каждого ребенка изначально среда может быть сознательно обеднена (стеллажи с материалами закрыты). В доступе для ребенка оставляются только материалы в количестве от 3 до 5, которые отвечают его интересам. По мере работы с ребенком количество материалов увеличивается. Работа с ними ведется в разных плоскостях, за столом, на доске, на коврике. Для неговорящих детей используются картинки для помощи в осуществлении выбора. Также вводятся правила: ритуалы начала и окончания занятия, визуальное расписание занятия с очередностью выбора – ребенок, педагог. Правила уборки материалов на место. Тонизация ребенка с использованием ритма, движений, музыки.

- Объединение детей в подгруппы (комплектование подгрупп под определенные цели коррекционно-развивающей работы:

- 1) Группа развития для неговорящих детей 3-4 лет (растормаживание речи).

- 2) Группа развития для детей 4-5 лет (развитие фразовой речи и коммуникативных навыков).

- 3) Группа развития для детей 5-6 лет (развитие коммуникативных и регуляторных навыков, формирование предпосылок учебной деятельности).

Наличие правил группы: определенная структура занятия - организованная часть и свободная работа, очередность выбора материалов во время свободной части заня-

тия; используются все технологии, отработанные в индивидуальных занятиях)

Итак: группа «Монтессори» в центре «ИГРА» - это:

- дети с различными нарушениями в развитии (различные варианты неравномерного развития, расстройства аутистического спектра, ДЦП, задержки психического и речевого развития, умственная отсталость, дети с условно нормативным развитием, с повышенной тревожностью, мутизмом и т. п.);
- команда педагогов: психолог, дефектолог, логопед (под руководством опытного ведущего специалиста, проводящего регулярные супервизии);
- специально организованная среда;
- родители и близкие взрослые, включенные в общую структуру работы с ребенком, имеющим проблемы в развитии.

В программы коррекционной помощи в рамках средового подхода ребенок включается после первичной консультации у ведущего специалиста и выработки общих направлений деятельности семьи и специалистов с ребенком.

I.E. Averina

**THE CORRECTIONAL DEVELOPING WORK WITH CHILDREN OF
PRESCHOOL AND YOUNGER SCHOOL AGE WITH VARIOUS
VIOLATIONS IN DEVELOPMENT WITH A SUPPORT ON
ENVIRONMENTAL APPROACH.**

The Institute of Harmonious Development and Adaptation – «IGRA» (Moscow).

Summary. Materials of the practical correctional developing work of the author with the children of early, preschool and younger school age having various violations in development and with neurotypical children are presented in article. The work is made within environmental approach on the basis of institute of harmonious development and adaptation and with a support for work of the author in team of specialists of inclusive kindergarten.

Keywords: children suffering from development's violations, correctional work, environmental approach.

К ЮБИЛЕЮ НИНЫ МИХАЙЛОВНЫ ИОВЧУК



НИНА МИХАЙЛОВНА ИОВЧУК - доктор медицинских наук, профессор, психиатр высшей категории, профессор Московского городского психолого-педагогического университета, член Диссертационного совета в Московском городском психолого-педагогическом университете, член Правления Ассоциации детских психиатров и психологов, Главный редактор журнала «Вопросы психического здоровья детей и подростков (Научно-практический журнал психиатрии, психологии, психотерапии и смежных дисциплин)».

Н.М. Иовчук родилась в Москве, где окончила с отличием среднюю школу и в 1963 г. - педиатрический факультет 2-го Московского медицинского института им. Н.И. Пирогова. Опыт практической работы приобретала, работая участковым педиатром в Москве и Новосибирске, а с 1969 г. детским психиатром в поликлинике Сибирского отделения АН.

С 1970 г. Нина Михайловна совмещает практическую психиатрию (которую никогда не оставляла) с научной работой - в 1970-1974 гг. в клинической ординатуре и аспирантуре НИИ психиатрии Академии медицинских наук (ныне – ФГБНУ Научный центр психического здоровья), с 1974 г. - младшим, а с 1984 г. - старшим научным сотрудником того же института. В 1975 г. Н.М. Иовчук защитила кандидатскую диссертацию, а в 1989 г. - докторскую диссертацию по проблемам аффективных психозов у детей и подростков.

Важнейшей особенностью деятельности Нины Михайловны является посто-

янное стремление выйти за рамки узкопсихиатрических проблем, в смежные – социальные, педагогические, правовые - области в интересах психически больных детей и их семей, что выливалось в совмещение клинических исследований с консультативно-педагогической работой в различных учреждениях образования, как коррекционных, интернатных, так и «элитных», в участие в решении судебно-экспертных проблем детей и их семей.

С 1990 г. Н.М. Иовчук работала в детской клинике Московского НИИ психиатрии Министерства здравоохранения РФ в должности ведущего научного сотрудника, с 1997 г. по 2001 г. - главный научный сотрудник Института педагогики социальной работы РАО, главный научный сотрудник Московского НИИ психиатрии МЗ РФ. С 2001 г. Н.М. Иовчук - профессор Московского городского психолого-педагогического университета.

Круг научных интересов Нины Михайловны чрезвычайно широк. Она является автором более 180 печатных работ в области аффективной патологии детско-подросткового возраста, пограничных психических расстройств у детей и подростков, психиатрических аспектов социальной и школьной дизадаптации, психиатрических аспектов проблемы сиротства, работы с семьями психически больных детей, соавтором и соредактором Справочника по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста, автором (и соавтором) трех монографий – «Депрессии у детей и подростков», «Детская социальная психиатрия для непсихиатров», «Комплексная помощь семье с приемным ребенком» и учебно-методического пособия «Междисциплинарный консилиум в службе психического здоровья детей и подростков», которое написано по материалам организуемой ею на протяжении 13 лет новаторской формы повышения квалификации специалистов разного профиля – междисциплинарных разборов детей с психическими нарушениями. Ею разработан авторский спецкурс «Детская социальная психиатрия», в течение многих лет апробированный не только для усовершенствования психиатров, но и для обучения психологов, дефектологов, социальных педагогов и социальных работников, учителей школ, воспитателей детских садов, сотрудников спецшкол и специнтернатов. Н.М. Иовчук участвовала в разработке Проекта реорганизации психиатрической помощи детям и подросткам по поручению Государственной думы РФ, в работе российских и международных конгрессов и конференций (в Нидерландах, Германии, Болгарии, Польше, Испании, Швеции и др.).

Под научным руководством Н.М. Иовчук защищены 7 кандидатских и 2 докторских диссертации.

Н.М. Иовчук является одним из инициаторов и организаторов Ассоциации детских психиатров и психологов, активным участником реализуемых Ассоциацией научно-практических и обучающих программ, организуемых Ассоциацией междисциплинарных конференций и международных конгрессов.

Нина Михайловна Иовчук – врач, пользующийся самой трогательной привязанностью детей, которым она оказывает помощь, и их родителей, высочайшим авторитетом у коллег, глубокой благодарностью всех, кто имел счастливую возможность учиться у нее, перенимать ее бесценный практический опыт и глубокие знания.

Желаем Нине Михайловне здоровья, профессиональных достижений и творческих успехов!

Редколлегия
Правление Ассоциации детских психиатров и психологов
Коллеги, ученики, друзья

ВЕРА МИХАЙЛОВНА БАШИНА (1927-2014)

(к годовщине со дня смерти)



13 декабря 2014 года на 88-м году жизни скончалась Вера Михайловна Башина - доктор медицинских наук, профессор, один из ведущих ученых в области детской психиатрии, высококвалифицированный врач и талантливый педагог.

Вера Михайловна Башина родилась 15 июня 1927 года в городе Ногинске Московской области в семье военнослужащего (отец – инженер-подполковник, мать – учитель). В 1945 г. В.М. Башина закончила среднюю школу в г. Москве, в 1951 г. окончила лечебный факультет 1 Московского ордена Ленина медицинского института. По распределению работала неврологом в главном военном госпитале г. Советская Гавань Хабаровского края. С апреля 1953 г. – врач – патофизиолог и младший научный сотрудник в Институте высшей нервной деятельности АН СССР. В дальнейшем, с 1960 г. по 2010 г., вся профессиональная деятельность В.М. Башиной была неразрывно связана с Научным центром психического здоровья (до 1982 г. Институт психиатрии АМН СССР). Вера Михайловна работала с 1975 по 1987 гг. старшим научным сотрудником, в 1987-1990 гг. – ведущим научным сотрудником, с 1991 г. – главным научным сотрудником в отделе детской психиатрии.

В 1966 г. В.М. Башина защитила кандидатскую диссертацию по теме «Об особенностях клиники отдаленного периода шизофрении (по материалам катамнеза лиц, заболевших в детском и подростковом возрасте)». В 1978 г. Вера Михайловна защитила докторскую диссертацию по теме «Исследование клинико-психопатологических особенностей шизофрении, начавшейся в дошкольном возрасте». В 1980 г. в издательстве «Медицина» вышла ее монография, обобщающая материалы научных исследований «Ранняя детская шизофрения (статика и динамика)», 2-е издание которой, переработанное и дополненное, вышло также в издательстве «Медицина» в 1989г.

С 1983 г. все свои силы Вера Михайловна отдает проблеме изучения раннего

детского аутизма. Под ее руководством был создан уникальный, первый в России полустационар дневного пребывания для детей-аутистов дошкольного возраста; в течение более чем 25 лет она была научным куратором этого полустационара. Именно здесь отработывались новые методы диагностики, лечения и психолого-педагогического сопровождения детей-аутистов. Вера Михайловна – научный консультант докторской диссертации Н.В.Симашковой, под руководством В.М. Башиной был защищен ряд кандидатских диссертаций, посвященных различным аспектам изучения раннего детского аутизма. В 1999 г. вышла ее монография «Аутизм в детстве», пользующаяся большим спросом. В 2005 г. Вере Михайловне Башиной присвоено звание профессор.

За более чем 55-летний стаж трудовой деятельности ею оставлено богатейшее научное наследие, опубликовано более 160 научных работ в отечественных и зарубежных журналах, 4 монографии, методические рекомендации, в том числе по организации полустационара для детей-аутистов. Профессор В.М. Башина принимала активное участие в создании отечественного «Руководства по психиатрии» (под ред. академика РАМН А.С. Тиганова), а также глав в руководствах и справочниках, посвященных изучению детской и подростковой психиатрии. Вера Михайловна являлась членом редколлегии многих зарубежных и отечественных журналов. Вера Михайловна принимала активное участие в оказании помощи детям Армении, пострадавшим в землетрясении в декабре 1988 г. Вера Михайловна оказывала систематическую консультативную и организационную помощь больным

Профессора В.М. Башину знали не только благодарные родители детей с нарушенным развитием, она пользовалась огромным уважением и признанием у отечественных специалистов, в также у коллег на международном уровне. Вера Михайловна неоднократно участвовала в международных симпозиумах и конференциях, принимала участие в программе ТЕАСН Министерства просвещения Бельгии и РФ, направленной на ознакомление с обучающими программами для работы с детьми-аутистами.

В трудах Веры Михайловны, посвященных изучению детского аутизма, подробно описан спектр расстройств, включающий детский аутизм эндогенной этиологии и синдром Каннера, аутистическиподобные расстройства органического, хромосомного, экзогенного происхождения, ею создана оригинальная классификация и видов аутистических расстройств, и истории изучения детского аутизма. В 1990 г. совместно с американскими и японскими специалистами Вера Михайловна организовала в Токио 1 конференцию по реабилитации детей-аутистов и в этом же году была введена в редакционный совет информационного журнала по РДА, издаваемому в США. В.М. Башина была востребованным консультантом в учреждениях, работающих с детьми с аутистическими расстройствами как в Москве, так и за ее пределами.

В последние годы жизни Вера Михайловна оказывала активную консультативную помощь многим нуждающимся в ее колоссальном опыте вдумчивого врача-практика и ученого-исследователя. Многие годы ее интересовали хронобиологические аспекты аутистических расстройств, именно этой проблеме посвящена одна из ее последних работ «Диагностика аутистических расстройств в хронобиологическом аспекте» (2009).

Веру Михайловну Башину всегда отличали высокие гражданские и личные качества - патриотизм, высокий профессионализм, гуманность и личная скромность. Светлая память о Вере Михайловне Башиной - авторитетном педагоге, тонком и высокоэрудированном диагносте и клиницисте, выдающемся ученом, классике российской детской психиатрии, незаурядном и добром человеке - навсегда сохранится в сердцах знавших ее сотрудников и учеников.

Редколлегия

Правление Ассоциации детских психиатров и психологов

**ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ПЕЧАТНЫХ РАБОТ,
присылаемых для публикации в журнале «Вопросы психического здоровья
детей и подростков (Научно-практический журнал психиатрии, психологии,
психотерапии и смежных дисциплин)»**

1. Содержание работы должно соответствовать тематике журнала и его рубрикам. Журнал не публикует планы и проекты.
2. Статья набирается шрифтом Times New Roman, кегль 14, интервал 1,5 строки, поля 2 см сверху, снизу, слева, 1,5 см справа.
3. Графики, рисунки, диаграммы изображаются **в черно-белом формате, доступном для редактирования.**
4. Объем работы: авторские статьи, лекции – до 14 стр., краткие сообщения – до 7 стр.; архивные материалы, обзоры литературы, методические материалы могут превышать 14 стр. (в этом случае они публикуются с разбивкой на несколько выпусков).
5. В начале каждого материала указываются авторы с полными инициалами, название работы, представляемые организации, город.
6. Полному тексту предшествуют резюме (1 абзац до 10 строк) и ключевые слова.
7. В конце статьи (после списка литературы) излагаются **на английском языке** авторы с полными инициалами, название работы, представляемые организации, город, резюме (1 абзац до 10 строк) и ключевые слова.
8. Все упоминаемые в статье авторы должны отражаться в пристатейном списке литературы в алфавитном порядке.
9. Список литературы оформляется соответственно требованиям Государственного стандарта (см. «Вопросы психического здоровья детей и подростков», 2011 (11), № 2, с. 141).
10. Статьи, оформленные не в соответствии с указанными правилами, не рассматриваются.
11. Плата за публикацию статей не взимается.
12. Статьи, поступившие для публикации, рецензируются.
13. Замечания рецензентов направляются автору без указания имен рецензентов. Решение о публикации (или отклонении) статьи принимается Редколлегией после получения рецензий и ответов автора.
14. При рецензировании строго соблюдается право автора на неразглашение до публикации содержащихся в статье сведений.
15. Редколлегия оставляет за собой право сокращать и исправлять статьи

Подписано в печать 21.12.2015 г.
Формат 69/90 1/16. Бумага офсетная № 2.
Печать цифровая. Тираж 1000 экз.
Заказ №

Отпечатано в типографии «OneBook»
ООО «Сам Полиграфист»
129090, г. Москва, Протопоповский пер., д. 6.
www.onebook.ru