2012
ТОМ III
Выпуск 4

Рецензируемый научно-практический журнал

Основан в 2010 году в Санкт-Петербурге

ISSN 2079-7850
Key title: Pediatr (Sankt-Peterburg)
Abbreviated key title: Pediatr (St.-Peterbg.)

Ежеквартальное издание

Журнал реферируется РЖ ВИНИТИ

Учредители:
Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, ООО «Издательство Н-Л»

Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере массовых коммуникаций, связи и охраны культурного наследия
ПИ № ФС77-41678 от 13 августа 2010 г.

Проект-макет: Фролов В. Н.

Распространяется по подписке.
Электронная версия —
http://www.pediatr.gpma.ru
http://www.nauka.gpma.ru
http://www.ilibrary.ru

Издатель, учредитель:
ООО «Издательство Н-Л»
Родин В. Г. (генеральный директор)
Багрова Т. И. (выпускающий редактор)
Донченко Е. А. (верстка)
Думова Е. Н. (корректор)

Адрес редакции: Литовская ул., 2, Санкт-Петербург, 194100;
тел/факс: (812) 784-97-51;
e-mail: nl@n-l.ru

Формат 60 × 90/8. Усл.-печ. л. 13,5.
Тираж 1000 экз. Цена свободная.
Оригинал-макет изготовлен ООО «Издательство Н-Л».
Отпечатано ООО «Светлица», 199106, Санкт-Петербург, Московское шоссе, 25. Заказ
Подписано в печать 29.12.2012.

Полное или частичное воспроизведение материалов, содержащихся в настоящем издании, допускается только с письменного разрешения редакции. Ссылка на журнал «Педиатр» обязательна.

© ООО «Издательство Н-Л»

Педиатр

Научно-практический журнал для врачей

◆ ПЕРЕДОВАЯ СТАТЬЯ

В. А. Аверин, Е. Р. Зинкевич
Инновационный подход как стратегия профессионального образования в XXI веке 3

◆ ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

А. В. Чернорай
Болезнь как непривычное условие существования и проблема психической адаптации 7

А. Н. Алёхин, Н. Г. Туровская
Нарушения психического развития у детей при пароксизмальных судорожных состояниях 10

М. П. Билецкая, Т. В. Купреничева
Патологизирующий стиль воспитания и семейная тревога в семьях детей, больных гастродуоденитом 13

А. В. Лакомская, Т. В. Маликова
Специфика качества жизни больных с кардиопатологией старшей возрастной группы 16

С. А. Кулева, Е. Н. Имянитов, Т. В. Юхта, Е. В. Цырлина, Б. А. Колыгин
Демонстрация случаев наследственных раковых синдромов у детей и подростков 19

С. А. Виндорф
Клинико-психологические особенности реакции эмансипации у подростков с наркозависимостью 26

Н. И. Калин
Клинико-психологические признаки девиации и факторы риска нарушения репродуктивного поведения у подростков 34

Д. Д. Исаев
Системный подход к проблеме гендерной идентичности 37

Н. Ю. Цыбакова, И. С. Мартынкевич
Роль хромосомных маркеров в диагностике и лечении острых лейкозов у детей 41

А. Н. Корнев
Психологическая помощь семье как одно из направлений абилитации детей с недоразвитием речи 49

Т.В. Маликова, А.С. Яурова

Исследование суицидального поведения подростков.....54

А.А. Федяев, Б.В. Овчинников

Психотерапевтические возможности метода направленного воображения.....58

Г.А. Мурза-Дер

Особенности приверженности к АРВ-терапии у беременных ВИЧ-инфицированных женщин в Санкт-Петербурге (Россия).....62

И.Б. Осипов, С.А. Сарычев, М.В. Лифанова, А.Ю. Щедрина

Консервативное лечение нарушений резервуарной функции мочевого пузыря у детей с миелодисплазией.....67

М.И. Бурлакова, М.П. Билецкая

Психологические особенности семей детей, больных бронхиальной астмой.....74

А-М.А. Обухова, Д.Д. Исаев

Психологические компоненты сексуальной ориентации.....78

С.Н. Львов, Д.А. Земляной, В.В. Хорунжий, И.В. Александрович, К.В. Пшениснов

Современные особенности питания детского населения Санкт-Петербурга.....81

◆ СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Д.Е. Мацко, Е.А. Желбунова, М.В. Мацко, А.Ю. Улитин, А.А. Пальцев, А.Г. Иевлева, Е.Н. Имянитов

Редкая эмбриональная опухоль головного мозга у больной 27 лет.....88

Т.В. Габрусская, Н.Л. Волкова

Новые возможности в лечении воспалительных заболеваний кишечника у детей.....92

◆ ПСИХОЛОГИЯ И ПЕДАГОГИКА

С.А. Кулаков

Методологические и методические принципы преподавания психотерапии клиническим психологам.....96

Е.Р. Зинкевич, А.Н. Корнев

Пропедевтическая практика как новая педагогическая технология в подготовке клинических психологов.....101

О.С. Кульбах, В.А. Аверин, Е.Р. Зинкевич

Единство формирования общекультурных и профессиональных компетенций в подготовке будущего врача.....105

◆ ИНФОРМАЦИЯ

Правила для авторов.....110

Редакционная коллегия:

Главный редактор —
д. м. н., профессор **В. В. Леванович**

Зам гл. редактора —
д. м. н., профессор **Р. А. Насыров**

Зам гл. редактора —
д. м. н., профессор **Ю. С. Александрович**

Ведущий редактор —
д. м. н., профессор **А. Г. Васильев**

Технический редактор —
М. А. Пахомова

Академик РАН и РАМН
д. м. н., профессор **А. А. Баранов**

чл.-корр. РАМН,
д. м. н., профессор **Л. С. Намазова-Баранова**

д. м. н., профессор **Л. В. Эрман**
д. м. н., профессор **В. Г. Часнык**
д. м. н., профессор **Г. А. Новик**
д. м. н., профессор **Е. М. Булатова**
д. м. н., профессор **А. В. Губин** (г. Курган)
д. м. н., профессор **Л. А. Желенина**
д. м. н., профессор **Н. Д. Савенкова**
д. м. н., профессор **Д. С. Коростовцев**
д. м. н., профессор **Е. А. Корниенко**
д. м. н., профессор **Е. Н. Имянитов**
д. м. н., профессор **В. Н. Тимченко**
д. м. н., профессор **В. И. Орел**
д. м. н., профессор **И. Б. Осипов**
д. м. н., профессор **И. А. Комиссаров**
д. м. н., профессор **В. Г. Баиров**

Редакционный совет:

к. м. н., доцент **Н. С. Абдукаева**
д. п. н., профессор **В. А. Аверин**
д. м. н., профессор **В. В. Бржеский**
д. м. н., профессор **Э. И. Валькович**
д. м. н., профессор **С. Н. Гайдуков**
д. м. н., профессор **В. И. Гордеев**
д. м. н., профессор **И. А. Горланов**
к. м. н., доцент **С. В. Гречаный**
профессор **Алексей Гром** (A. Grom), США
д. м. н., профессор **В. И. Гузева**
д. м. н., профессор **Ю. А. Гуркин**
д. м. н., профессор **Л. А. Данилова**
профессор **Питер Зауер** (Piter J. J. Sauer), Нидерланды
д. м. н., профессор **Н. Р. Карелина**
к. м. н., доцент **А. Г. Климов**
д. м. н., профессор **А. М. Королюк**
д. м. н., профессор **Ю. В. Лобзин**
д. м. н., профессор **М. Э. Лозовская**
д. м. н., профессор **С. А. Лытаев**
д. м. н., профессор **В. Г. Мазур**
д. м. н., профессор **Г. Л. Микиртичан**
д. м. н., профессор **И. Б. Михайлов**
д. м. н., профессор **Ю. В. Наточин**
профессор **Сергей Нехай** (S. Nekhai), США
д. м. н., профессор **А. Б. Пальчик**
д. м. н., профессор **Е. В. Синельникова**
д. м. н., профессор **Г. А. Суслова**
д. м. н., профессор **Л. В. Тыртова**
д. м. н., профессор **Э. А. Цветков**
д. м. н., профессор **В. К. Юрьев**
профессор **Бистони Ф.,** (Италия)

ПЕРЕДОВАЯ СТАТЬЯ

© В. А. Аверин, Е. Р. Зинкевич
ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России

Резюме. В статье анализируется система педагогических понятий, среди которых: инновационные процессы в системе образования, инновационные педагогические технологии в профессиональном образовании, инновационная деятельность преподавателя. Воспроизводится контекст инновационной педагогической деятельности преподавателя медицинского вуза.

Ключевые слова: инновационные процессы в системе образования, инновационные педагогические технологии в профессиональном образовании, инновационная деятельность преподавателя, дидактическое, технологическое и организаторское творчество.

УДК: 377

ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД КАК СТРАТЕГИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В XXI ВЕКЕ

«Глубокие преобразования, которые пережили или переживают в настоящее время современные общества, требуют соответствующих преобразований в национальном образовании. Но, прекрасно чувствуя, что изменения необходимы, мы плохо знаем, какими они должны быть».
Эмиль Дюркгейм

В настоящее время мы наблюдаем реформирование системы образования России. Реформа осуществляется благодаря инновациям, которые реализуются, в частности, в системе высшего профессионального образования. С. М. Вишнякова дает следующее определение инновации: «Инновация, нововведение (от англ. innovation — нововведение). В обучении — введение нового в цели, содержание, методы и формы обучения и воспитания, в организацию совместной деятельности преподавателей и учащихся, изменения в стиле мышления» [2, с. 105]. С. М. Вишнякова дифференцирует следующие словосочетания: инновационные процессы в системе образования, инновационные педагогические технологии в профессиональном образовании, инновационная деятельность преподавателя. Прокомментируем все эти педагогические конструкты.

Инновационные процессы в системе образования — управляемые процессы создания, анализа, оценки, применения ряда новшеств в системе образования педагогическим сообществом. В качестве примера можно привести участие российской системы образования в Болонском процессе, результатом которого является реструктуризация системы образования, ее диверсификация и существенное обновление. Начало XXI века характеризуется поисками путей развития высшего медицинского образования в общеевропейском образовательном пространстве в связи с вступлением России в Болонский процесс. Это актуализирует вопросы улучшения качества медицинского образования, необходимость создания и внедрения ФГОС ВПО, оптимизирующего компетентностный подход в образовании. «Болонский процесс — путь к европейскому пространству высшего образования: основные цели, действия, достижения и трудности; гармонизация медицинского образования в Европейском регионе; европейская система передачи и накопления кредитов [ECTS] в медицинском образовании; характеристики последипломного медицинского образования и непрерывного профессионального развития» [9, с. 149].

На рубеже XX–XXI вв. в педагогике профессионального образования в фокусе особого внимания ученых находится проблема инновационных образовательных технологий. Это обусловлено возрастающей потребностью общества в повышении качества профессиональной подготовки специалистов, чему не способствует традиционная лекционно-аудиторная система, ориентированная на трансляцию содержания изучаемых дисциплин.

Современная педагогическая наука часто использует понятие «технология», которое пришло «<…> к нам вместе с развитием компьютерной техники и внедрением новых компьютерных технологий. В науке появилось специальное направление — педагогическая технология» [10, с. 309].

Сущностными характеристиками педагогической технологии являются «*управляемость* (диагностическое целеполагание, осуществление мониторинга учебного процесса, его необходимая коррекция); *эффективность* (соответствие образовательным стандартам, возможность достижения поставленных целей обучения, минимальные временные и экономические затраты); *воспроизводимость* (возможность применения другими преподавателями)» [11, с. 269].

Инновационные педагогические технологии применительно к высшему медицинскому образованию — это технологии обучения и воспитания, целью которых является развитие у студентов компетенций овладевать новым опытом на основе целенаправленного формирования творческого и критического мышления, овладение ими инструментарием учебно-исследовательской деятельности, ролевым и имитационным моделированием. В свою очередь, реализация компетентностного подхода в профессиональном образовании станет возможной при такой организации учебно-познавательного процесса, где существенно меняется роль преподавателя, применяющего педагогические технологии, стимулирующего обучение «посредством действия, обмена опытом, творческого решения проблем, постановки и решения креативных идей и проблем, использования ролевых моделей» [6, с. 359].

Примером, иллюстрирующим инновационные педагогические технологии, могут быть информационные компьютерные технологии. Их роль невозможно оценить в условиях развития непрерывной личностно-ориентированной образовательной траектории.

Сегодня наиболее оптимальным способом приема и передачи знаний является персональный компьютер, оснащенный Интернетом. Эта информационная система реализует разные функции, но главная — хранение и распространение информации.

В виртуальном информационном пространстве содержится огромнейшее количество ресурсов, поддерживающих и обеспечивающих образовательные потребности человека [8]. Электронные (мультимедийные) энциклопедии — пример такого образовательного продукта. «Очевидно, что до конца текущего десятилетия предстоит: <…> создание, распространение и внедрение в учебный процесс современных электронных учебных материалов, их интеграция с традиционными учебными пособиями <…>; обеспечение качества, стандартизации и сертификации средств информационных технологий учебного назначения; <…> подготовка педагогических <…> кадров образовательных учреждений, способных использовать в учебном процессе новейшие информационные технологии; <…> обеспечение образовательных учреждений <…> современными электронными учебными материалами, а также средствами доступа к глобальным информационным ресурсам» [7, с. 121].

Применение информационных компьютерных технологий является необходимым условием развития более эффективных подходов к обучению и совершенствованию методики преподавания. Информационные компьютерные технологии позволяют максимально удобно и быстро представить нужную для студентов информацию, привлечь его внимание, заинтересовать.

Как правило, технологизация образовательного процесса касается собственно процесса обучения, в котором отсутствуют технологии воспитания. С нашей точки зрения, «технология воспитания есть продуманная во всех деталях модель совместной деятельности преподавателей и студентов по проектированию, организации и проведению воспитательного процесса с безусловным обеспечением комфортных условий как для одних, так и для других его участников, реализующих идею полной управляемости воспитательным процессом. И если подходить к понятию «педагогическая технология воспитания» с позиций личностного подхода, то в ней можно выделить следующие признаки:

- возможность воспроизведения (и распространения) технологии применительно к заданным условиям;
- результативность — высокая степень достижения запланированного уровня воспитанности;
- направленность на развитие личности;
- целеполагание (таксономия);
- организация воспитательного процесса в соответствии с учебными целями, то есть через содержание учебных дисциплин и через «погружение» в различные модели будущей профессиональной деятельности;
- мониторинг уровня воспитанности студентов:
  - исходная (стартовая) диагностика — для получения информации о состоянии нравственной сферы и готовности студентов к ее преобразованиям;
  - текущая, или промежуточная, диагностика — с целью выявления пробелов в ходе воспитательной работы и необходимости коррекции состояния нравственной сферы;
  - итоговая диагностика — для оценки конечного уровня воспитанности выпускников» [4, с. 180].

Выделим ряд принципиальных требований, которые предопределяют технологию воспитания. Прежде всего, следует исходить из необходимости

подчинения содержания предмета не только профессиональным знаниям, но и воспитательному результату, который должен заключаться в качественных материальных и идеальных изменениях личности, ее внешнего облика, интеллектуальной, мотивационно-потребностной, эмоционально-волевой сферы, поведения и деятельности [1].

Непременным требованием к организации любого вида воспитательной деятельности является создание условий обязательного переживания студентом положительных эмоций и, главное, чувства удовлетворенности собой, веры в свои силы и возможности, что, в свою очередь, будет способствовать формированию социально ценных мотивов поведения и деятельности [5]. Социально окрашенные мотивы поведения и деятельности обеспечивают постепенное вхождение в профессию врача и овладение необходимыми компетенциями, значимыми для специалиста.

Технология воспитания может быть результативна только в том случае, когда она применяется с учетом возрастных и индивидуальных особенностей студентов, содействуя нравственному и профессиональному становлению личности.

Собственно инновационная деятельность преподавателя реализуется в дидактическом, технологическом и организаторском творчестве.

Дидактическое творчество является по праву самым распространенным и доступным для преподавателей. Варианты могут быть следующие: комбинирование действий студентов, использование новых педагогических приемов, обеспечивающих развитие мотивации учения, формирование адекватной самооценки, оценки знаний студентов и т. д. Мы остановимся на использовании балльно-рейтинговой системы оценки успеваемости студентов, которая является иллюстрацией дидактического творчества преподавателей.

«Государственная политика в области профессионального образования в контексте Болонских соглашений предусматривает изменения в подходах к оценке качества образования. В качестве аналогового механизма оценки используется накопительная система баллов за результаты учебно-познавательной деятельности студентов.

В современном динамичном мире способы, средства диагностики и контроля качества образования быстро меняются. Отметочная система, существовавшая доныне и измеряющая только конкретный результат, становится малоэффективной. Для анализа результатов образовательных целей сегодня востребованы такие способы и средства, которые позволяют увидеть и оценить динамичность протекания самого процесса реализации образовательных целей и задач. Все это объективизирует необходимость внедрения в процесс профессионального образования накопительной системы оценок, которая может быть представлена в виде технологической карты, облегчающей процесс обучения и оценки его результатов.

В качестве преимуществ балльно-рейтинговой системы оценки успеваемости студентов можно назвать:

- обеспечение индивидуально-личностного подхода к каждому студенту;
- улучшение состояния учебной дисциплины и развитие учебной мотивации;
- реализацию свободы выбора заданий, удовлетворение индивидуальных образовательных потребностей;
- создание условий для самостоятельной систематической работы и, как следствие, развитие когнитивных процессов;
- формирование субъект-субъектных отношений, в условиях которых каждый отвечает за свои учебные и обучающие действия;
- осуществление систематического самоанализа, самооценки и оценки учебной и внеучебной самостоятельной работы, а также собственной профессиональной деятельности» [3, с. 89].

Технологическое творчество как отражение инновационной деятельности преподавателя заявляет о себе в области педагогических технологий и проектирования, когда осуществляются поиск и создание новых педагогических систем, педагогических процессов и учебных педагогических ситуаций, способствующих повышению результативности воспитания и обучения студентов. И здесь будет своевременным упоминание о программированном и модульном обучении, технологии учебного диалога и игрового моделирования и, более всего, о педагогическом проектировании.

Педагогическое проектирование реализуется в следующем алгоритме действий преподавателя:

- выбор приоритетных целей обучения и воспитания, отвечающих на вопрос, какие профессиональные и личностные качества будут сформированы у студентов в процессе преподавания им проектируемой дисциплины;
- выбор содержания обучения и воспитания, предусмотренного учебным планом и учебными программами;
- выбор технологии, ориентированной на совокупность целей или на одну приоритетную цель;
- выбор способов оценки результатов деятельности;
- разработка технологии обучения.

Необходимо отметить тот факт, что технологическое творчество как отражение инновационной деятельности преподавателя непосредственно связано с использованием инновационных педагогических технологий в профессиональном образовании.

В завершение хотелось бы остановится на организаторском творчестве преподавателей, которое можно на-

блюдать в сфере управления педагогической и учебно-познавательной деятельностью, в процессе наблюдения и контроля за результатами этих видов деятельности, наконец, в осуществлении связи со средой, в контексте взаимодействия студентов и преподавателей и т. д. В качестве аналога организаторского творчества преподавателей может служить психолого-педагогический клуб для учителей и родителей, который создан на базе ГБОУ СОШ № 594 Московского района Санкт-Петербурга силами профессорско-преподавательского состава и студентов факультета клинической психологии ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет».

Подводя итоги сказанному выше, можно сделать вывод: анализ и погружение в педагогический смысл понятий, в ряду которых инновационные процессы в системе образования, инновационные технологии в профессиональном образовании, инновационная деятельность преподавателя, позволят правильно интерпретировать свой собственный инновационный педагогический опыт.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Аверин В. А., Зинкевич Е. Р., Кульбах О. С.* Теория и методика воспитательной работы в медицинском вузе: учебное пособие для преподавателей. — Санкт-Петербург, изд-во ГПМА, 2011. — 83 с.
2. *Вишнякова С. М.* Профессиональное образование: Словарь. Ключевые понятия, термины, актуальная лексика. — М.: НМЦ СПО, 1999. — С. 538.
3. *Зинкевич Е. Р.* Оценка качества образования студентов медицинских вузов // Вестник Южно-Уральского университета. — 2012. — № 26(285). — С. 87–91.
4. *Кульбах О. С., Зинкевич Е. Р.* К проблеме воспитания студентов медицинских вузов как неотъемлемой части профессионального образования // Мир науки, культуры, образования. — 2012. — № 4(35). — С. 178–181.
5. *Леонтьев А. Н.* Избранные психологические произведения в 2 томах. Т. 1 / под ред. В.В. Давыдова, В.П. Зинченко, А.А. Леонтьева, А.В. Петровского. — М.: Педагогика, 1983. — 391 с.
6. *Матвеева Т. А.* Понятийный аппарат компетентностного подхода в профессиональном образовании / Понятийный аппарат педагогики и образования: сб. науч. тр. Вып. 5 / отв. ред. Е. В. Ткаченко, М. А. Галагузова. — М.: Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС, 2007. — С. 359–361.
7. Непрерывное образование и потребность в нем / Под ред. Г. А. Ключарева. — М.: Наука, 2005. — 153 с.
8. *Нечипоренко Т. Л.* Образование как фактор перехода к информационному обществу: Автореф. дис. ... канд. филос. — М., МГОУ, 2003. — 24 с.
9. *Пальцев М. А., Денисов И. Н., Чекнев Б. М.* Высшая медицинская школа России и Болонский процесс. Выпуск III. — М.: Русский врач, 2005. — 250 с.
10. Педагогика: педагогические теории, системы, технологии: учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений / С. А. Смирнов, И. Б. Котова, Е. Н. Шиянов, Т. Б. Бабаева и др.; Под ред. С.А. Смирнова. — 2-е изд., испр. и доп. — М.: Издательский центр «Академия», 1999. — 544 с.
11. Педагогика профессионального образования: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Е.П. Белозерцев, А. Д. Гонеев, А. Г. Пашков и др.; Под ред. В. А. Сластенина. — 3-е изд., стер. — М.: Издательский центр «Академия», 2007.— 368 с.

INNOVATION APPROACH AS STRATEGY OF VOCATIONAL EDUCATION IN XXI THE CENTURY

Averin V.A., Zinkevich E.R.

◆ **Resume.** In the article is analyzed the system of the pedagogical concepts, among which: innovation processes in formation system, innovation pedagogical technologies in the vocational education, the innovation activity of instructor. The context of the innovation pedagogical activity of the instructor of medical Institute of Higher Education is reproduced.

◆ **Key words:** Innovation processes in formation system, innovation pedagogical technologies in the vocational education, the innovation activity of instructor, didactic, technological and organizational creation.

◆ Информация об авторах

Аверин Вячеслав Афанасьевич — д. психол. н., профессор. Заслуженный работник высшей школы РФ, заведующий кафедрой общей и прикладной психологии с курсом медико-биологических дисциплин факультета клинической психологии. ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: avirin_psu@gpma.ru.

Averin Vyacheslav Afanasyevich — Dr. psychol. sci., Professor, Head, Department of general and applied psychology with a course of biomedical disciplines of the department of clinical psychology. Saint-Petersburg State Pediatric Medical University of Health Ministry of Russia. 2, Litovskaya St., St. Petersburg, 194100, Russian Federation. E-mail: avirin_psu@gpma.ru.

Зинкевич Елена Романовна — к. п. н., доцент кафедры общей и прикладной психологии с курсом медико-биологических дисциплин факультета клинической психологии. ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: lenazinkevcih@mail.ru.

Zinkevich Elena Romanovna — PhD, Associate Professor at the Department of general and applied psychology with a course of biomedical disciplines of the department of clinical psychology. Saint-Petersburg State Pediatric Medical University of Health Ministry of Russia. 2, Litovskaya St., St. Petersburg, 194100, Russian Federation. E-mail: lenazinkevcih@mail.ru.

© А. В. Чернорай

ФГБОУ ВПО РГПУ им. А. И. Герцена

БОЛЕЗНЬ КАК НЕПРИВЫЧНОЕ УСЛОВИЕ СУЩЕСТВОВАНИЯ И ПРОБЛЕМА ПСИХИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ

Резюме. В статье описан клинико-психологический аспект нарушения привычного опыта существования человека, обусловленный манифестацией заболевания. Показана необходимость психологической коррекции поведения больного в направлении адаптации к измененным условиям существования.

Ключевые слова: отношение к болезни; психическая адаптация; переживание; стереотип поведения.

Здоровье и болезнь представляют собой крайние точки условий существования человека, если под здоровьем понимать привычные условия существования, когда функции организма не становятся объектом внимания человека в силу автоматического характера регуляции. Так, сердце, как автоматизм, обычно «прозрачно» для человека, «находится в тени его тела» [6]. Болезнь, манифестируя болью или нарушением функций, психологически переживается как нарушение этой «прозрачности» телесных функций, как нарушение привычных условий существования. Именно так методологически определяли болезнь С. П. Боткин, В. В. Пашутин, И. П. Павлов, А. А. Остроумов [2]. Реакции организма на угрожающие изменения условий существования наиболее полно представлены концептами стресса и адаптационного синдрома [4].

В клинико-психологическом аспекте нарушение привычного опыта, обусловленное манифестацией заболевания, неизбежно становится объектом внимания и когнитивной разработки, то есть источником психотравмирующих переживаний. Таким образом, существование в условиях болезни порождает новый опыт, интеграция которого в структуру существующего опыта уже по психологическим механизмам не может не быть безболезненной.

В психосоматическом континууме реакции на болезнь можно условно различать два вектора реагирования:

- соматический (физиологические и патофизиологические процессы собственно заболевания),
- психологический (реакции и формирующиеся отношения человека к заболеванию).

Возникающее переживание условно может быть рассмотрено в разных аспектах: когнитивном (знание и осознание болезни, понимание роли заболевания, предполагаемый прогноз), аффективном (эмоциональные переживания, чувства, обусловленные болезнью), поведенческом (выработка стратегии поведения в связи с болезнью) [1].

Столкновение с новой действительностью — заболеванием — осложняется страхом из-за боли, недостаточной осведомленности о сути, механизме, динамике заболевания, о перспективах состояния своего здоровья и жизни, что неизбежно привносит дополнительные стрессирующие факторы.

Психическая адаптация при соматическом заболевании состоит, таким образом, из процессов интеграции нового опыта в систему отношений личности и модификации поведения в направлении оптимального (уже для измененного статуса организма) взаимодействия со средой. Очевидно, что психологические факторы (личностные особенности, особенности воспитания, знания, умения, навыки и прочее)

УДК: 159.9:616

играют при этом свою специфическую роль. Формирование отношения к болезни в медицинской психологии описывается, как нормонозогнозия, гипонозогнозия, анозогнозия, гипернозогнозия, диснозогнозия [5]. При адекватном типе реагирования (нормонозогнозия) больные правильно оценивают свое состояние и перспективы, их оценка совпадает с оценкой врача. При гипернозогнозии больные склонны переоценивать значимость отдельных симптомов и болезни в целом, а при гипонозогнозии — склонны их недооценивать. Диснозогнозия у больных характеризуется искажением восприятия и отрицанием наличия болезни и ее симптомов с целью диссимуляции или из-за страха ее последствий. Анозогнозия — полное отрицание болезни как таковой, отсутствие критической оценки больным своего дефекта либо заболевания.

Но, несмотря на различные типы отношения к болезни, поведенческие стереотипы и способы поведения больных обнаруживают чрезвычайную ригидность, что препятствует самостоятельной модификации поведения больного и адаптации к болезни [3]. Целью психологического сопровождения лечения соматического заболевания становится, таким образом, психологическая коррекция поведения больного в направлении адаптации к измененным условиям существования. Необходимыми задачами для достижения этой цели становятся:

- редукция неблагоприятных эмоциональных реакций больного;
- формирование интернальной ориентации в отношении к болезни;
- формирование необходимого когнитивного компонента отношения к болезни;
- формирование адаптивного поведения в условиях заболевания.

Ниже приводятся типичные клинические наблюдения, иллюстрирующие эти положения.

Наблюдение 1 (признание и принятие заболевания, интеграция нового опыта в систему жизненного опыта, модификация поведения): мужчина, 53 года, женат, образование высшее. Госпитализация в связи с неотложным кардиологическим состоянием впервые (инфаркт миокарда). Отмечает в качестве неблагоприятных факторов эмоциональное перенапряжение на работе, посменный график работы. За несколько дней до госпитализации был конфликт, связанный с дорожно-транспортным происшествием. Кроме того, отмечается чрезмерная физическая нагрузка из-за проживания в неблагоустроенных бытовых условиях. Курение с 40 лет. В период пребывания в стационаре общее самочувствие хорошее, информирован о назначенных лекарственных препаратах, строго соблюдает режим приема лекарств, снизил количество сигарет в день с 20 до 4. По данным тестирования, выявлен диффузный тип отношения к болезни, уровень тревоги и депрессии в норме. В момент выписки пациент настроен «усилить контроль за собой, работать до неусталости». Спустя 8 месяцев после инфаркта миокарда, пациент отказался от курения полностью, посетил участкового терапевта, принимает препараты, назначенные при выписке, работает 8-часовой рабочий день (без ночных дежурств).

Наблюдение 2 (игнорирование нового опыта существования): женщина, 57 лет, замужем, образование среднее специальное. Работает акушеркой посменно; отмечает, что работа требует чрезмерного эмоционального напряжения. Артериальная гипертензия с 2009 года, но не наблюдалась у специалиста, прием препаратов нерегулярный (самоназначение). Госпитализирована в течение последних 3 месяцев повторно с инфарктом миокарда. Актуальные жалобы: нарушения сна, при нагрузке — ощущение тяжести в области сердца, «сердце как тряпка» (со слов специалиста по ЭКГ). Последние несколько месяцев «живет в постоянном стрессе» из-за семейных разногласий, ситуация с сыном «разорвала сердце», чувствует обиду за внука и беспомощность что-либо изменить. Тип отношения к болезни диффузный, депрессия и подавленное настроение по результатам опросников. При выписке можно отметить информированность пациента о назначенных препаратах, при этом утверждает, что «врачи не рассказывали, какого образа жизни должен придерживаться человек с заболеванием сердечно-сосудистой системы». Считает, что предотвратить обострение заболевания могла бы «спокойная размеренная жизнь», что невозможно в ее случае. Планирует меньше нервничать и реагировать на внешние стрессоры. Катамнестические сведения получить не удалось в связи со сменой телефонного номера пациентки.

Наблюдение 3 (гипертрофированное переживание нового опыта существования): женщина, 57 лет, замужем, образование среднее техническое. С 1995 года гипертоническая болезнь. Далее в течение 10 лет 3 госпитализации в связи с гипертоническим кризом, вызванным со слов пациента «стычками на работе, повышенной ответственностью, беспокойством». Лечение корвалолом при плохом самочувствии. Текущую госпитализацию из-за инфаркта миокарда связывает с нервными напряжениями, внутренними переживаниями «неурядиц на работе». Актуальные жалобы на плаксивость, подавленное настроение, ощущение ненужности, нарушения сна. О назначенных врачом препара-

тах информирована, принимает регулярно и планирует после выписки соблюдать рекомендации специалиста. После инфаркта миокарда контроль артериального давления ежедневно, по просьбе врача ведет дневник самоконтроля АД. Считает, что человек с заболеванием сердечно-сосудистой системы должен вести «размеренный образ жизни, сдерживать свои эмоции, терпеть». Врачи отмечают чрезмерную встревоженность пациентки своим состоянием, в момент посещения родственниками высказываются обида и недовольство недостаточным проявлением заботы. При этом диагностирован эргопатический тип отношения к болезни. После выписки принимает рекомендованные препараты регулярно, консультировалась с эндокринологом, наблюдается у участкового терапевта, относительно диеты и снижения эмоциональных нагрузок на работе не соблюдает рекомендации (при этом очень страдает, осуждает себя).

Таким образом, устойчивость стереотипов поведения и неспособность к их самостоятельной коррекции в направлении профилактики обострения являются риском нарушения адаптации пациента. Ригидность когнитивных и поведенческих стереотипов больного препятствует интеграции переживания болезни и формированию адекватных состоянию моделей поведения больного.

Содержанием психологического обеспечения лечебно-реабилитационного процесса становятся практики психологической коррекции эмоционального состояния, формирования адекватного отношения к болезни и помощи больному в осознанном изменении привычного поведения с последующим закреплением приобретенных навыков контроля собственного поведения. Психологическое обеспечение при лечении неотложных состояний ограничивается задачами редукции неблагоприятных эмоциональных состояний и предоставления больному по возможности полной информации о сути, клинических проявлениях, динамике заболевания и задачах больного по профилактике неблагоприятной динамики болезни.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вукс А.Я.* Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей. — СПб.: Изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005. — 86 с.
2. *Глязер Гуго.* О мышлении в медицине. — М.: Медицина, 1969. — 268 с.
3. *Налчаджян А. А.* Психологическая адаптация: механизмы и стратегии / А. А. Налчаджян. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Эксмо, 2010. — 368 с.
4. *Селье Г.* Стресс без дистресса. — М.: Прогресс, 1979. — 123 с.
5. *Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Дробижев М.Ю.* и др. Ишемическая болезнь сердца и внутренняя картина болезни (к проблеме патогенеза нозогенных реакций) — кардиологические аспекты. В кн.: Психокардиология.— М.: Мед. информ. аг-во, 2005.— С. 266–284.
6. *Тхостов А.Ш.* Психология телесности.— М.: Смысл, 2002.— 287.

ILLNESS AS AN UNUSUAL LIVING CONDITION AND THE PROBLEM OF PSYCHOLOGICAL ADAPTATION

Chernoray A.V.

◆ **Resume.** The article describes a clinic-psychological aspect of disturbances in the usual living experience of a person, which are determined by illness manifestation. It is stressed the necessity of psychological correction of the patient's behavior to promote his/her adaptation to the changed living conditions.

◆ **Key words:** Attitude toward disease; psychological adjustment; psychological experience; behavioral pattern.

◆ Информация об авторе

Чернорай Анна Владимировна — аспирант, кафедра клинической психологии; заведующая лабораторией «Психология здоровья». ФГБОУ ВПО «Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена». 191186, Санкт-Петербург, наб. реки Мойки, д. 48, корпус 11. E-mail: annache07@mail.ru.

Chernoray Anna Vladimirovna — Postgraduate, Department of Clinical Psychology; Head of the "Health psychology" Laboratory. The federal state budget educational establishment of higher professional education "The Herzen State Pedagogical University of Russia". 48, building 11, nab. reki Moyki, St. Petersburg, 191186, Russian Federation. E-mail: annache07@mail.ru.

© А.Н. Алёхин[1], Н.Г. Туровская[2]

[1]ФГБОУ ВПО РГПУ им. А.И. Герцена
[2]ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России

Резюме. В статье освещаются данные клинико-психологических исследований нарушений психического развития у детей с судорожными пароксизмальными состояниями эпилептической и неэпилептической природы, анализируются возможные механизмы этих нарушений, подчеркивается необходимость дифференциального анализа когнитивных нарушений, сопровождающих судорожные пароксизмы, и разработки рекомендаций с целью оказания помощи больному ребенку в психологической адаптации.

Ключевые слова: судорожные пароксизмальные состояния; эпилепсия; фебрильные судороги; аффективно-респираторные приступы; нарушения психического развития.

НАРУШЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ ПРИ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ СУДОРОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ

Актуальность исследования психического развития детей, страдающих пароксизмальными судорожными состояниями, определяется частотой их встречаемости в детском возрасте: 17–20 случаев на 1000 [9]. Частота межпароксизмальных нарушений психики у детей, по данным разных авторов, составляет от 3 до 50 % [11].

В настоящий момент наиболее исследован вопрос о нарушениях психического онтогенеза детей, страдающих эпилепсией [1, 2, 5, 6, 10, 14, 15 и др.]. Исследования Hermann et al. (2006) показали, что у детей уже на начальных стадиях эпилепсии отмечается снижение языковых и управляющих функций, памяти и скорости психомоторных реакций [19]. Нарушения внимания у детей, страдающих эпилепсией отмечает Schubert (2005) [24]. О замедлении темпа деятельности также сообщают Deltour et al. (2007) [14]. По данным Т.Ю. Аскоченской и др. (1990), у детей с эпилепсией отмечаются нарушения в перцептивно-пространственной сфере [1].

Ведущее место в присущей больным эпилепсией патопсихологической симптоматике имеет нарушение разных видов памяти [6, 10 и др.]. Matters, Klove (1997), Ladavas et al. (1999), Hermann et al. (2000), Троицкая Л.А. (2009) выявили дифференцированные различия в нарушениях мнестических функций при локализации очага в левой и правой гемисфере [10]. Ряд исследователей отмечает различные нарушения речевых функций при эпилепсии в детском возрасте [17, 21, 22 и др.]. Они типичны для больных височной эпилепсией с фокусом в левой височной области [21]. Патологию таких характеристик речи, как высота, ритм и интонация связывают с правосторонним височным очагом эпилептической активности [22].

Описанные выше нарушения развития высших психических функций негативно отражаются на успешности обучения больных детей в школе. В.А. Карлов (1990) указывал, что среди посещавших массовую школу таких детей плохая успеваемость отмечалась у 41,1 % [6]. По данным Д.Н. Исаева (2003), легкое снижение интеллекта наблюдается у 20–25 %, выраженное слабоумие — у 9–10 %, грубые нарушения интеллекта — у 1 % страдающих эпилепсией детей [5]. Описаны специфические эпилептические синдромы, или эпилептические энцефалопатии раннего детского возраста, при которых умственная отсталость отмечается в 70–90 % случаев [2].

Deonna and E. Roulet-Perez (2005) выделили пять основных моментов, которые могут объяснить когнитивные и поведенческие проблемы у детей при эпилепсии: патология головного мозга, эпилептогенное повреждение, эпилепсия (как основа электрофизиологической дисфункции), лекарственные препараты, психосоциальные факторы [15].

Ряд ученых придерживается концепции становления эпилептических изменений психики под влиянием пароксизмов [2, 6 и др.]. Как отмечал В.А. Карлов (1990), в случае отказа антиэпилептической системы и повторения припадков происходит постепенная «эпилептизация» всего мозга и специфическое эпилептическое преобразование информационной функции нейронов, что ведет к нарушению способности к обучению [6].

Структурные нарушения в головном мозге, вызванные эпилептическими припадками, были описаны Lawson et al. (2002), Cormack et al. (2005), Hermann et al. (2006) и др. [13, 19, 20]. Как подчеркивают Helmstaedter et

УДК: 616.853-053.2+ 159.922.7

al. (2009), гиппокампальный склероз как самая частая патология при эпилепсии оказывает значительное влияние на состояние памяти и способности к обучению независимо от возраста пациента [18]. По мнению Pinton et al. (2006), пароксизмальная активность может быть ответственной за ухудшение мозгового созревания даже в отделах, удаленных от очага эпилептической активности [23].

Следует отметить, что, несмотря на высокую вероятность морфофункциональных нарушений в состоянии головного мозга, у некоторых страдающих эпилепсией детей нарушения психики либо совсем не обнаруживаются, либо мало заметны при ненаправленной беседе [2, 6 и др.].

Однако пароксизмальные судорожные состояния у детей отнюдь не всегда вызваны эпилепсией. Поэтому отдельного внимания заслуживает изучение влияния на психическое развитие пароксизмальных судорожных реакций неэпилептической природы (типа фебрильных и аффективно-респираторных приступов, судорожных пароксизмов, вызванных поствакциональными осложнениями и т. п).

Неэпилептические пароксизмальные состояния, как правило, прогностически более благоприятны, чем эпилептические. Воздействие на головной мозг при них в основном сводится к гипоксии [3]. Однако результаты соответствующих исследований не позволяют сделать однозначные выводы относительно отсутствия их негативного влияния на психический онтогенез.

Исследования Verity et al. (1998) показали, что развитие детей с фебрильными судорогами в анамнезе в будущем не отличается от развития сверстников, не страдавших данной нервно-психической патологией [25]. Cendes (2004) и другие исследователи отмечают, что длительные и повторяющиеся фебрильные судороги при соответствующей генетической патологии могут способствовать атрофическому поражению гиппокампа и эпилептизации головного мозга [12].

На самом деле у больных с резистентными фокальными формами эпилепсии, сопровождающимися нарушениями психомоторного развития, в анамнезе часто выявляются атипичные фебрильные приступы — до 30 % случаев [8]. В то же время I. E. Scheffer и S. Berkovic (1997) описали отдельный синдром идиопатической генерализованной эпилепсии — «фебрильные судороги плюс», для которого характерны нормальный интеллект больных, отсутствие неврологических нарушений и хороший прогноз заболевания [8].

Результаты исследований, касающихся аффективно-респираторных приступов, также неоднозначны. Так, DiMario, Burleson (1993) не обнаружили никаких существенных различий между поведенческим статусом детей с аффективно-респираторными приступами и другими детьми [16]. Однако в отдельных случаях аффективно-респираторные пароксизмы могут быть проявлением детской эпилепсии [7] и, следовательно, предрасполагать к нарушениям психического развития.

По данным М. А. Дадиомовой и Р. М. Пратусевич (1974), нередко сопровождаются умственной отсталостью и резистентны к терапии пароксизмы в виде кивков, клевков, абсансов при поствакциональных осложнениях [4]. Нарушения психического онтогенеза наблюдаются примерно у половины детей с неонатальной гипогликемией, при нарколепсии и не сопряжены с синкопальными состояниями, обусловленными недостаточностью кровообращения, с приступами дрожания и кивательными спазмами [7].

К сожалению, данные клинико-психологических исследований не позволяют однозначно ответить на вопросы, почему при неэпилептических пароксизмальных состояниях в одних случаях гипоксия вызывает межприступные нарушения в работе головного мозга, а в других — нет; почему ряд эпилептических приступов не приводит к нарушениям психического развития, а отдельные неэпилептические пароксизмы сопровождаются грубыми нарушениями психического дизонтогенеза.

Однако обобщенный анализ приведенных выше данных не позволяет отрицать, что пароксизмальные судорожные состояния могут негативно отражаться на формировании когнитивной сферы ребенка и его психическом развитии в целом. В связи с этим одной из приоритетных задач в области детской клинической психологии является целенаправленное детальное изучение факторов, вызывающих патологию познавательной сферы у детей с судорожными пароксизмами, дифференциальный анализ этих нарушений и разработка рекомендаций с целью оказания помощи больному ребенку в последующей социальной и психологической адаптации.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Аскоченская Т. Ю.* Нарушения психических процессов в начальной стадии эпилепсии у детей: Автореф. дис. ... канд. псих. наук. – М., 1990. – 21 с.
2. *Бадалян Л. О.* Невропатология. – М.: Издательский центр «Академия», 2001. – 384 с.
3. *Благосклонова Н. К., Морозова М. А.* Электрическая активность мозга детей и подростков с пароксизмальными состояниями неэпилептической природы // Дети со сложными нарушениями развития. Психофизиологические исследования / Под ред. Л. П. Григорьевой. – М.: Издательство «Экзамен», 2006. – 352 с.
4. *Дадиомова М. А., Пратусевич Р. М.* Острые серозные менингиты и энцефалиты у детей. – Л., 1974. – 192 с.

5. *Исаев Д.Н.* Умственная отсталость у детей и подростков. Руководство. — СПб.: Речь, 2003. — 391 с.
6. *Карлов В.А.* Эпилепсия. — М.: Медицина, 1990. — 336 с.
7. *Коростовцев Д.Д., Гузева В.И., Фомина М.Ю., Атаманова Э.Э., Разумовский М.А.* Неэпилептические пароксизмальные расстройства у детей. Учебно-методическое пособие. Издание СПбГМА, 2006. — 40 с.
8. *Мухин К.Ю., Миронов М.Б., Долинина А.Ф., Петрухин А.С.* Фебрильные судороги (лекция) // Рус. жур. дет. невр.— 2010.— Т. V. — вып. 2.— С. 17–30.
9. *Сенаторова А.С., Черненко Л.Н., Шапко М.В.* Педиатру о судорожных состояниях у детей // Дитячий лікар.— 2011.— № 3.— С. 8–16.
10. *Троицкая Л. А.* Особенности эмоциональной сферы и познавательной деятельности у детей и подростков в норме и при патологии ЦНС: Автореф. дис. ... доктора псих. наук. — М., 2009.
11. *Baird H.* The Child with Convulsions. — New York, 1972. — 180 p.
12. *Cendes F.* Febrile seizures and mesial temporal sclerosis // Curr. Opin Neurol. — 2004. — N 17. — P. 161–164.
13. *Cormack F., Gadian D.G., Vargha-Khadem F., Cross J.H., Connelly A., Baldeweg T.* Extra-hippocampal grey matter density abnormalities in paediatric mesial temporal sclerosis // Neuroimage. — 2005. — N 27.— P. 635–643.
14. *Deltour L., Quaglino V., Barathon M., Broca A.D., Berquin P.* Clinical evaluation of attentional processes in children with benign childhood epilepsy with centrotemporal spikes (BCECTS) // Epileptic Disord.— 2007.— N 9(4). — P. 424–431.
15. *Deonna T., Roulet-Perez E.* Cognitive and behavioural disorders of epileptic origin in children // Cambridge University Press. — London, 2005. — P. 81–96.
16. *DiMario F. J. Jr., Burleson J. A.* Behavior profile of children with severe breath-holding spells // J. Pediatr.— 1993. — N 122(3). — P. 488–491.
17. *Gordon N.* Cognitive functions and epileptic activity // Seizure. — 2000. — N 9. — P. 184–188.
18. *Helmstaedter C., Elger C. E.* Chronic temporal lobe epilepsy: a neurodevelopmental or progressively dementing disease? // Brain. — 2009. — N 132. — P. 2822–2830.
19. *Hermann B., Jones J., Sheth R., Dow C., Koehn M., Seidenberg M.* Children with new-onset epilepsy: neuropsychological status and brain structure // Brain.— 2006.— N 129.— P. 2609–2619.
20. *Lawson J. A., Cook M. J., Vogrin S., Litewka L., Strong D., Bleasel A. F.* et al. Clinical, EEG, and quantitative MRI differences in pediatric frontal and temporal lobe epilepsy // Neurology. — 2002.— N 58.— P. 723–729.
21. *Mayeux R., Brandt J., Rosen J.* et al. Interictal memory and language impairment in temporal lobe epilepsy // Neurology. — 1980. — N 30.— P. 120–125.
22. *Perrine K., Kiolbasa T.* Cognitive deficits in epilepsy and contribution to psychopathology // Neurology.— 1999. — Vol. 53, Suppl. 2.— P. 39–48.
23. *Pinton F., Ducot B., Motte J.* et al. Cognitive functions in children with benign childhood epilepsy with centrotemporal spikes (BECTS) // Epileptic Disord.— 2006.— N 8.— P. 11–23.
24. *Schubert R.* Attention deficit disorder and epilepsy // Pediatr Neurol.— 2005.— N 32. P. 1–10.
25. *Verity C. M., Greenwood R., Golding J.* Long-term intellectual and behavioral outcomes of children with febrile convulsions // N. Engl. J. Med. — 1998. — N 338. — P. 1723–1728.

PSYCHIC DEVELOPMENT DISORDERS IN CHILDREN WITH PAROXYSMAL SEIZURES

Alekhin A.N., Turovskaya N.G.

◆ **Resume.** The findings of clinical psychological studies of psychic development disorders in children with paroxysmal seizures of epileptic and non-epileptic origin are presented in the article. The plausible mechanisms of the disorders development are analyzed. The authors underline the necessity of differential analysis of cognitive disorders accompanying convulsive paroxysms and the need for guidelines development in order to provide an ailing child with help in psychological adaptation.

◆ **Key words:** Convulsive paroxysms; epilepsy; febrile seizures; breath holding spells; psychic development disorders.

◆ Информация об авторах

Алехин Анатолий Николаевич — д.м.н., профессор, заведующий кафедрой клинической психологии. ФГБОУ ВПО «Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена». 191186, Санкт-Петербург, наб. реки Мойки, д. 48, корпус 11, кафедра клинической психологии. E-mail: termez59@mail.ru.

Туровская Наталья Григорьевна — преподаватель кафедры общей и клинической психологии. ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России. 400131, Волгоград, площадь Павших Борцов, д. 1.
E-mail: turovskayanata@mail.ru.

Alekhin Anatoliy Nikolayevich — MD, professor, Head, Department of Clinical psychology. The federal state budget educational establishment of higher professional education "The Herzen State Pedagogical University of Russia". 48, building 11, nab. reki Moyki, St. Petersburg, 191186, Russia. E-mail: termez59@mail.ru.

Turovskaya Natalya Grigoryevna — Assistant Professor of the General and clinical psychology department. The state budget educational establishment of higher professional education "the Volgograd state medical university" of Russian Federation Ministry of health. 1, Ploshchad Pavshikh Bortsov, Volgograd, 400131, Russia.
E-mail: turovskayanata@mail.ru.

© М.П. Билецкая[1], Т.В. Купреничева[2]

[1] ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России
[2] ГБСКОУ школа-интернат № 9 Калининского района г. Санкт-Петербурга

Резюме. В этом исследовании с целью изучения стиля воспитания и семейной тревоги было исследовано 150 семей детей от 8 до 11 лет, больных гастродуоденитом и 150 семей с условно здоровыми детьми. Выявлены и описаны особенности стиля воспитания отцами и матерями больных детей, особенности семейной тревоги в данных семьях.

Ключевые слова: патологизирующий стиль воспитания; гастродуоденит; семейная тревога.

ПАТОЛОГИЗИРУЮЩИЙ СТИЛЬ ВОСПИТАНИЯ И СЕМЕЙНАЯ ТРЕВОГА В СЕМЬЯХ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ

ВВЕДЕНИЕ

Гастродуоденит рассматривается с точки зрения биопсихосоциального подхода, является одним из самых распространенных среди всех болезней органов пищеварения у детей младшего школьного возраста. Стиль взаимодействия, при котором доминируют негативные эмоции, постоянная критика, унижение, неверие в способности и возможности ребенка, ведет к снижению самооценки и самоуважения, росту внутреннего напряжения, тревоги и обострению психосоматических расстройств, в частности гастродуоденита [2, 3].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить особенности стиля воспитания и уровень семейной тревоги в семьях детей, больных гастродуоденитом.

КОНТИНГЕНТ ИССЛЕДУЕМЫХ

Всего было исследовано 300 семей. 150 семей детей 8–11 лет, страдающих гастродуоденитом, и 150 семей детей 8–11 лет со здоровым желудочно-кишечным трактом (ЖКТ).

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

I. Клинико-биографический (беседа, наблюдение, семейный анамнез).
II. Психодиагностический: опросник для родителей «Анализ семейных взаимоотношений» (Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В), опросник «Анализ семейной тревоги» (АСТ); опросник «Взаимодействие родитель-ребенок» (Марковская И.М.); опросник «Доминирующий компонент родительской любви» (Овчарова Р.В., Милюкова Е.В.); шкала явной тревожности CMAS (Castaneda A., McCandless B.R., Palermo D.S, адаптирована А.М. Прихожан).
III. Статистический метод: непараметрический критерий U Манна–Уитни, корреляционный анализ.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Методы беседы и наблюдения показали симбиотическую связь матери и ребенка, болеющего гастродуоденитом. Мать следит за состоянием здоровья ребенка, соблюдением им диеты и выполняет рекомендации специалистов, которые необходимы при данной болезни. Отцы, наоборот, устраняются из сферы воспитания, используя при этом рационализацию («занят на работе», «поздно возвращаюсь», «воспитанием занимается мать, а я зарабатываю деньги»). На основании анамнестических данных выявлено, что первое обращение к врачу, связанное с жалобами на боли в животе, приходится на 4–5 лет. Следующий пик обращений в медицинское учреждение отмечается в 7–8 лет, что, скорее всего, связано с тем, что ребенок поступает в школу и попадает в новую для него ситуацию, которая предъявляет ему различные требования. Это для ребенка является стрессогенным событием, что может служить причиной возникновения психосоматических расстройств, в частности гастродуоденита. Также на основании данных анамнеза выявлено, что обострение хронического гастродуоденита провоцируют различные неблагоприятные

УДК: 159.922.7: 616.33-002

жизненные факторы, среди которых главная роль отводится конфликтам в семье, неблагополучной эмоционально-психологической атмосфере. Боли в животе являются «симптомом семейной системы», выполняющим морфостатическую функцию. Обострение заболевания является дисфункциональным стабилизатором семейной системы [1].

По результатам опросника «Анализ семейных взаимоотношений» выявлено, что для родителей детей с гастродуоденитом в воспитании характерно вытеснение супружеского конфликта в сферу воспитания (2,4±1,31 — матери детей с гастродуоденитом, 1,04±1,12 — матери здоровых детей; 2,2±1,16 — отцы детей с гастродуоденитом, 1,3±0,83 — отцы здоровых детей; $p<0,01$), что может быть показателем дисфункциональных взаимоотношений супругов в данных семьях. Также единым для матерей и отцов является беспокойство о состоянии здоровья ребенка (3,8±1,37; 2,7±0,95; 2,9±1,41, 1,7±1,16 — соответственно, $p<0,01$), что связано с часто рецидивирующим течением психосоматического расстройства. Родители способствуют развитию у больного ребенка инфантильных черт характера, так как для матерей характерно в воспитании расширение сферы родительских чувств (2,3±1,35; 1,8±1,35 — соответственно; $p<0,05$), а отцы предпочитают детские качества в личности своего ребенка и игнорируют его взросление (2,08±1,06; 1,6±0,84; $p<0,05$). Для отцов в воспитании характерно максимальное удовлетворение любых потребностей ребенка (4,6±1,58; 3,2±1,14; $p<0,01$), недостаточность требований-обязанностей (1,4±1,11; 2,4±0,88; $p<0,05$), а также чрезмерность санкций (2,5±0,85; 1,9±0,72; $p<0,01$), что может говорить о непоследовательности воспитательного процесса. У матерей в воспитании явно прослеживается тенденция к стилю «потворствующая гиперпротекция»: матери уделяют ребенку много времени и внимания и предпочитают обходиться без наказаний (5,6±1,95; 3,72±1,72; $p<0,01$).

Таким образом, можно говорить о том, что в семьях больных детей родителями не выработан единый стиль воспитательного процесса. Такая неравномерность типов воспитания также может быть показателем патологизирующего стиля воспитания и свидетельствовать о наличии семейной дисфункции.

Результаты опросника «Взаимодействие родитель–ребенок» показали, что матери и отцы больных детей в воспитании используют более строгие меры, применяемые к ребенку (14,2±2,56; 13,0±1,53; $p<0,01$), а также у них более выражено контролирующее поведение по отношению к своему ребенку, чем у родителей здоровых детей (15,7±1,29; 14,9±1,16; $p<0,01$), что объясняется наличием у ребенка хронического заболевания и необходимостью соблюдения им режима дня и диеты. Также для родителей больных детей характерна воспитательная конфронтация и разногласия членов семьи по вопросам воспитания в семье больного ребенка (10,6±2,07; 6,9±1,53 — матери; 9,4±1,37; 7,9±1,58 — отцы; $p<0,01$). Выявленные нарушения также свидетельствуют о семейной дисфункции.

По результатам опросника «Доминирующий компонент родительской любви» выявлено, что в структуре родительской любви для родителей детей с гастродуоденитом характерно наличие психофизиологического компонента (5,28±1,24; 4,4±1,05 — матери, 4,9±1,15; 3,88±0,98 — отцы; $p<0,01$). Данные могут свидетельствовать о наличии симбиотической связи с больным ребенком. Матери и отцы детей, больных гастродуоденитом, стремятся к пространственной близости со своим ребенком, к увеличению частоты, длительности и интенсивности взаимодействия с ним, что может закреплять психофизиологический компонент психосоматического расстройства, в частности гастродуоденита.

Исследование тревожности в семьях детей, страдающих гастродуоденитом, показало, что больные дети характеризуются повышенным уровнем тревожности (стены 7–10 по CMAS): в основной группе он составил 3,94±0,11; у детей со здоровым ЖКТ — 2,35±0,12 ($p<0,001$). Высокий уровень тревоги у родителей, как ситуативной (41,5±0,22; 31,3±0,1; $p<0,01$), так и личностной (43,8±0,1; 36,5±0,1; $p<0,01$), усугубляет психоэмоциональное состояние больного ребенка и способствует возникновению общей семейной тревоги (14,08±0,75; 10,01±0,9; $p<0,001$).

Анализ корреляционных плеяд показал, что тревожность больного ребенка связана с чрезмерностью санкций ($r=-0,336$; $p<0,01$) и воспитательной неуверенностью у матерей ($r=0,300$; $p<0,05$). Такие данные могут свидетельствовать о том, что ребенок чувствует себя неуверенно, когда мать снижает уровень санкций по отношению к нему, что и вызывает повышение тревожности, а также, чем более мать неуверенна в правильности своих воспитательных мер, тем выше уровень тревожности ребенка. Это можно объяснить тем, что ребенок с гастродуоденитом чувствует себя менее уверенно и спокойно, когда мать «идет на поводу», чрезмерно уступает и предъявляет мало требований.

Также тревожность больного ребенка взаимосвязана с чрезмерностью запретов у отцов ($r=-0,300$; $p<0,05$), что может свидетельствовать о наличии контролирующего поведения в данных семьях, которое обусловлено состоянием здоровья ребенка.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Патологизирующий стиль воспитания является характерным для семей детей, страдающих гастродуоденитом. Данные семьи являются дисфункциональными и для них характерны симбиотические детско-родительские отношения, накопление дисфункциональных паттернов поведения членов семьи, чрезмерная привязанность родителей к ребенку, фиксация всех членов семьи на симптомах его болезни, наличие тревоги, как на индивидуально-личностном, так и на семейном уровне.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Билецкая М.П.* Семейная психотерапия детей с психосоматическими расстройствами (ЖКТ) / М.П. Билецкая. — СПб., Речь, 2010. — 192 с.
2. *Билецкая М.П., Веселова Т.В.* Особенности семейной дисфункции в семьях детей с гастродуоденитом и семейная психотерапия // Современная российская семья: традиции и альтернативы: сб. научных статей Всероссийской науч.-практ. конф. Московский психолого-социальный институт. — Муром: Изд-во МПСИ, 2010. — С. 89–91.
3. *Исаев Д.Н.* Эмоциональный стресс. Психосоматические и соматопсихические расстройства у детей.— СПб.: Речь, 2005. — 400 с.

PATOLOGY STYLE OF EDUCATION AND FAMILY ANXIETY IN FAMILIES OF CHILDREN WITH THE GASTRODUODENITIS

Biletskaya M.P., Kuprenicheva T.V.

◆ **Resume.** In this study for the purpose of studying of style of education and family anxiety 150 families of children aged 8–11 years with gastroduodenitis and 150 families of healthy children were studied. Features parenting style of fathers and mothers of sick children and features of family anxiety were identified and described in these families.

◆ **Key words:** Patology style of education; gastroduodenitis; family anxiety.

◆ Информация об авторах

Билецкая Марина Петровна — к.м.н., доцент, кафедра психосоматики и психотерапии факультета клинической психологии. ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: biletskyv@mail.ru.

Biletskaya Marina Petrovna — MD, PhD, associate professor, Dept. psychosomatic medicine and psychotherapy of faculty of clinical psychology. Saint-Petersburg State Pediatric Medical University of Health Ministry of Russia. 2, Litovskaya St., St. Petersburg, 194100, Russian Federation. E-mail: biletskyv@mail.ru.

Купреничева Таисия Валерьевна — педагог-психолог. ГБСКОУ школа-интернат № 9 Калининского района г. Санкт-Петербурга. 195220, Санкт-Петербург, ул. Старцева, д. 7. E-mail: univerdok@yandex.ru.

Kuprenicheva Taisiya Valeryevna — psychologist. Boarding school № 9 Kalininskiy district in St. Petersburg. 7, Startseva St., St. Petersburg, 195220, Russian Federation. E-mail: univerdok@yandex.ru.

© А.В. Лакомская, Т.В. Маликова

ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России

СПЕЦИФИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С КАРДИОПАТОЛОГИЕЙ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ

Резюме. Сердечно-сосудистые заболевания оказывают большое влияние на изменение качества жизни человека. Изменяется как его физический, так и психологический аспект. В исследовании рассмотрены взаимосвязи различных показателей качества жизни, копинг-стратегий поведения, адаптационных возможностей человека и его отношения к собственному заболеванию, а также сравнение данных характеристик в зависимости от пола испытуемых и наличия у них заболевания.

Ключевые слова: сердечно-сосудистые заболевания; качество жизни; психологический аспект здоровья; копинг-стратегия; адаптационный потенциал.

ВВЕДЕНИЕ

В последние десятилетия статистика заболеваний сердечно-сосудистой системы выглядит неутешительно, в год от сердечно-сосудистых заболеваний в России умирает больше миллиона человек [5]. Актуальности данной проблеме прибавляет тот факт, что психологическим аспектам специфики качества жизни больных с заболеваниями сердца в современной медицине и психологии начали придавать особенное значение лишь в последние десятилетия.

Ситуация заболевания зачастую ведет за собой изменение привычного ритма жизни, снижение его активности и интенсивности, смену деятельности, разрушение установок и системы отношений личности, различные физические и физиологические изменения. Болезнь нарушает сформировавшиеся паттерны поведения и деятельности, разрушает социальные связи, формируя при этом новую «социальную ситуацию развития» [3]. В острый период болезни человек оказывается в пропасти собственных переживаний, страхов за свою жизнь, свое будущее, «…когда невозможно жить, реализовывать внутренние необходимости своей жизни» [1]. Ситуацию заболевания можно рассматривать как ситуацию кризиса, в которой возрастает выраженность воздействия психологических защит, начинают преобладать малоадаптивые копинг-стратегии, возрастает уровень тревожности, а значит, резко падают показатели качества жизни. Весь организм работает на преодоление негативных переживаний, связанных с болезнью. Успешность преодоления данной ситуации, как с биологической, так и с психологической точки зрения, зачастую зависит от психологических особенностей личности и ее адаптационных возможностей.

Главной задачей данного исследования явилось выявление взаимосвязи качества жизни с адаптационными возможностями и спецификой отношения к заболеванию больных с кардиопатологией старшей возрастной группы.

В настоящем исследовании приняли участие 80 испытуемых старшей возрастной группы (50–70 лет). Основную группу в количестве 40 человек составили больные с кардиопатологией (20 мужчин и 20 женщин). Контрольная группа идентична по количеству испытуемых, полу и возрасту. Исследование проводилось на базе кардиологического отделения для инфарктных больных Елизаветинской больницы Санкт-Петербурга.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В качестве психодиагностических методов использовались следующие методики:

- опросник качества жизни «SF-36 Health Status Survey» (русскоязычная версия, созданная и рекомендованная МЦИКЖ), позволяющий проанализировать различные составляющие качества жизни (физическое и социальное функционирование, ролевая деятельность, эмоциональное состояние, психическое здоровье и др.);
- в связи с наличием заболевания применялся опросник «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ) — авторы: Вассерман Л.И., Вукс А.Я., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б. [2] и метод семантического дифферен-

УДК: 616.1 -053.9:

циала (СД) Чарльза Осгуда, позволяющие проанализировать систему отношений к различным сторонам жизни: болезни, здоровью, а также самовосприятие, восприятие других и т. п.;
- для анализа адаптационных возможностей испытуемых и наличия ресурсных составляющих применялись: многоуровневый личностный опросник «Адаптивность» (МЛО-АМ) А. Г Маклакова и С. В. Чермянина, копинг-тест «Опросник о способах совладания» Р. Лазаруса [4], опросник «Потери и приобретения персональных ресурсов» (ОППР) Н. Водопьяновой и М. Штейн [3], опросник ситуативной и личностной тревожности Чарльза Спилбергера.

Статистическая обработка результатов проводилась с помощью прикладных пакетов статистической программы SPSS. При статистической обработке данных применялись сравнительный анализ с помощью непараметрического U-критерия Манна–Уитни и корреляционный анализ Пирсона.

ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Анализ результатов исследования позволил выделить особенности системы отношений, уровня удовлетворенности различными аспектами жизни больных и особенности системы защитно-совладающего поведения.

При анализе отношения к болезни, проводимой на группе испытуемых основной группы, были выявлены следующие гендерные различия. У мужчин более выражена когнитивная оценка ситуации болезни, а женщины, в свою очередь, демонстрируют аффективные способы реагирования на переживание болезни. Для мужчин характерна чрезмерная озабоченность последствиями заболевания, связанная с изменениями профессионального и социального статусов, ухудшением материального благополучия (выраженный эргопатический тип отношения к болезни). Испытуемые стараются скрыть информацию о своем заболевании и его тяжести для сохранения профессионального статуса. Они демонстрируют неприятие роли больного, что снижает критичность к собственному состоянию, и преуменьшают значимость заболевания вплоть до его отрицания.

Женщины в большинстве своем демонстрируют малоадаптивные типы отношения к болезни. Им свойственен сенситивный, ипохондрический и тревожный типы. Они в большей мере погружены в свое заболевание, сосредоточены на болевых ощущениях, зачастую преувеличивая их. В системе отношения с окружающими и близкими отмечается внутренний конфликт: с одной стороны, они хотят получать помощь, поддержку, заботу, с другой — боятся стать обузой для близких. Результатом этих переживаний становится повышение раздражительности, тревожности и подавленности.

Однако анализ результатов исследования различных составляющих качества жизни больных показал резкое снижение показателей физического компонента здоровья. Испытуемых угнетают ограничения жизнедеятельности, снижение жизненной активности. В то время как эмоциональный и социальный компоненты не имеют значимых отличий от условно здоровых респондентов. Это указывает на наличие ресурсной составляющей больных, проявляющейся в активной жизненной позиции, готовности к борьбе с собственным недугом. Снижение показателя жизненной активности здесь следует рассматривать как реакцию на вынужденное ограничение жизнедеятельности в связи с помещением в стационар.

Выявленные в ходе исследования взаимосвязи показателей качества жизни среди мужчин основной группы демонстрируют связи показателя здоровья с социальной реализованностью, возможностью выполнения обязанностей, соответствующих исполняемым ими ролям (как в профессиональной, так и в семейной и межличностной сферах). Оценка здоровья определяется физическим и эмоциональным состоянием, позволяющим выполнять повседневные «будничные» обязанности, возможностью демонстрировать социальную активность. Наличие высоких показателей личной тревожности и выраженный болевой синдром могут оказывать негативное влияние на оценку качества жизни больных, повышая неудовлетворенность своим психоэмоциональным состоянием, которое мешает осуществлять свою деятельность в прежнем режиме и с прежней точностью. Болезнь снижает адаптационные возможности, формирует эгоцентрический тип отношения к себе и окружающим, концентрацию на своем соматическом состоянии.

Структура отношения к различным аспектам качества жизни у женщин с кардиопатологией связана с эмоциональным состоянием. Отсутствие тревоги, депрессий, наличие положительного эмоционального фона, ощущение полноты жизни повышают оценку качества жизни, которое рассматривается с точки зрения таких параметров, как социальное функционирование, влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование, самооценка психологического здоровья. На выраженность данных показателей оказывает влияние общий уровень личной тревоги, а также тревога, вызванная физическими изменениями в связи с заболеванием и негативные переживания в связи с этими изменениями, что подкрепляется

малоадаптивными способами снижения значимости переживаний (для женщин основной группы характерны копинги: конфронтация, дистанцирование и бегство).

Ресурсные и адаптационные характеристики больных с кардиопатологией не обнаруживают значимых различий с показателями респондентов контрольной группы, можно лишь говорить о небольшом снижении параметров адаптационного потенциала. Мужчины, вне зависимости от наличия/отсутствия заболевания, демонстрируют когнитивно направленные копинги, женщины — эмоционально направленные стратегии совладания со стрессовыми и кризисными ситуациями.

У большинства испытуемых основной группы, имеющих кардиопатологию, уровень ресурсности заметно снижен, что свидетельствует о наличии слабо сбалансированной системы жизненных достижений и разочарований, неудовлетворенности качеством собственной жизни, высокой стрессовой уязвимости, эмоциональном истощении, склонности к психическому выгоранию, фрустрированности желаний и потребностей. Данная ситуация приводит к растрате собственных адаптационных ресурсов и отсутствию мотивации к их накоплению, вследствие чего падает уровень нервно-психической устойчивости, человек в еще большей степени становится подвержен влиянию стрессов и их негативному переживанию. Профилактическая работа, направленная на обучение людей избеганию стрессовых ситуаций, конфликтов или их конструктивному разрешению, совладание с негативными переживаниями, работе с собственными эмоциями, может положительно отразиться на их самочувствии и качестве жизни в целом.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Боева О.И.* Структура личностных характеристик и психопатологические расстройства невротического уровня у больных ишемической болезнью сердца // Психические расстройства в общей медицине. Том 01, № 2. — 2006. URL: www.con-med.ru.
2. *Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вукс А.Я.* Психологическая диагностика отношения к болезни.— СПб.: Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 2005. — 31 с.
3. *Водопьянова Н.Е.* Психодиагностика стресса. — СПб.: Питер, 2009. — 329 с.
4. *Лазарус Р.* Теория стресса и психофизиологические исследования. — В кн.: Эмоциональный стресс. М., 1970. — С. 178–209.
5. Сердечно-сосудистые заболевания. Информационный бюллетень № 317. — 2011. URL: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/ru/index.html

THE SPECIFICITY OF QUALITY OF LIFE OF OLDER PEOPLE WITH CARDIOVASCULAR DISEASES

Lakomskaya A.V., Malikova T.V.

◆ **Resume.** Cardiovascular diseases render large influence on the change of the quality of human life. His physical and psychological aspects are changing. We considered in the research the interrelation between the various indicators of quality of life, the coping strategies, adaptation opportunities of the person and his attitude to his own illness. We also compared these characteristics depending on the sex of the subjects and the presence of diseases.

◆ **Key words:** Cardio-vascular diseases, quality of life, the psychological aspect of health, the strategy of coping, adaptive capacity.

◆ Информация об авторах

Лакомская Анна Владимировна — студентка 5-го курса факультета клинической психологии. ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: grizunishka@mail.ru.

Маликова Татьяна Владимировна — к.психол.н., доцент кафедры общей и прикладной психологии с курсом медико-биологических дисциплин, факультет клинической психологии. ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: Lotus_24@rambler.ru.

Lakomskaya Anna Vladimirovna — Student of the 5 course at the faculty of the clinical psychology. Saint-Petersburg State Pediatric Medical University of Health Ministry of Russia. 2, Litovskaya St., St. Petersburg, 194100, Russian Federation. E-mail: grizunishka@mail.ru.

Malikova Tatyana Vladimirovna — Ph.D., Associate Professor Department of the general and applied psychology with a course of medicobiological disciplines. Saint-Petersburg State Pediatric Medical University of Health Ministry of Russia. 2, Litovskaya St., St. Petersburg, 194100, Russian Federation. E-mail: Lotus_24@rambler.ru

© С.А. Кулева, Е.Н. Имянитов, Т.В. Юхта, Е.В. Цырлина, Б.А. Колыгин

ФГБУ«НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России

ДЕМОНСТРАЦИЯ СЛУЧАЕВ НАСЛЕДСТВЕННЫХ РАКОВЫХ СИНДРОМОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Чем глубже скрыт недуг,
тем злей он и опасней
Марон Публий Вергилий

Резюме. В статье представлены клинические примеры наиболее часто встречающихся у детей и подростков наследственных раковых синдромов.

Ключевые слова: дети; подростки; наследственные раковые синдромы.

В настоящее время в литературе появляется все больше и больше сведений о генетически-обусловленных раковых заболеваниях. Генетическая предрасположенность людей к раку — это результат мутаций в генах, а также появления эпигенетических модификаций-альтераций, что приводит к дополнительной экспрессии генного продукта. Мутации генома чаще бывают соматическими, реже герминальными. Последние являются основным фактором повышенной восприимчивости людей к раку.

Мультифокальный и билатеральный рак, первичная множественность, повторные случаи в семье, необычно молодой возраст пациента, сочетание с пороками развития и стигмами дисэмбриогенеза — дополнительные характеристики, позволяющие заподозрить наследственную природу злокачественного процесса.

В статье представлены случаи наиболее распространенных наследственных раковых синдромов.

РЕТИНОБЛАСТОМА

Ретинобластома встречается с частотой приблизительно 1:20 000. Шестьдесят процентов выявленных опухолей являются ненаследственными (спорадическими) и, как правило, односторонними; остальные 40% составляют наследственно-обусловленные формы, при этом 15% — это унилатеральное заболевание, 25% — билатеральное.

В 1971 г. A.G. Knudson высказал предположение о наличии при обеих формах заболевания (наследственной и ненаследственной) мутаций, вовлекающих обе аллели предрасполагающего к развитию опухоли гена (двухударная теория Knudson) [6].

Клинический пример 1. У больного С. в возрасте 2 г. 11 мес. родители заметили изменение цвета зрачка правого глаза. С диагнозом «подвывих хрусталика» ребенок поступил в специализированный стационар, где при КТ головного мозга и орбит обнаружено объемное образование правого глаза с кальцификатами и прорастанием в зрительный и глазодвигательный нервы. Гистологическое заключение по материалу после энуклеации правого глазного яблока и создания опорно-двигательной культи — низкодифференцированная ретинобластома, врастание в диск зрительного нерва, микрометастаз в клетчатку, прилегающую к глазу. С диагнозом «ретинобластома правого глазного яблока IIIB ст. (T4bN0M0)» мальчику проведено 4 цикла полихимиотерапии с использованием карбоплатина, вепезида, винкристина, циклофосфамида и доксорубицина. В течение 5 лет сохраняется полная ремиссия.

В данном случае имеет место развитие спорадической ретинобластомы, при которой в ретинобласте оба аллеля RB повреждаются двумя независимыми соматическими мутациями; таким образом, происходит полная инактивация данного гена, что приводит к развитию

УДК: 616-006.6-053.2: 575.1

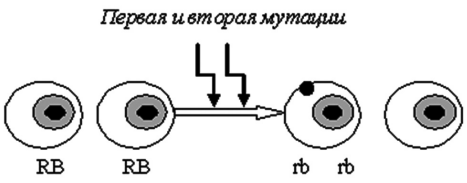


Рис. 1. Молекулярно-генетический механизм ненаследственной ретинобластомы (обе мутации происходят в соматической клетке)

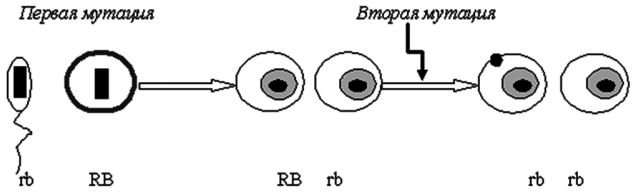


Рис. 2. Молекулярно-генетический механизм наследственной ретинобластомы (первая мутация передается через половые клетки, вторая происходит в соматических клетках)

опухоли (рис. 1). Мутация носит гомозиготный характер, обнаруживается только в клетках опухоли и не наследуется.

Наследственная форма ретинобластомы характеризуется передачей мутированной копии гена RB из поколения в поколение [6]. Каждый ретинобласт гетерозиготного носителя мутации уже имеет инактивированный аллель RB; таким образом, для ретинобластомы достаточно всего одной соматической мутации, затрагивающей оставшуюся копию гена (рис. 2).

Клинический пример 2. Мальчик Н., 1 г., лечился в отделении с диагнозом «ретинобластома правого глазного яблока». В возрасте 1 мес. мать заметила симптом лейкокории (амавротического кошачьего глаза) справа. При МРТ головного мозга обнаружена опухоль в области правой орбиты (рис. 3).

Рис. 3. МРТ больного Н., 1 г. (эндофитное образование, вдающееся в стекловидное тело, с очагами кальцификации)

В 4 мес. выполнена энуклеация правого глазного яблока (гистологическое заключение — опухоль представлена мелкими мономорфными клетками с округлыми базофильными ядрами, скудной цитоплазмой, образующими солидные участки с большим количеством розеток Flexner-Wintersteiner, митозов, зонами некрозов с воспалительной инфильтрацией; в исследованном материале фрагменты нерва и оболочек глаза без опухолевой инвазии. Заключение: ретинобластома). Далее больной наблюдался в поликлинике института. После травмы в возрасте 1 г. 11 мес. при обследовании обнаружены очаги в сетчатке левого глазного яблока. Неоднократно выполнялась лазерная коагуляция этих очагов. При медико-генетическом обследовании обнаружена мутация гена RB. При составлении родословной заболевания в поколениях не было.

Следует отметить, что повышению частоты семейных случаев рака способствует наследование высокопенетрантных генов, наличие же у человека генов с низкой пенетрантностью объясняет не частое появление рака у сибсов.

Ранний возраст, выраженная экспрессивность мутации (двухсторонность и многофокусность поражения), обнаружение зародышевой мутации в гене RB доказывают наследование ретинобластомы у ребенка в клиническом примере 2. Отсутствие заболевания в поколениях дает возможность предположить либо наличие мутации, возникшей в родословной впервые (*«de novo»*), либо в поколении имеются случаи не диагностированной доброкачественной опухоли — ретиноцитомы, т. к. пенетрантность гена при заболевании ретинобластомой составляет 80–100 %. В литературе описаны случаи низкой пенетрантности (50 %), обусловленной миссенс-мутациями, но в таких случаях, как правило, низка и экспрессивность гена, клинически проявляющаяся унилатеральным поражением [4].

Клинический пример 3. У пациента М., 1 г. 4 мес. начало заболевания связано с появлением сходяще-

Рис. 4. КТ больного М., 1 г. 4 мес. (двусторонняя ретинобластома)

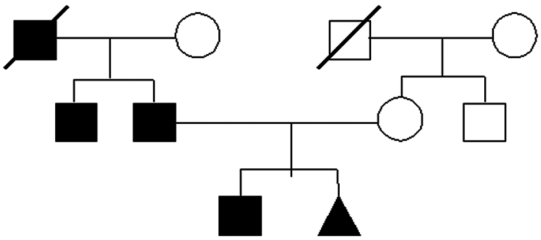


Рис. 5. Родословная больного М. 1 г. 4 мес. с билатеральной ретинобластомой

□ — мужской пол
○ — женский пол
■ — больные
▲ — выкидыш

гося косоглазия слева. При обследовании обнаружена билатеральная ретинобластома (рис. 4).

Лечение больного состояло из энуклеации слева, лазерной деструкции очагов справа, полихимиотерапии. После комплексной терапии в течение 6 лет сохраняется полная ремиссия.

Использование у пробанда клинико-генеалогического метода диагностики выявило наличие заболевания в предыдущих поколениях (рис. 5).

Данный пример является яркой иллюстрацией наследственной формы ретинобластомы с высокой пенетрантностью гена (100%) и выраженной экспрессивностью болезни (билатеральный, мультифокальный характер).

Излеченные от ретинобластомы пациенты имеют повышенный риск развития остеогенной и мягкотканной сарком [13], меланомы, пинеалобластомы (трилатеральной ретинобластомы).

ОПУХОЛЬ ВИЛЬМСА

Опухоль Вильмса впервые описана в конце XIX в. как эмбриональное заболевание с частотой 1:10 000 и сочетающееся с врожденными аномалиями [15]. В 86% случаев поражается одна почка, однако у 6% больных заболевание носит билатеральный характер, а у 8% — мультифокальный. Нефробластома нередко является одним из симптомов врожденных пороков и генетических синдромов. Из врожденных аномалий чаще всего встречаются гемигипертрофия, аниридия, пороки развития мочеполовой системы. Среди генетических синдромов наиболее известны WAGR-синдром, Денис–Драш синдром и синдром Беквита–Видемана (табл. 1). Мутации в различных генах определяют фенотипическое развитие того или иного синдрома.

На рис. 6 представлены два клинических случая развития билатеральной нефробластомы у больной С. 10 мес. и опухоли Вильмса с нефробластозом второй почки у пациентки М., 1 г. 3 мес.

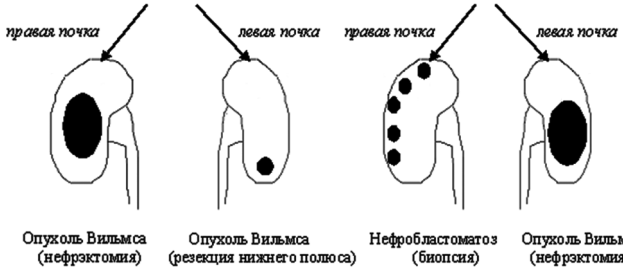


Рис. 6. Клинические случаи (4 и 5) двух пациенток с билатеральным заболеванием и WT1-мутациями

Таблица 1

Синдромы, ассоциированные с опухолью Вильмса

Синдром	Ген	Клинические симптомы
WAGR-синдром	WT1 (11p13)	Опухоль Вильмса, аниридия, мальформации мочеполовой системы, задержка умственного развития
Денис–Драш синдром	WT1 (11p13)	Опухоль Вильмса, тяжелая нефропатия, дисгенетический псевдогермафродитизм у мальчиков
Синдром Беквита–Видемана	H19 (11p15)	Опухоль Вильмса, пренатальный и постнатальный гигантизм, макроглоссия, дефекты брюшной стенки, висцеромегалия, мышечная гипертрофия, опережение костного возраста, черепно-мозговые пороки и аномалии развития ушных раковин, неонатальная гипогликемия

Клинический пример 4. У больной С. внутриутробно была диагностирована киста правой почки. Девочка была с пренатальным и постнатальным крупным весом. В течение года постнатального периода больная наблюдалась педиатром с диагнозом «поликистоз почек». В возрасте 1 г. 1 мес. заподозрена билатеральная нефробластома, диагноз которой подтвердился после пункционной биопсии. Пациентка получила комбинированное лечение в полном объеме. Слева была выполнена резекция нижнего полюса почки, справа нефрадреналуретерэктомия. В 3 г. диагностирован рецидив заболевания в среднем полюсе оставшейся почки.

Клинический пример 5. У пациентки М. в 1 г. 3 мес. обнаружено билатеральное опухолевое заболевание, при гистологическом исследовании трактующееся как опухоль Вильмса слева, нефробластоматоз справа. Получив комплексное лечение (неоадъювантную и адъювантную лекарственную терапию, оперативное пособие в объеме нефруретерэктомии слева, биопсии опухоли справа), девочка остается в полной ремиссии в течение двух лет.

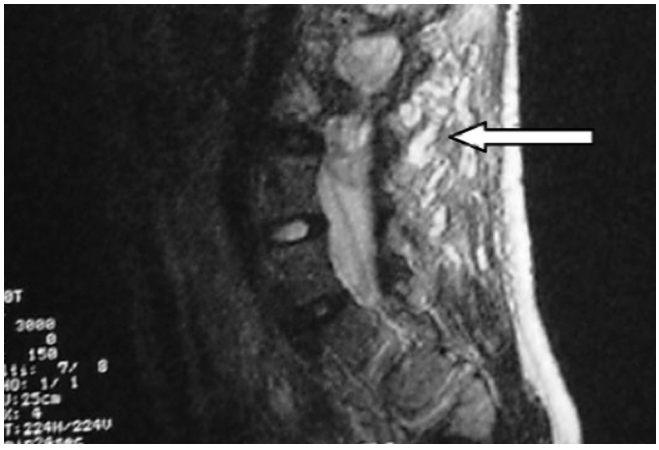


Рис. 7. МРТ-картина злокачественной шванномы в паравертебральной области у пациентки М., 14 лет

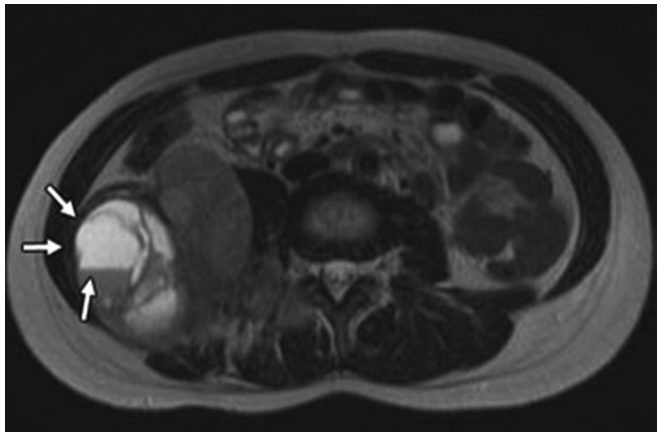


Рис. 8. МРТ-картина злокачественной шванномы в забрюшинном пространстве у пациента П., 15 лет

Вышеуказанные синдромы нередко ассоциируются с различными опухолевыми заболеваниями: кроме нефробластомы, встречаются рабдомиосаркома, гепатобластома, нейробластома, адренокортикальная карцинома. Многие исследования доказывают наличие предрасположенности у больных с опухолью Вильмса к развитию вторых индуцированных неоплазий (контрлатеральной опухоли, базально- и плоскоклеточной карцином), особенно если комбинированное лечение включало лучевую терапию [5].

НЕЙРОФИБРОМАТОЗ

Выделяют два больших класса нейрофиброматоза: класс 1 и класс 2. Нейрофиброматоз класса 1 впервые описан в 1882 г. F.D. von Recklinghausen [14]. Его причиной являются мутации в гене-супрессоре NF1, содержащем 59 экзонов и локализующемся в 17q11.2 [2, 3]. Большинство мутаций (70–80%) приводит к продукции процессированного (подвергнутого посттрансляционной модификации) белка. Вероятность заболевания составляет 1:3000. Клиническая картина нейрофиброматоза класса 1 складывается из появления на коже пятен «кофе с молоком», нейрофибром, пигментов в подмышечных и паховых областях, аномалий скелета, глиом зрительного нерва и гамартом радужной оболочки (узелки Лиша). У пациентов с нейрофиброматозом повышен риск развития как доброкачественных, так и злокачественных процессов (нейрофибросарком, астроцитом, феохромоцитом, нейробластом, рабдомиосарком, опухоли Вильмса и лейкозов) [7]. По данным I. Matsui и соавт. (1993), риск развития злокачественных опухолей у больных нейрофиброматозом в 6–8 раз выше, чем в здоровой популяции [9].

Кроме того, дети с нейрофиброматозом класса 1 имеют большую вероятность возникновения метахронных опухолей, причинным фактором которых может выступать не только генетическая предрасположенность, но и мутагенный эффект противоопухолевой терапии [8].

Клинический пример 6. Больная М. до 14 лет наблюдалась онкологом с диагнозом «болезнь Реклингаузена». В 14 лет была диагностирована малигнизация нейрофиброматозного узла в поясничной области (рис. 7).

Несколько раз выполнялись попытки удаления опухоли. Иммуно-, полихимио- и лучевая терапия были также безрезультатны. Девочка погибла от отдаленных метастазов.

Клинический пример 7. Больной П., 15 лет, лечился в отделении по поводу злокачественной шванномы забрюшинного пространства справа на фоне болезни Реклингаузена (рис. 8).

Таблица 2

Клиническая симптоматика, наблюдаемая у пациентов с нейрофиброматозом класса 1

Симптомы	Пациентка М., 14 лет	Пациент П., 15 лет
Неврологический статус		
Задержка психомоторного развития	–	+
Нарушение внимания	+	+
Головные боли	+	+
Трудности в обучении	–	+
Судороги	–	–
Костные изменения		
Сколиоз	+	+
Задержка развития зубов	–	+
Дисплазия длинных трубчатых костей	–	–
Вальгусное искривление стоп	+	+
Выступающий лоб	–	+
Низкорослость	+	–
Воронкообразная деформация грудной клетки	–	–
Нарушения со стороны зрительной системы		
Узелки Лиша	–	+
Глиома зрительного нерва	–	–
Дисплазия сосудов	–	–
Нарушения остроты зрения	+	+
Эндокринная система		
Раннее половое развитие	–	+
Феохромоцитома	–	–
Желудочно-кишечный тракт		
Склонность к запорам	+	+
Гастро-интестинальные стромальные опухоли	–	–

В неоадъювантном режиме проводилась полихимиотерапия, на фоне которой отмечено прогрессирование заболевания с метастатическим поражением головного мозга.

В табл. 2 приведены клинические симптомы заболевания у пациентов М., 14 лет, и П., 15 лет, со злокачественными шванномами, возникшими на фоне нейрофиброматоза класса 1.

СИНДРОМ МНОЖЕСТВЕННЫХ ЭНДОКРИННЫХ ОПУХОЛЕЙ

В настоящее время различают 3 типа синдрома множественных эндокринных опухолей: тип 1, тип 2a и тип 2b [12]. В детском возрасте обычно проявляются синдромы множественных эндокринных опухолей 2a и 2b. Среди опухолей при данных типах синдрома чаще выявляются медуллярный рак щитовидной железы, аденома паращитовидных желез, феохромоцитома. При типе 2b синдрома множественных эндокринных опухолей развившиеся в более раннем возрасте злокачественные опухоли имеют агрессивное течение и сочетаются с множественными пороками скелета. Типы 2a и 2b связаны со специфическими мутациями в RET-проонкогене, локализованном в длинном плече хромосомы 10 (10q11.2). Данные мутации, как правило, приводят к повышенной клеточной пролиферации и появлению злокачественного фенотипа опухоли [1, 11]. Частота встречаемости типа 1 — 1:100 000, типа 2 — 1:500 000.

Клинический пример 8. Больная В., 15 лет, марфаноподобного фенотипа (пролапс митрального клапана, дисплазия соединительной ткани, толстые губы, вывернутые веки, множественные невромы языка) имела отягощенный анамнез: у матери диагностирован диффузный узловой зоб. Впервые была обследована по месту жительства по поводу повышенной утомляемости, головных болей, гипотонии. При УЗИ выявлены солитарные образования обеих долей щитовидной железы с микрокальцинатами. Специфичный для медуллярной карциномы иммунохимический маркер кальцитонин составил 112 пг/мл (референтные пределы до 5,5 пг/мл). Обнаружена мутация проонкогена RET, кодирующего тирозиновую протеинкиназу рецепторного типа. Дважды девочка была оперирована (субтотальная резекция щитовидной железы, экстирпация щитовидной железы с левосторонней футлярно-

Таблица 3

Эмпирическая вероятность развития наследственного ракового синдрома у сибсов и потомства пробанда при отсутствии возможности идентификации герминальной мутации

Клиническая картина			Семейная история	Вероятность у сибсов, %	Вероятность у потомства, %
билатеральная	унилатеральная				
	мультифокальная	унифокальная			
+			отрицательная	2*	50
	+		отрицательная	1–2	6–50
		+	отрицательная	менее 1	6
		+	положительная	вариации**	вариации**
+			положительная	50	50

*– если нет больных сиблингов; ** – вариации пенетрантности широки

фасциальной лимфодиссекцией). Гистологически подтвержден медуллярный рак щитовидной железы. Больная наблюдается в поликлинике института.

В целом в 1–3% случаев первичных эндокринных неоплазий и в 10% случаев вторичных эндокринных опухолей доказано носительство мутантных генов и наличие синдрома множественных эндокринных опухолей [10].

При отсутствии возможности молекулярно-генетического исследования можно использовать таблицу эмпирической вероятности возникновения наследственного ракового синдрома у сибсов, основанную на клинической картине и семейном анамнезе (табл. 3). При негативной семейной истории не исключено присутствие мутации проонкогена, но с низкой пенетрантностью у одного из родителей или наличие соматического мозаицизма.

Данная работа выполнена при поддержке грантов Министерства образования и науки Российской Федерации (№ 02.740.11.0780) и Правительства Москвы (№ 15/11-Ген-М).

ЛИТЕРАТУРА

1. *Carlson K.M., Dou S., Chi D.* et al. Single missense mutation in the tyrosine kinase catalytic domain of the RET protooncogene is associated with multiple endocrine neoplasia type 2B // Proc. Natl. Acad. Sci. USA.– 1994.– Vol. 91.– P. 1579–1583.
2. *Cawthon R.M., Weiss R., Xu G.F.* et al. A major segment of the neurofibromatosis type 1 gene: cDNA sequence, genomic structure, and point mutations // Cell.– 1990.– Vol. 62.– P. 193–201.
3. *Cichowski K., Jacks T.* NF1 tumor suppressor gene function: narrowing the GAP // Cell. – 2001.– Vol. 104.– P. 593–604.
4. *Eng C., Hampel H., de la Chapelle A.* Genetic testing for cancer predisposition // Annu. Rev. Med. – 2001.– Vol. 52. – P. 371–400.
5. *Hartley A.L., Birch J.M., Blair V.* et al. Second primary neoplasms in a population-based series of children diagnosed with renal tumours in childhood//Medical Pediatric Oncology.– 1994. – Vol.22.– P. 318–324.
6. *Knudson A.G.* Mutation and cancer: statistical study of retinoblastoma // Proc. Natl. Acad. Sci. USA.– 1971.– Vol. 68.– P. 820–823.
7. *Lindor N.M., Greene M.H.* The concise handbook of family cancer syndromes. Mayo Familial Cancer Program // Natl. Cancer Inst. – 1998. – Vol. 90.– P. 1039–1071.
8. *Maris J.M., Wiersma S.R., Mahgoub N.* et al. Monosomy 7 myelodysplastic syndrome and other second malignant neoplasms in children with neurofibromatosistype1//Cancer.–1997.–Vol.79.– P. 1438–1446.
9. *Matsui I., Tanimura M., Kobayashi N.* et al. Neurofibromatosis type-1 and childhood cancer // Cancer.– 1993.– Vol. 72.– P. 2746–2754.
10. *Moline J., Eng C.* Multiple endocrine neoplasia type 2: an overview // Genet. Med.– 2011.– Vol.– 13.– P. 755–764.
11. *Mulligan L.M., Kwok J.B., Healey C.S.* et al. Germ-line mutations of the RET proto-oncogene in multiple endocrine neoplasia type 2A // Nature.– 1993.– Vol. 363.– P. 458–460.
12. *Pang J.T., Thakker R.V.* Multiple endocrine neoplasia type 1 (MEN1) // Eur. J. Cancer.– 1994.– Vol. 30A.– P. 1961–1968.
13. *Roarty J.D., McLean I.W., Zimmerman L.E.* Incidence of second neoplasms in patients with bilateral retinoblastomas // Ophthalmology.– 1988.– Vol. 95.– P. 1583–1587.
14. *Von Recklinghausen F.D.* Über die multiplen Fibrome der Haut und ihre Beziehung zu den multiplen Neuromen. Berlin: 1882.
15. *Wilms M.* Die Mischgeschwülste der Niere. In: Die Mischgeschwülste. Leipzig: A Georgi, 1899.

CASE REPORTS OF HEREDITARY CANCER SYNDROMES IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

Kuleva S.A., Imyanitov E.N., Yukhta T.V., Tsyrlina E.V., Kolygin B.A.

◆ **Resume.** Cases of the most often hereditary cancer syndromes in children and adolescents are presented.

◆ **Key words:** Children; adolescents; hereditary cancer syndromes.

◆ Информация об авторах

Кулева Светлана Александровна — д.м.н., старший научный сотрудник отдела терапевтической онкологии, врач отделения химиотерапии и комбинированного лечения злокачественных опухолей у детей. Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт онкологии имени Н.Н. Петрова» Министерства здравоохранения Российской Федерации. 197758, Санкт-Петербург, поселок Песочный, ул. Ленинградская, д. 68. E-mail: Kulevadoc@yandex.ru.

Имянитов Евгений Наумович — д.м.н., профессор, заведующий лаборатории молекулярной онкологии. Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт онкологии имени Н.Н. Петрова» Министерства здравоохранения Российской Федерации. 197758, Санкт-Петербург, поселок Песочный, ул. Ленинградская, д. 68. E-mail: evgeny@imyanitov.spb.ru.

Юхта Татьяна Валерьевна — н. с. отдела терапевтической онкологии, врач отделения химиотерапии и комбинированного лечения злокачественных опухолей у детей. Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт онкологии имени Н.Н. Петрова» Министерства здравоохранения Российской Федерации. 197758, Санкт-Петербург, поселок Песочный, ул. Ленинградская, д. 68. E-mail: Tania_juh@mail.ru.

Цырлина Евгения Владимировна — к.м.н., ведущий научный сотрудник, врач отделения онкоэндокринологии. Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт онкологии имени Н.Н. Петрова» Министерства здравоохранения Российской Федерации. 197758, Санкт-Петербург, поселок Песочный, ул. Ленинградская, д. 68. E-mail: evg.tsyrlina@gmail.com.

Колыгин Борис Александрович — д.м.н., профессор. Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт онкологии имени Н.Н. Петрова» Министерства здравоохранения Российской Федерации. 197758, Санкт-Петербург, поселок Песочный, ул. Ленинградская, д. 68.

Kuleva Svetlana Aleksandrovna — MD, PhD, Senior researcher, Dept. Therapeutic oncology, Physician, Dept. Chemiotherapy and Combined Treatment of Malinancies in Children. N.N. Petrov Research Institute of Oncology. 68, Leningradskaya St., St. Petersburg, pos. Pesochnyy, 197758, Russian Federation. E-mail: Kulevadoc@yandex.ru.

Imyanitov Evgeniy Naumovich — MD, PhD , Dr Med Sci, Professor, Head, Laboratory of molecular oncology. N.N. Petrov Research Institute of Oncology. 68, Leningradskaya St., St. Petersburg, pos. Pesochnyy, 197758, Russian Federation. E-mail: evgeny@imyanitov.spb.ru.

Yukhta Tatyana Valeryevna — Junior researcher, Dept. Therapeutic oncology, Physician, Dept. Chemiotherapy and Combined Treatment of Malinancies in Children. N.N. Petrov Research Institute of Oncology. 68, Leningradskaya St., St. Petersburg, pos. Pesochnyy, 197758, Russian Federation. E-mail: Tania_juh@mail.ru.

Tsyrlina Yevgeniya Vladimirovna — MD, PhD , Senior researcher. N.N. Petrov Research Institute of Oncology. 68, Leningradskaya St., St. Petersburg, pos. Pesochnyy, 197758, Russian Federation. E-mail: evg.tsyrlina@gmail.com.

Kolygin Boris Aleksandrovich — MD, PhD , Dr Med Sci , Professor. N.N. Petrov Research Institute of Oncology. 68, Leningradskaya St., St. Petersburg, pos. Pesochnyy, 197758, Russian Federation.

© С.А. Виндорф

ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РЕАКЦИИ ЭМАНСИПАЦИИ У ПОДРОСТКОВ С НАРКОЗАВИСИМОСТЬЮ

Резюме. Подростковый возраст является периодом сепарации подростка от родителей. Эмансипация от родителей и приобретение независимости является одной из важнейших задач данного периода. Являясь нормативной для подросткового возраста, реакция эмансипации может быть фактором отклоняющегося поведения у подростков. У наркотизирующихся подростков реакция эмансипации имеет качественное и количественное своеобразие.

Ключевые слова: реакция эмансипации; конфронтация с родителями; формирование идентичности; «идеологическая» конфронтация; подростковый кризис; поведенческие девиации; наркозависимость.

В последние годы отмечается рост наркозависимости среди несовершеннолетних, продолжается омоложение наркопотребителей, часто наблюдается уменьшение возраста первой пробы [7, 8, 15].

По данным многочисленных исследований, наиболее критическим, представляющим риск вовлечения человека в периодическое или регулярное потребление наркотиков, является именно подростковый период [2, 7, 14, 21].

Подростковый период представляется важнейшим подготовительным этапом взрослой жизни и характеризуется многообразием кризисных явлений, связанных с изменением телесного «Я», всей психической структуры, а также социального положения подростка [1, 2, 3, 4, 12]. По мнению большинства авторов, одной из важнейших задач, которая должна быть решена в подростковом возрасте, является достижение автономии и независимости от родителей [1, 10, 13, 22].

Такая автономия осуществляется через последовательное замещение роли родителей группой сверстников, которые выступают носителями социальных ценностей, норм поведения и источником определенного статуса [11] посредством использования вследствие развития психических процессов новых способностей в форме критики, сомнений и противодействия ценностям, установкам и образу действий взрослых [16] и в разных культурах происходит в разной форме. Это явление, как правило, рассматривают в рамках подростковой реакции эмансипации.

Реакцию эмансипации определяют как специфическую эмоционально-поведенческую реакцию, которая проявляется в стремлении высвободиться из-под опеки, контроля, покровительства старших, протесте против установленных правил и порядков и связана с борьбой за самостоятельность, за самоутверждение личности [3, 7, 10, 14].

В настоящее время нет единого понимания влияния реакции эмансипации на возникновение аддиктивного поведения у подростков. Многими исследователями реакция эмансипации считается одним из провоцирующих факторов отклоняющегося, аддиктивного поведения. Так, В. Д. Менделевич [15], выделяет выраженную реакцию эмансипации в качестве одной из клинических форм отклоняющегося поведения. На чрезмерную реакцию эмансипации наркозависимых подростков и стремление компенсировать неудовлетворенность асоциальным путем в своей работе указывают В. В. Гульдан, О. Л. Романова [5]. По их мнению, у большинства подростков с аддиктивной патологией наблюдается снижение социальной идентификации с базовыми просоциальными группами (семья, одноклассники) и увеличение идентификации с асоциальными группами приятелей-«наркоманов», оказывающих на их личность исключительное влияние.

В качестве фактора, по данным А. Е. Личко, В. С. Битенского [14], препятствующего аддиктивному поведению, реакция эмансипации не наблюдалась. Вместе с тем А. Ю. Егоров [7] полагает, что реакция эмансипации может оказаться фактором, как способствующим злоупотреблению психоактивными веществами, так и препятствующим возникновению аддиктивного поведения.

УДК: 615.015.6-053.6/7+159.923

То есть, являясь нормативной для подросткового возраста, реакция эмансипации в отрицательных своих проявлениях может приводить к наркотизации подростков [4, 14].

Проводимые ранее исследования в этом направлении свидетельствуют об особом значении реакции эмансипации при формировании аддиктивного поведения у подростков [7, 14, 15, 21].

Представляется актуальным рассмотрение характеристик реакции эмансипации у подростков с наркотической зависимостью. Мы исходили из того, что эмансипация накладывает отпечаток на весь психологический облик подростка и может трансформироваться под влиянием морбидных изменений, связанных с зависимостью.

Целью данного исследования являлось определение выраженности и структуры реакции эмансипации у подростков с наркозависимостью.

На основании этого задачами исследования являются:

1. Изучение особенностей реакции эмансипации у наркотизирующихся подростков в сравнении с социально адаптированными сверстниками, не употребляющими психоактивные вещества.
2. Изучение клинических характеристик наркозависимости во взаимосвязи с выраженностью и структурой эмансипаторного процесса.

В связи с выдвинутыми задачами была исследована клиническая группа, которую составили 90 подростков с аддиктивной патологией, средний возраст которых составил — 16,28 ± 1,14 года, 33 женского и 57 мужского пола. Все обследованные пациенты находились на этапе реабилитации в различных наркологических учреждениях города Санкт-Петербурга. Всем испытуемым клинической группы был поставлен диагноз синдром зависимости от ПАВ врачами психиатрами-наркологами.

Для сопоставления с клинической группой была сформирована контрольная выборка из 90 социально адаптированных подростков без опыта употребления ПАВ, которая по половозрастным характеристикам была идентична группе наркозависимых подростков.

В исследовании был использован разработанный нами оригинальный опросник «Выраженность реакции эмансипации у подростков».

Валидность и надежность опросника является достаточной. Сырые баллы переведены в Т-баллы вследствие нормальности распределения. Т-баллы находятся в диапазоне от 23 до 94 баллов, при этом нормативный диапазон соответствует 40–60 баллам.

Опросник из 38 утверждений состоит из общего показателя и четырех шкал, каждая из которых описывает одну из подструктур подростковой реакции эмансипации: конфронтация с родителями, протестная реакция на вторжение в личное пространство, реакция протеста против законов, правил и социальных норм, девиантное поведение как осложнение пубертатного кризиса.

Общий показатель выраженности реакции эмансипации, определяемый как сумма значений всех шкал, является индикатором интенсивности протекания эмансипаторного процесса у подростка.

1. Шкала «Конфронтация с родителями».

В комплексной структуре реакции эмансипации конфронтация с родителями занимает важнейшее место и проявляется в стремлении противостоять родителям, высвободиться из-под их опеки и контроля, обрести от них независимость.

Конфронтация с родителями в подростковом возрасте является необходимым явлением для преодоления инфантильной зависимости от родителей. Вместе с тем при семейных дисфункциях конфронтация с родителями может приобретать острый характер и способствовать отклоняющемуся поведению подростков.

В данном возрастном периоде подростком должна быть решена одна из главных задач — сепарация от родителей и достижение определенного уровня автономности. К концу подросткового возраста отношения с родителями стабилизируются. Если подростковый кризис не удается разрешить, то конфронтация с родителями может выйти за границы подросткового периода и приобрести постоянный характер.

Конфронтация с родителями может отражаться во внешних и внутренних, поведенческих и идеаторных проявлениях. Внешне конфронтация с родителями может выражаться в грубости, игнорировании просьб и распоряжений родителей, бунтарстве. К косвенным признакам конфронтации можно отнести суицидальное, аддиктивное поведение. К поведенческим проявлениям относится стремление подростка все делать самостоятельно, нетерпимость помощи со стороны родителей. К идеаторным — отвержение ценностей и норм родителей.

Средние значения рассматриваются как индикатор нормально протекающего процесса сепарации от родителей.

Низкие значения соответствуют симбиотическим отношениям с родителями, задержке становления автономии от родителей.

Высокие баллы свидетельствуют о гиперконфронтации с родителями, которая приобретает острый характер и актуализирует генерализацию конфликтов в семье.

2. Шкала «Протестная реакция на вторжение в личное пространство».

Данная реакция позволяет подростку приобрести автономию, сформировать границы «Я» и индивидуальность. Отражает как эмоциональную, так

и поведенческую эмансипацию. Является базовой составляющей реакции эмансипации, протекающей в норме. Патологический вариант может выражаться в замкнутости, конфликтности, чрезмерной подозрительности и недоверчивости.

В случае успешного формирования личностных границ и индивидуальности протестные реакции на вторжение в личное пространство ослабевают. Если подростку не удалось сформировать личностные границы, этот процесс продолжается и во взрослом возрасте.

Построение личностных границ может происходить посредством и поведенческих, и идеаторных проявлений путем формирования собственной системы ценностей и обретения независимости.

Внешним выражением является отстаивание собственного мнения и решений, стремление избавиться от контроля. В качестве косвенных признаков протестных реакций на вторжение в личное пространство можно выделить прогулы тех занятий, которые навязаны взрослыми, уходы из дома и так далее. Средние значения рассматриваются как индикатор нормально протекающего процесса выстраивания личностных границ.

Низкие значения свидетельствуют об использовании личностных границ родителей в качестве собственных, о замедлении процесса индивидуализации.

Высокие баллы свидетельствуют о стремлении отстоять свои границы, вырваться из симбиотических отношений с родителями. Построение личностных границ и отношений с окружающим миром носит деструктивный характер.

3. Шкала «Реакции протеста против законов и правил, социальных норм» («идеологическая» конфронтация).

Данная протестная реакция направлена как на родителей, так и на общество в целом. Выражается в стремлении нарушать уже сложившиеся правила и законы, нормы и ценности. Деструктивный вариант «идеологической» конфронтации заключается в асоциальном поведении подростка. Являясь для подросткового периода нормативной реакцией, протест против социальных норм и правил может затянуться и во взрослом возрасте стать постоянным.

Внешне идеологическая конфронтация выражается в критике всего, что предлагают взрослые, отрицание их ценностей, норм и правил. Примером проявлений может служить вступление в неформальные организации.

Средние значения рассматриваются как индикатор нормально протекающего процесса становления собственной системы ценностей, убеждений и взглядов.

Низкие значения соответствуют слитности с нормами и ценностями окружающих, конформизме, при этом подросток демонстрирует свою «социабельность».

Высокие баллы свидетельствуют о гиперконфронтации с нормами и ценностями родителей и общества в целом, которая носит деструктивный характер.

4. Девиантное поведение как осложнение пубертатного кризиса.

Данная шкала отражает асоциальные пути обретения независимости от родителей. Если подростку удается разрешить пубертатный кризис и обрести автономию, то девиантное поведение нивелируется. В случае неудачи в становлении автономии, наблюдается отклоняющееся поведение и во взрослом возрасте.

Средние значения соответствуют незначительным проявлениям девиаций поведения, являющихся осложнениями пубертатного кризиса. Отражает экспериментирование подростка с запретами взрослых.

Низкие значения свидетельствуют об отсутствии девиаций поведения у подростка, либо о демонстрации социально нежелательного поведения.

Высокие баллы свидетельствуют об асоциальном способе становления автономии.

В результате исследования выраженности и структуры реакции эмансипации у подростков, злоупотребляющих наркотическими веществами, были получены следующие данные, отраженные в таблице 1.

Таблица 1

Распределение показателей опросника «Выраженность реакции эмансипации у подростков» в группе подростков с наркотизацией и без признаков аддикции (в Т-баллах)

Группы / Шкалы	Норма n=90	Подростки с наркоманией n=90	Уровень значимости p
	M±m	M±m	
ΣОВРЭП	45,97±0,95	69,37±0,86	<0,0001
Конфронтация с родителями	47,19±0,86	65,80±1,07	<0,0001
Протестная реакция на вторжение в личное пространство	48,90±0,97	55,63±0,98	<0,001
Реакция протеста против законов, правил и социальных норм	48,41±1,00	59,22±0,96	<0,0001
Девиантное поведение как осложнение пубертатного кризиса	46,27±0,73	72,84±0,84	<0,0001

Различия между клинической и контрольной выборкой оказались высокозначимыми по всем показателям опросника «Выраженность реакции эмансипации у подростков».

Важно, что различаются не только средние значения по отдельным шкалам, но и общая структура эмансипаторного профиля клинической и контрольной групп.

Для эмансипаторного профиля наркотизирующихся подростков характерны следующие особенности:

1. Наиболее выражены значения по шкалам «Конфронтация с родителями» и «Девиантное поведение как осложнение пубертатного кризиса». Для наркотизирующихся подростков характерна гиперконфронтация с родителями, выражающаяся в генерализации конфликтов. Достижение автономии реализуется асоциальным способом.
2. В профиле наименее представлены шкалы «Протест против вторжения в личное пространство» и «Протест против законов, правил и социальных норм». Показатели шкалы «Протест против вторжения в личное пространство» находятся в нормативном диапазоне. Значения по шкале «Протест против законов, правил и социальных норм» соответствуют верхней границе нормы. Вместе с тем построение личностных границ и «идеологическая» конфронтация в клинической группе протекает более интенсивно, чем в нормативной группе.
3. Выраженная реакция эмансипации достигается за счет конфронтации с родителями и обществом, а также посредством девиантного поведения. Построение личностных границ наименее выражено в структуре эмансипаторного профиля наркотизирующихся подростков.

Обобщая приведенные выше данные, можно сказать, что для эмансипаторного процесса и профиля реакции эмансипации наркотизирующихся подростков характерна чрезмерная выраженность. Чрезмерное повышение выраженности реакции эмансипации наблюдается за счет гиперконфронтации с родителями и отклоняющегося поведения.

Полученные выше данные свидетельствуют о целесообразности изучения взаимосвязи клинических факторов наркозависимости с выраженностью и структурой подростковой реакции эмансипации.

Из большого количества клинических показателей были выбраны интегративные, сущностные характеристики, которые могут значительно влиять на весь стереотип жизни, трансформировать привычные способы поведения и взаимодействия с родителями и взрослыми в целом. К таким клиническим характеристикам можно отнести следующие признаки: употребляемое вещество, частота употребления наркотического вещества, мотив употребления. Отдельного рассмотрения требуют сопутствующие наркотизации поведенческие девиации.

В ходе клинико-психологического обследования было выявлено, что подростки склонны к экспериментированию с различными наркотическими веществами. Так, пробы каннабиоидов имеют в анамнезе 83,3%, тогда как систематически употребляют каннабиоиды 52,2% исследованных подростков. Психостимуляторы пробовали 85,5% респондентов, систематически употребляют 52,2%. Единичные употребления опиатов отмечают 40%, систематически употребляют 31,5% подростков клинической группы. Следовательно, для подростков изучаемой клинической группы характерен полинаркотизм.

Вследствие невозможности выделения «чистых» групп, сопоставлять эмансипаторный профиль в зависимости от употребляемого вещества целесообразно путем выделения доминирующего в употреблении наркотика выбора. При сочетанном употреблении двух ПАВ подростком он включался и в ту, и в другую группу.

Результаты сравнительного изучения показателей опросника «Выраженность реакции эмансипации у подростков» в зависимости от наркотического вещества представлены на рисунке 1.

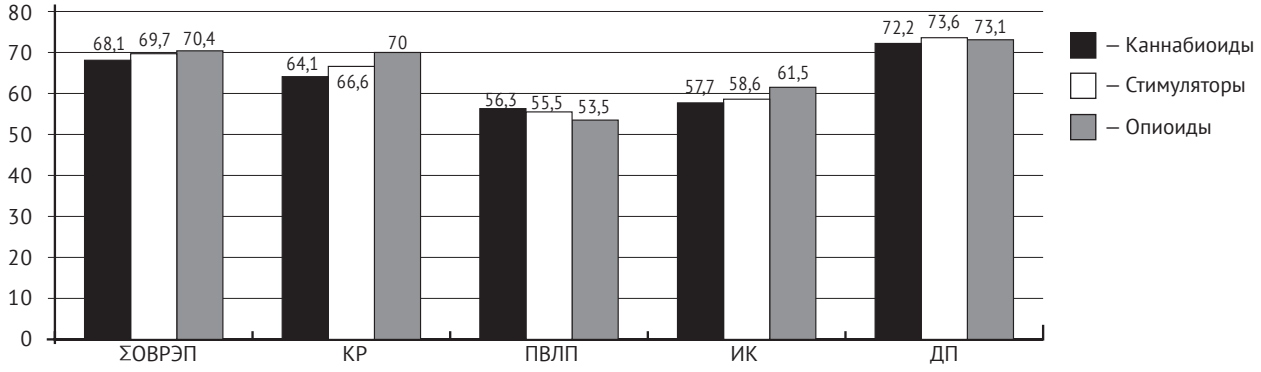


Рис. 1. Распределение показателей опросника «Выраженность реакции эмансипации у подростков» в клинической группе в зависимости от наркотического вещества (в Т-баллах)

Статистически значимые различия ($p<0,05$) между тремя исследуемыми группами обнаружены только по шкале «Конфронтация с родителями» между группой подростков, злоупотребляющих каннабиоидами и опиоидами. Это может быть связано с тем, что употребление каннабиоидов носит реактивный характер и может долго не замечаться родителями. При употреблении опиоидов подростком родители активно вмешиваются в жизнь подростка, пытаясь препятствовать употреблению.

Следовательно, в целом выраженность и структура подростковой реакции эмансипации не обнаруживает, по результатам проведенного исследования, связей с видом употребляемого вещества.

Для изучения с помощью корреляционного анализа взаимосвязей параметров опросника с употребляемым веществом были созданы 3-балльные шкалы в зависимости от наличия опыта употребления наркотических веществ. Были созданы три шкалы — «Каннабиоиды», «Опиоиды», «Стимуляторы». При этом 1 балл начислялся респонденту без опыта употребления конкретного вещества; 2 балла — если в анамнезе присутствуют факты употребления без зависимости от вещества; 3 балла — сформировавшаяся зависимость от вещества.

Статистически значимые корреляционные связи между опросником ОВРЭП и шкалами «Каннабиоиды», «Опиоиды», «Стимуляторы» не обнаружены.

Полученные данные совпадают с результатами клинико-психологического обследования, которое показывает, что подростковая наркотизация представляет собой вид деятельности, психологическая структура и характер которой определяется не столько спецификой употребляемого вещества, сколько всей диспозиционной системой подростка. Наркотик выбора в значительной степени обусловлен влиянием окружающей среды, в том числе референтных групп.

В ходе клинико-психологического обследования исследовались мотивы употребления подростками наркотических веществ. При этом подростки могли указывать несколько ведущих мотивов наркотизации.

При анализе мотивов употребления наркотических веществ оказалось, что выделение «чистых групп» с одним мотивом невозможно, так как наблюдается полимотивационность наркотизации. Мотивы могут меняться в процессе употребления наркотических веществ, а их сочетание неодинаково.

В качестве наиболее частых мотивов употребления ПАВ следующие (частота встречаемости указана в процентах):

1. «Нравятся ощущения» (75%).
2. Мотивы, инициирующие употребление — интерес (46%), за компанию с друзьями (38%).
3. Для улучшения настроения, самочувствия (47%).

Реже подростки отмечают такие мотивы употребления наркотических веществ, как «для преодоления трудностей» (22%), чтобы «снять ломку» (31%), «назло родителям» (6%).

Вследствие невозможности выделить «чистые группы» сравнение эмансипаторного профиля подростков с аддиктивным поведением происходило в зависимости от наличия или отсутствия того или иного мотива наркотизации. То есть были сопоставлены группы по наличию/отсутствию мотива употребления.

Статистически значимые различия получены только по шкале «Девиантное поведение как осложнение пубертатного кризиса» ($p<0,005$) и шкале «Конфронтация с родителями» ($p<0,05$) между употребляющими с целью справиться с трудностями и без таковой.

Подростки, наркотизирующиеся для преодоления трудностей, имеют больше девиаций поведения, а также более склонны отстаивать свою автономию от родителей. То есть подростки, имеющие мотивацию употребления ПАВ «для преодоления жизненных трудностей» представляют собой наиболее «чистую» группу, так как именно по параметрам «Конфронтация с родителями» и «Девиантное поведение как осложнение пубертатного кризиса» наблюдаются наибольшие отличия от контрольной группы (табл. 1). Можно предположить, что невозможность успешно разрешить подростковый кризис и достичь автономии от родителей является одной из важных причин употребления ПАВ подростком.

Полученные экспериментальные данные полностью согласуются с результатами клинико-психологического обследования.

Так, при сборе анамнестических данных у большинства подростков были выявлены конфликтные отношения с родителями, провоцирующие «срыв» и дальнейшее употребление ПАВ, а также стремление обрести независимость от родителей, с одной стороны, а с другой — симбиотические связи с ними. У таких подростков наблюдается слитность «Я» — границ с личностными границами родителей. При этом наркотизация выступает способом, посредством которого подросток стремится обрести автономию.

Взаимосвязи между частотой употребления ПАВ и выраженностью, структурой реакции эмансипации не обнаружены вследствие того, что подростки клинической группы наркотизируются систематически.

Статистически значимые различия между подростками клинической группы, наркотизирующимися с разной частотой, не обнаружены. При сформировавшейся зависимости частота употребления

наркотиков зависит от индивидуальных биологических особенностей, а не от психологических характеристик.

В ходе клинико-психологического обследования определены сопутствующие поведенческие девиации у подростков клинической группы. Наиболее часто встречающимися отклонениями по анамнестическим данным у подростков клинической группы являются курение, проблемы с законом, а также уходы из дома. Реже наблюдаются проблемы, связанные с половой жизнью. Следовательно, употребление наркотических веществ сопряжено с девиантным поведением.

Подростки клинической группы имеют различные девиации поведения, которые можно условно разделить на 2 группы:

1. Девиации, связанные с употреблением ПАВ — осложнения аддиктивного процесса (воровство, проблемы с законом, учет у инспектора по делам несовершеннолетних).
2. Девиации, являющиеся осложнениями пубертатного кризиса, которые зачастую провоцируют наркотизацию (курение, употребление алкоголя, проблемы, связанные с половой жизнью).

Так, например, к началу подросткового возраста опыт употребления алкоголя имеют 94% наркотизирующихся подростков.

В отдельную группу можно отнести суицидальное поведение и уходы из дома. Так, 17% подростков, злоупотребляющих ПАВ, имеют в анамнезе незавершенные суициды, 11% пытались совершить самоубийство для привлечения внимания, 24% имеют суицидальные мысли.

Важно, что 77% респондентов отмечают уходы из дома, при этом продолжительностью более недели — 47% наркозависимых подростков. Наиболее частыми причинами являются: конфликты с родителями (55%), стремление избавиться от опеки взрослых (40%), протест против родителей (21%), тяжелая обстановка дома (18%).

Вместе с тем разделение на группы является условным, так как рассмотренные нарушения поведения взаимосвязаны.

Можно говорить, что клинические характеристики наркозависимости обнаруживают опосредованное влияние на подростковую реакцию эмансипации через поведенческие девиации.

Данные литературного обзора и клинико-психологического обследования показывают, что при наличии отклоняющегося поведения вне зависимости от его вида наблюдается искажение эмансипаторного процесса. Это является подтверждением идеи о неспецифичности предрасположенности к девиациям у подростков. Искажения эмансипаторного процесса не имеют избирательной чувствительности к определенным видам отклоняющегося поведения. Напряженность эмансипаторного процесса подготавливает почву, которая потом реализуется в девиациях, в зависимости от окружающей среды.

Таким образом, наркотизирующиеся подростки характеризуются чрезмерно выраженной реакцией эмансипации. Полученные данные согласуются с представлениями В. В. Егорова, Н. А. Седых.

В основе явления лежит обостренное и чрезмерно болезненное переживание пубертатного кризиса и сопутствующих ему изменений, что совпадает с представлениями М. И. Христофоровой.

Пубертатный кризис приводит к изменениям во взаимоотношениях с родителями. По нашим данным, как и по сведениям Ж. Н. Стрельцовой [19], деструктивные формы его преодоления (наркотизация) способствуют застреванию на инфантильных формах реагирования в виде реакции эмансипации.

Выраженность девиантного компонента в эмансипаторном профиле наркотизирующихся подростков подтверждает положение В. В. Гульдан с соавт., что чрезмерно выраженная реакция эмансипации создает условия для идентификации с асоциальными группами, которые поддерживают и усиливают реакцию эмансипации как средство разрыва отношений с родителями и дальнейшего вовлечения в наркотизацию.

Выраженный девиантный компонент реакции эмансипации является показателем того, что процесс преодоления пубертатного кризиса приобретает патологический характер.

Итак, наши данные подтверждают положение о том, что реакцию эмансипации целесообразно рассматривать как процесс, неравномерный во времени, который проявляется в различных сферах и отношениях подростка. Реакция эмансипации в полной мере отражает фундаментальные закономерности развития психических структур — неравномерность и гетерохронность.

У подростков, злоупотребляющих наркотическими веществами, имеет место ранняя чрезмерно выраженная реакция эмансипации, которая приводит к осложнениям эмансипаторного процесса. Отделение от норм и ценностей родителей происходит за счет идентификации с асоциальными группами. Это приводит к эскалации напряженности не только в системе подросток — родители, но и к генерализации конфликтов подростка с обществом в целом. Идентификация с асоциальными группами поддерживает и усиливает реакцию эмансипации.

Таким образом, реакция эмансипации у подростков, злоупотребляющих наркотическими веществами, имеет инфантильный характер и проявляется в невозможности последовательного разрешения задач пубертатного периода.

Из представленных данных можно сделать вывод, что реакция эмансипации у наркотизирующихся подростков по выраженности и структуре качественно и количественно отличается от эмансипации у нормативных подростков. Это отражает искаженный характер всего эмансипаторного процесса у наркотизирующихся подростков.

Выраженная реакция эмансипации является фактором, провоцирующим наркотизацию. Вместе с тем дальнейшая наркотизация подростка еще больше усиливает выраженность эмансипаторного процесса. Клиника наркомании у подростков обладает рядом особенностей: сопряжена с экспериментированием с различными наркотическими веществами, быстрым по сравнению с взрослыми формированием зависимости, размытостью нозологических форм, легким переходом от одного вида аддикции к другому, выраженной полимотивационностью наркотизации и сочетается с множеством поведенческих девиаций.

В нашей работе были получены данные об отсутствии взаимосвязи выраженности и структуры реакции эмансипации с такими клиническими характеристиками наркозависимости, как употребляемое вещество, частота и мотив употребления.

Это связано с тем, что подростковая наркотизация представляет собой вид деятельности, психологическая структура и характер которой определяется не столько спецификой употребляемого вещества, сколько всей диспозиционной системой подростка (ценностной сферой, взаимоотношениями с окружающими и т. д.). Это положение отражено в работах многих авторов [8, 9, 18].

Обращает на себя внимание тот факт, что вне зависимости от доминирующего психоактивного вещества наблюдается тотальное искажение эмансипаторного процесса у наркотизирующихся подростков. При этом роль конкретного вида ПАВ оказалась вторичной. Иными словами, обнаружилось, что сам факт наркозависимости даже на ранних стадиях сопряжен со значительным искажением всего эмансипаторного процесса у подростков. Величина деформаций эмансипации настолько значительна, что отсутствуют явные признаки специфичности искажающего влияния отдельных форм зависимости.

При изучении мотивов употребления наркотических веществ было выявлено, что они меняются в процессе употребления, наблюдается сочетание различных мотивов. По полученным в работе данным, интерес к психоактивным веществам и влияние референтной группы являются инициирующими мотивами употребления, которые затем сменяются такими как «нравятся ощущения», «для преодоления трудностей», «протест против родителей». Важным в мотивации употребления наркотических веществ является эмансипаторный момент, который часто самим подростком не осознается.

В значительной степени выбор психоактивного вещества определен влиянием референтной группы, как по нашим данным, так и по сведениям C. D. Rose [24].

Также в подростковом возрасте наблюдается экспериментирование с веществами, что затрудняет выделение чистых групп. Так, большинство исследователей указывают на склонность подростков к одновременному злоупотреблению алкоголем и другими ПАВ [5, 6, 22, 24], выделяя общий патогенетический механизм формирования различных зависимостей, в первую очередь в отношении химических форм [8, 14, 15].

По полученным в работе данным, клинические характеристики наркозависимости обнаруживают опосредованное влияние на подростковую реакцию эмансипации через поведенческие девиации. Н. Д. Лакосина, Д. А. Милушева (1992) [15] полагают, что наблюдается параллелизм вовлеченности в употребление алкоголя и токсических веществ и девиантного поведения: так, криминальное поведение наблюдалось у более трети подростков с аддиктивным поведением, высока частота аутоагрессивного поведения и сексуальных девиаций, наблюдается плохая школьная успеваемость. Как правило, девиантное поведение предшествует началу употребления ПАВ, которое в дальнейшем его усиливает [6].

При наличии отклоняющегося поведения вне зависимости от его вида наблюдается искажение эмансипаторного процесса. Это является подтверждением положения о неспецифичности предрасположенности к девиациям у подростков. Так, П. И. Сидоров (2000) указывает на то, что многочисленные исследования, нацеленные на выделение этиопатогенетических факторов наркотизма и алкоголизма, проституции и суицидов, давали, по существу, сходные характеристики причин и условий девиантного и аддиктивного образа жизни вне зависимости от конкретных нозологических форм или поведенческих феноменов.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Аверин В. А.* Психология детей и подростков / В. А. Аверин. — СПб.: Изд. Михайлова В. А., 1998. — 379 с.
2. *Березин С. В.* Профилактика наркотизма: теория и практика / С. В. Березин, К. С. Лисецкий. — Самара: Изд. Перспектива, 2005. — 270 с.
3. *Бордовская Н. В.* Педагогика: учебник для вузов / Н. В. Бордовская, А. А. Реан. — СПб.: Питер, 2000. — 304 с.
4. *Гоголева А. В.* Аддиктивное поведение и его профилактика / А. В. Гоголева. — М.: Московский психолого-

социальный институт; Воронеж: Изд-во НПО «МОДЭК», 2003.— 240 с.
5. *Гульдан В.В.* Поиск впечатлений как фактор приобщения подростков к наркотикам / В.В. Гульдан, А.М. Корсун // Вопросы наркологии.— 1990.— № 2.— С. 40–44.
6. *Дмитриева Т.Н.* Об особенностях наркологической патологии при различных патохарактерологических нарушениях у подростков / Т.Н. Дмитриева // Проблемы наркологии-90: Сб. науч. трудов (республиканский).— М., 1990.— С. 49–53.
7. *Егоров В.В.* Патохарактерологическое исследование подростков, больных наркоманией / В.В. Егоров, С.Н. Седых // Актуальные вопросы клиники, диагностики и лечения психических заболеваний.— Полтава, 1988.— С. 19–21.
8. *Иванец Н.Н., Винникова М.А.* Героиновая наркомания (постабстинентное состояние: клиника и лечение) / Н.Н. Иванец, М.А. Винникова.— М.: Изд. Медпрактика, 2000.— 122 с.
9. *Иванова Т.В.* Клинико-психологическое исследование подростков, употребляющих гашиш / Т.В. Иванова // Саморазрушающее поведение у подростков: Сб. науч. трудов.— Л.: Изд. Лен. НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1991.— С. 82–87.
10. *Кернберг О.* Тяжелые личностные расстройства: стратегии психотерапии / Отто Ф. Кернберг: пер. с англ.— М.: Класс, 2000.— 446 с.
11. *Кле М.* Психология подростка. Психосексуальное развитие / Мишель Кле: пер. с фран.— М.: Педагогика, 1991.— 171 с.
12. *Кон И.С.* Психология ранней юности / И.С. Кон.— М.: Просвещение, 1989.— 255 с.
13. *Крайг Г.* Психология развития / Г. Крайг.— 9-е изд.— СПб.: Питер, 2005.— 940 с.
14. *Личко А.Е.* Подростковая наркология: Руководство для врачей / А.Е. Личко, В.С. Битенский.— М.: Медицина, 1991.— 302 с.
15. *Менделевич В.Д.* Наркозависимость и коморбидные расстройства поведения / В.Д. Менделевич.— М.: МЕДпресс-информ, 2003.— 328 с.
16. Психология подростка / под ред. А.А. Реана.— СПб.: «Прайм-ЕВРО-ЗНАК», 2003.— 480 с.
17. *Сидоров П.И.* Наркологическая превентология: Руководство / П.И. Сидоров.— 2-е изд.— М.: МЕДпресс-информ, 2006.— 720 с.
18. *Сирота Н.А.* Преодоление эмоционального стресса подростками. Модель исследования / Н.А. Сирота, В.М. Ялтонский.— Обозр. психиатрии и мед. психологии.— 1993.— № 1.— С. 53–59.
19. *Стрельцова Ж.Н.* Особенности общения старших подростков, больных героиновой наркоманией / Ж.Н. Стрельцова, А.В. Надеждин, С.Ю. Слоневская // 13 съезд психиатров России: Материалы съезда.— М., 2000.— С. 269.
20. *Христофорова М.И.* Нарушение взаимоотношений между матерью и ребенком как фактор риска наркозависимости подростков: дисс... канд. псих. наук: 19.00.04 / Христофорова Мария Игоревна.— СПб., 2004.— 254 с.
21. *Шипицына Л.М.* Профилактическая работа с несовершеннолетними различных групп социального риска по злоупотреблению ПАВ / Л.М. Шипицына, Л.С. Шпиленя.— М.: Моск. гор. фонд. поддержки книгоиздания, 2004.— 336 с.
22. *Эриксон Э.* Идентичность: юность и кризис / Эрик Эриксон: пер. с англ.— М.: Прогресс, 1996.— 344 с.
23. *Richardson H.* Volatile substance abuse: Evaluation and treatment / H. Richardson // Hum. Toxicol.— 1989.— Vol. 8, N 4. — P. 319–322.
24. *Rose C.D.* Peer cluster theory and adolescent alcohol use: an explanation of alcohol use and a comparative analysis between two causal models / C.D. Rose // J. Drug. Educ.— 1999.— Vol. 29, N. 3. — P. 205–215.

CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL FEATURES OF EMANCIPATION'S REACTION OF TEENAGERS DEPENDENT ON DRUGS

Vindorf S.A.

◆ **Resume.** The teenage age is the period of separation of the teenager from parents. The emancipation from parents and independence acquisition is one of the major problems of the given period. Being standard for teenage age, emancipation reaction can be the factor of deviating behavior at teenagers. The emancipation's reaction of drug abusing adolescent has a qualitative and quantitative originality.

◆ **Key words:** Reaction of emancipation; confrontation with parents; identy formation; "ideological" confrontation; adolescent crisis; behavior deviations; drug abuse.

◆ Информация об авторе

Виндорф Светлана Алексеевна — к.психол.н., ассистент кафедры психотерапии и психосоматики. ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: kulisveta@mail.ru.

Vindorf Svetlana Alekseyevna — Assistant Professor, Department of psyctotherapia and psychosomatica. Saint-Petersburg State Pediatric Medical University of Health Ministry of Russia. 2, Litovskaya St., St. Petersburg, 194100, Russian Federation. E-mail: kulisveta@mail.ru.

© Н.И. Калин

ФГБОУ ВПО РГПУ им. А.И.Герцена

Резюме. Проанализированы клинико-психологические признаки девиации и факторы риска нарушения репродуктивного поведения у 251 подростка в возрасте 12–15 лет. Выявлено, что 51,4% современных подростков находятся в зоне повышенного риска отклонений репродуктивного поведения в связи с наличием у них близких друзей-сверстников, уже имеющих опыт сексуальных контактов. При этом в зоне особого риска находятся не менее 11,1% современных подростков, которые уже имеют опыт сексуальных отношений. Такая форма девиации связана с нарушенными взаимоотношениями с родителями, риском уходов из дома, формированием химических и нехимических форм зависимостей.

Ключевые слова: подростки; девиантное поведение; ранние сексуальные контакты; репродуктивное поведение.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ДЕВИАЦИИ И ФАКТОРЫ РИСКА НАРУШЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ

ВВЕДЕНИЕ

Сегодня, несмотря на принимаемые меры, в подростковой среде попрежнему велико количество негативных тенденций, проявляющихся в различных формах нарушений адаптации и дезадаптивного поведения подростков. К подобного рода отклонениям может быть отнесена тенденция к снижению возраста сексуального дебюта, являющаяся общей для молодежи конца XX начала XXI века [5]. Частично это может быть объяснено акселерацией, ускорением полового созревания подростков, но в большей степени социальными факторами, так как сроки полового созревания и уровни сексуальной активности в большинстве случаев подобного рода отклонений не совпадают [7]. Особенности сексуальности подростков обусловлены не только биологическими аспектами полового созревания (повышенной секрецией гормонов, изменениями строения тела), но и тем, что сексуальность начинает носить постоянный характер, а не спорадический как раньше [9]. За последние 50 лет общая тенденция развития характеризуется ростом общественной терпимости и положительного отношения к подростковой сексуальности как в среде взрослых, так и в среде подростков. При этом сами подростки считают подростковый секс нормальным и естественным. Так, зачастую подростки начинают демонстрировать сексуальный интерес не столько следуя потребностям собственного процесса полового созревания, сколько опираясь на культурные нормы их возрастной группы, школьного класса и т. п. [8].

По данным проведенного в 1997–1998 гг. международного исследования сексуального здоровья детей школьного возраста, включающего анализ сексуальной активности подростков 35 стран, средний возраст сексуального дебюта колебался у мальчиков в районе 14, а у девочек — 15 лет. В 2000–2001 гг. средний возраст первого полового контакта составил 14 лет для всех подростков, т. е. наблюдается выравнивание возраста сексуальной инициации и приближение его к срокам полового созревания юношей и девушек [6]. В то же время и мотивация к началу половой жизни носила различный характер у девушек и у юношей [2, 8].

При этом чаще в сексуальный дебют вовлекались подростки, отличающиеся рискованным поведением, нуждающиеся в самоутверждении, и те, кто привык следовать правилам референтной группы. Также было отмечено влияние внутренних личностных характеристик на ранние сексуальные инициации в подростковой среде. Для таких девушек был характерен эпилептоидный, а для юношей — эпилептоидный, истероидный и гипертимно-неустойчивый склад личности [1]. Замечено, что чем ниже возраст подросткового сексуального дебюта, тем больше в нем случайного и ситуативного, когда отсутствует даже опыт дружеских отношений [6, 7]. Такие сексуальные контакты, как правило, направлены на удовлетворение физиологических потребностей, малосодержательны и в связи с этим потенциально психотравматичны. По мнению И. С. Кона [10, 11], в данной ситуации сексуальное развитие подростка может «застывать» на примитивном уровне или деформироваться, что в будущем препятствует формированию глубоких чувств и нарушает восприятие полового партнера как личности. Сексуальный дебют для многих российских юношей остается единичным событием, пробным вариантом. В отличие от юношей, девушки, раз начав половую жизнь, продолжают ее более или менее регулярно.

УДК: 159.923

Однако, чем раньше они вступают в половую связь, тем в большей степени они оказываются подверженными деформации личности [3].

Таким образом, ранние сексуальные контакты могут быть рассмотрены как один из признаков формирующейся девиации и фактор риска нарушения репродуктивного поведения в будущем. Наиболее актуальными остаются вопросы, связанные с системным анализом ранних признаков нарушений процессов адаптации у подростков.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

С этой целью нами был обследован 251 подросток в возрасте 12–15 лет (115 мальчиков, 136 — девочек), учащиеся средних общеобразовательных школ № 91, 379, 541 различных районов г. Санкт-Петербурга. Как уже указывалось ранее, среди исследованных нами подростков выделялись от 4,2 до 68,5% лиц, клинико-психологический статус которых соответствовал одной из 4 форм нарушений адаптации [4]. Более 10% подростков обнаруживали признаки алкоголизации и ранний опыт сексуальных отношений (по 11,1%). Как видно, именно ранее начало половой жизни выявило большую частоту встречаемости данного феномена в подростковой среде. В нашей стране (ст. 134 и 135 Уголовного кодекса РФ) за совершение действий сексуального характера (включая половой акт) без применения насилия в отношении лица, заведомо не достигшего 16 лет, наступает уголовная ответственность. В данном случае мы вправе опираться на возраст сексуального согласия, т. к. возраст исследованных нами подростков не превышал 16 лет. Таким образом, все исследованные нами подростки попадают под эти критерии. Указание ими в психодиагностической беседе на наличие такого опыта расценивалось нами как девиация (11,1% случаев), а указание на наличие подобного опыта у их товарищей — признак повышенного риска (51,4% опрошенных). Данные цифры указывают на крайне высокий риск данной формы девиантного поведения в подростковой среде, поскольку именно среда и отсутствие отвержения подобного рода фактов может расцениваться подростками как вариант нормативного поведения. С другой стороны, нельзя исключать элемент юношеской бравады мнимыми «победами» на сексуальном фронте среди подростков.

В связи с этим все исследованные нами подростки были разделены на две группы. В основную группу были включены подростки с наличием потенциального риска формирования девиации поведения, связанной с ранним началом половой жизни, указывающие на наличие подобных отношений (16 человек). Особо обратил на себя внимание тот факт, что значимых различий по полу в частоте встречаемости данного феномена не обнаружено ни у подростков, имеющих опыт сексуальных контактов, ни у их ближайшего окружения, что особым образом может характеризовать особенности современной формы отклоняющегося поведения у подростков.

Соответственно, контрольную группу составили 128 подростков, не имеющих опыта сексуальных отношений. Статистическую обработку материалов исследования провели с использованием статистического пакета SPSS Statistics 20.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

При рассмотрении подростков, относящихся к группе риска ранней половой жизни (при наличии такого опыта у подростка) выявляется наличие серьезных проблем с родителями и полицией в 50% случаев. Подростки, имеющие ранний опыт сексуальных отношений, как правило, начинают и рано алкоголизироваться (по параметрам частоты и объема одномоментно выпиваемых пива или других слабоалкогольных напитков они значительно превышают своих сверстников — $p=0,008$ и $p=0,007$ соотв.). Довольно часто в компаниях, где они проводят свое свободное время, присутствуют и предложения попробовать наркотики ($p=0,008$). Что касается времени, проводимого за компьютером, то подростки этой группы значимо чаще ($p=0,050$) признаются, что предпочитаются занятия на компьютере в ущерб сну, причем это не вызывает у них чувства беспокойства ($p=0,049$). Наличие опыта сексуальных отношений среди своих товарищей в этой группе подростков, а также отсутствие проблем во взаимоотношениях со сверстниками может свидетельствовать об отсутствии осуждения ранней половой жизни в подростковой среде, рассмотрении такого образа жизни как варианта нормы.

Вообще, их здоровью и нервной системе можно позавидовать — значимых различий по ответам на вопросы, касающиеся соматического здоровья и эмоциональных проблем, между данной категорией подростков и остальными группами обнаружено не было. Часто их не беспокоит состояние здоровья, они практически не жалуются на свое настроение, не склонны к мыслям депрессивного характера, редко утомляются после физических и умственных нагрузок, трудностей сосредоточения внимания у себя не отмечают и т. п. В общем и целом они чувствуют себя прекрасно, как и подростки, имеющие склонность к правонарушениям. Более того, судя по их ответам, у них практически отсутствуют проблемы в общении со своими сверстниками: коллектив их принимает, врагов у них нет, конфликты с одноклассниками отсутствуют. Единственная их проблема — это родители, с которыми имеются достаточно серьезные проблемы, заставляющие подростка бежать из дома ($p=0,030$).

Таким образом, относясь к группе подростков с нарушениями в области социального поведения, подростки с рискованными формами репродуктивного поведения отмечают наличие социального конфликта в области рассогласования норм, принятых в референтной группе сверстников и непринятия их родителями. В силу возрастных особенностей, данный конфликт разрешается ими не в пользу последних, что может, в свою очередь, способствовать возникновению аддиктивных форм поведения (алкогольной, наркотической и компьютерной зависимостям), провоцирующих появление проблем уже и с полицией.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Исходя из вышесказанного, можно сделать следующие выводы. Более половины современных подростков (51,4%) в возрасте 12–15 лет находятся в зоне повышенного риска отклонений репродуктивного поведения в связи с наличием у них близких друзей-сверстников, уже имеющих опыт сексуальных контактов. При этом в зоне особого риска находятся не менее 11,1% современных подростков, которые имеют опыт сексуальных отношений еще до наступления возраста половой, социальной и психологической зрелости с точки зрения действующего законодательства.

Вред, наносимый в данном случае здоровью ребенка, не может быть оправдан, с нашей точки зрения, тем, что «большинство современных подростков подвержены этому» и, соответственно, снижение возрастных границ в данной ситуации не может выноситься на обсуждение. Кроме того, по результатам нашего исследования риск формирования девиации в области репродуктивного поведения в значительной степени обусловливается нарушенными взаимоотношениями с родителями, а также косвенно может способствовать развитию других форм девиантного поведения, связанных с бродяжничеством, химическими и нехимическими формами аддикций.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Бызова В.М.* Влияние особенностей личности на половые взаимоотношения в юношеском возрасте: Автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. психол. Наук.— Л., 1985.— 16 с.
2. *Голод С.И.* XX век и тенденции сексуальных отношений в России.— СПб.: Алетейя, 1996.— 191 с.
3. *Ильин Е.П.* Пол и гендер. — СПб.: Питер, 2010.— 686 с.
4. *Калин Н.И.* Клинико-психологическая типология нарушений психической адаптации в подростковом возрасте // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях.— 2012.— № 2. — С. 86–91.
5. *Кле М.* Психология подростка: психосексуальное развитие.— М.: Педагогика, 1991.— 171 с.
6. *Кон И.С.* Подростковая сексуальность на пороге XXI века: социально-педагогический анализ.— Дубна: Феникс+, 2001.— 207 с.
7. *Кон И.С.* Мальчик — отец мужчины.— М.: Время, 2010.— 702 с.
8. *Кон И.С.* Клубничка на березке: сексуальная культура в России.— М.: Время, 2010.— 606 с.
9. *Лявшина Г.Х.* Сексуальное воспитание детей и подростков.— М.; СПб.: ДИЛЯ, 2003.— 126 с.
10. *Хрипкова А.Г.* Девочка — подросток — девушка: пособие для учителей.— Омск: Кн. изд-во, 1985.— 159 с.
11. *Хрипкова А.Г.* Мальчик — подросток — юноша: пособие для учителей.— Омск: Кн. изд-во, 1987.— 245 с.

CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL SIGNS OF DEVIATION AND RISK FACTORS OF REPRODUCTIVE BEHAVIOR DISORDERS IN ADOLESCENTS

Kalin N. I.

◆ **Resume.** Analyzed the clinical and psychological signs and risk factors of reproductive behavior disorders in 251 adolescents aged 12–15 years. Found that 51.4% of teenagers are at increased risk of abnormalities of reproductive behavior in connection with the presence of friends, already experienced sexual intercourse. In the area of special risk are at least 11.1% of teenagers who have had experience of sexual relations. This form of deviation associated with broken relationships with parents, the risk of leaving home, the formation of chemical and non-chemical addiction.

◆ **Key words:** Adolescents; deviant behavior; early sexual activity; reproductive behavior.

◆ Информация об авторе

Калин Наталья Ивановна — аспирант кафедры клинической психологии. ФГБОУ ВПО «Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена». 191186, Санкт-Петербург, наб. реки Мойки, д. 48, корпус 11.
E-mail: tasha.kalinka@inbox.ru.

Kalin Natalya Ivanovna — Postgraduate, Department of Clinical Psychology. The federal state budget educational establishment of higher professional education "The Herzen State Pedagogical University of Russia". 48, building 11, nab. reki Moyki, St. Petersburg, 191186, Russia. E-mail: tasha.kalinka@inbox.ru.

© Д.Д. Исаев

ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России

СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К ПРОБЛЕМЕ ГЕНДЕРНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ

Резюме. Гендерная идентичность включает в себя три компонента: 1) ядерная идентичность, или анатомическая половая идентичность, 2) исполнение гендерных ролей (маскулинность/феминность) на основе индивидных особенностей; 3) особенности сексуального влечения и сексуальная ориентация. Трансгендерность и гомосексуальность характеризуются проблематизацией одной из подсистем гендерной идентичности и построением идентичности вокруг нее.

Ключевые слова: гендерная идентичность; транссексуализм; гомосексуальность; гетеронормативность.

Отечественные и зарубежные руководства по психологии и сексологии приводят определение гендерной идентичности, в котором подчеркивается лишь субъективное ощущение себя мужчиной или женщиной или же существом в некоторой неопределенной позиции между двумя полами [2, 3, 4]. Как результат, в психологической литературе существует весьма стойкое убеждение, что «маскулинность», «феминность» и «андрогинность» и есть гендерная идентичность.

Иллюзорная простота и очевидность гендерной идентичности существует лишь в рамках «нормативной» модели, которая скрывает ее сложную и неоднозначную структуру. Многочисленные определения, включая и приведенные выше, отражают социально-психологический взгляд, ставящий знак равенства между ролевой (гендерной) моделью и идентичностью. Фактически это означает, что в психологическом дискурсе произошла подмена идентичности гендерной ролью. В качестве иллюстрации можно вспомнить концепцию полоролевой идентичности [1], наглядно характеризующую эти представления. Между тем, понятно, что личностная идентичность не может сводиться к социальным ролям (к «функционально-ролевыми маскам» по С.Л. Рубинштейну [6], чем собственно и являются концепты маскулинности и феминности).

Психологическое понимание идентичности как личностного измерения, которое ориентировано на собственную уникальность и в этом смысле оказывается своеобразным противопоставлением «Я» заданным социальным моделям, требует рассмотрения вклада «природных задатков» в построение гендерной идентичности. Следует вернуться к пониманию гендерной идентичности, прежде всего, как результату эмоционально-чувственного опыта, который немыслим без желаний, потребностей и их удовлетворения, без «вместилища» этих чувств, каковым является телесное «Я» («гендерное тело»).

Это становится возможным лишь при обращении к системной, многоуровневой модели гендерной идентичности, которая должна учитывать как индивидные (конституциональные) особенности человека, его психологические характеристики, так и особенности сексуально-эротической сферы. Предлагаемый подход позволяет утверждать, что в основе конструирования гендерной идентичности лежат три подсистемы:

а) анатомический пол (и соответствующая ему ядерная гендерная идентичность);
б) личностные особенности, определяющие как качества, традиционно описываемые категориями маскулинность/феминность, так и стилевые особенности осуществления гендерных ролей;
в) чувственные предпочтения (эротическое и сексуальное влечение), включая сексуальную ориентацию.

Гендерная идентичность формируется в результате гендерной социализации (усвоения существующей гендерной схемы), однако этот процесс в значительной степени зависит от природных задатков человека. Это означает, что конструирование гендерной идентичности как

УДК: 159.92:613.88

системного образования строится на основе соотнесения своих индивидных особенностей в рамках параметров каждой подсистемы с имеющейся в социуме гендерной схемой.

В соответствии с представленной моделью можно говорить и об этапности конструирования гендера в детско-подростковом возрасте:

А) признание принадлежности к определенному (биологическому) полу становится существенным, базисным атрибутом «Я», первичным способом самокатегоризации. Переживание половой принадлежности и опыт ее освоения решается на основе принятия (или непринятия) анатомической данности.

Б) собственно гендерная социализация, как усвоение конвенциальных моделей гендерного взаимодействия (гендерных ролей). С двух-трех лет ведется «примерка» гендера и становится очевидным в какой мере существующие поведенческие модели могут быть освоены и воспроизведены.

В) переосмысление себя как субъекта и объекта сексуальности (переживания, связанные с сексуально-эротической сферой) в пубертате.

Относительная независимость каждой из подсистем делает возможным существование не только большого разнообразия гендерной идентичности, но и рассогласования между этими компонентами. Формальное осознание своей половой принадлежности и идентификацию с традиционной бинарной гендерной схемой, что характерно для многих людей, скорее можно отнести к понятию «преждевременной» идентичности (по A. Waterman [7]).

Для гетеронормативного большинства вся проблема центрируется лишь вокруг качества исполнения гендерных ролей, а различия могут быть описаны в рамках концепции «маскулинности/феминности» и понимаются лишь как ролевая адекватность. Гендерная схема гетеросексуальных женщин тяготеет к патриархатной модели, где «мужское» и «женское» являются альтернативными полюсами, а собственный образ соотносится с феминной моделью. Основными идентификационными образами, в соответствии с которыми строится гендерная идентичность гетеросексуальных женщин, являются эталонные образы лиц своего пола («Большинство женщин», «Мать», «Подруга»), а также видение своей «природной» данности («Тело», «Здоровье»). Чувственность, но не сексуальность рассматривается как важный атрибут женственности; состояние здоровья и внешняя привлекательность служат важными критериями удовлетворенности жизнью.

О «достигнутой» (зрелой) гендерной идентичности можно говорить лишь когда индивид в значительной степени внутренне дистанцировался от ролевых моделей, рассматривает их не как свою сущность, а как социальную данность, как «правила игры», которые личность должна соблюдать для того, чтобы быть хорошо адаптированной, понятой и принятой в процессе межличностного взаимодействия [5]. Чаще всего оказывается, что это становится возможным лишь в результате проблематизации одной из подсистем гендерной идентичности (прохождение через кризис идентичности).

Такой внутриличностный конфликт, наблюдаемый в последние десятилетия все чаще (рост обращений к специалистам лиц с гендерной дисфорией), связан с невозможностью и/или нежеланием некоторых людей в процессе гендерной социализации «встраиваться» в биполярную гендерную модель. Предложенная С. Бем концепция андрогинии сделала лишь робкую попытку выхода за границы одномерной концепции, но не смогла объяснить как причины существования, так и психологического содержания гомосексуальной идентичности, трансгендерности и квиридентичности.

Рост численности «атипичных» гендерных идентичностей связан с увеличением вариативности ролевых моделей, их неоднозначности, с одной стороны, и все большей ориентацией современного общества на самораскрытие человека, выявление его индивидуального личностного потенциала. В результате современный человек демонстрирует все большую готовность при проблематизации ролевого поведения к смещению выбора не в пользу традиционных моделей. Более того, именно вокруг обнаруженной проблемы и центрируется формирование идентичности.

Прошедшие через кризис построения гендерной идентичности вынуждены были проходить через этап рефлексии и дистанцирования от ролевых моделей, предлагаемых социумом, чтобы понять себя и сформировать новую конфигурацию, в которой есть большая или меньшая дистанция между «внешним» и «внутренним» («социальным» и «индивидуальным»).

Гомосексуальность и трансгендеризм — яркая иллюстрация разных вариантов конструирования гендерной идентичности в зависимости от того, что является основополагающим, категоризирующим (классифицирующим) параметром для построения гендерного «Я». Для гомосексуалов таковым является направленность влечения, а для транссексуалов — гендерное своеобразие, обнаруживаемое как личностно-психологические качества, которые невозможно вписать в модель

приписываемого пола. Таким образом, первые центрируются вокруг сексуальности (ориентации), а вторые — вокруг гендерного своеобразия. В первой группе есть лица как с гендерными акцентуациями, так и без них, а во второй — как с гомосексуальностью, так и с бисексуальностью и гетеросексуальностью (что как раз и свидетельствует об определенной независимости подсистем гендерной идентичности). Из 210 трансгендерных мужчин (биологических женщин) только 77,6% имели четкую направленность влечения на лиц женского пола, а 14,8% имели исключительную или преимущественную направленность влечения к лицам мужского пола.

Трансгендерные мужчины характеризуются приверженностью ригидной гендерной схеме, основанной на противопоставлении мужских и женских качеств. Подобная биполярная модель не оставляет места для «промежуточных» вариантов, поэтому собственная гендерная нонконформность воспринимается как неприемлемая, что и приводит к необходимости принятия решения в соответствии с принципом «или–или». Стержневым, системообразующим для конструирования идентичности оказывается «норма» гендера в ее общепринятом понимании, воплощенная в гендерных ролях и критериях соответствия нормативной маскулинности/феминности. Обнаруживаемая трансгендерными лицами с раннего возраста психологическая близость к лицам другого пола и неготовность идти наперекор существующим социальным представлениям о «нормативности» в рамках гендерной схемы заставляет их признать свою сущность как «мужскую» и в соответствии с этим выстраивать образ «Я», развивать качества, которые этому представлению соответствуют, одновременно дистанцируясь от любых аспектов феминности. Лесбиянки (и возможность идентифицироваться с ними) отвергаются по признакам феминности и в соответствии с социальной «ненормативностью». Убедившись в невозможности «быть как все», решение проблем видится в «исправлении» тела.

Альтернативный вариант разрешения кризиса идентичности характерен для формирующейся гомосексуальности. Точкой отсчета в данной ситуации оказываются не социальные стереотипы, а представления о себе, в которых значимую роль начинает играть параметр направленности влечения.

Гендерная идентичность гомосексуальных женщин связана с принятием половой принадлежности и образа тела, однако гендерная нонконформность и гомоэротизм становятся основанием для деконструкции биполярной гендерной схемы. Смещение ценностных и идентификационных ориентаций приводит к тому, что «обычные» женщины воспринимаются как зависимые, несамостоятельные, импульсивные, уступчивые, излишне волнующиеся, неспортивные, «домашние». Мужской гендер также не служит моделью для идентификации, напротив, культурально сложившийся негативный образ ряда качеств лиц мужского пола становится краеугольным в отношении к противоположному полу. Лица мужского пола воспринимаются как эмоциональные и поведенческие антиподы себя. Им приписываются такие качества, как скрытность, напряженность, бессовестность, нелюбовь к детям, грубость, порывистость, ригидность.

Отталкиваясь от традиционной гендерной модели, гомосексуальные женщины выстраивают свою идентичность на основе противопоставления социально малопривлекательных качеств обоих полов («Они») и пытаются интегрировать их положительные качества в образ гомосексуальных женщин («Мы»). В результате гендерная схема у гомосексуальных женщин представлена не биполярной («мужское-женское»), а тернарной («мужское-женское-лесбийское») моделью, в которой образ женщины с гомосексуальной ориентацией видится как приоритетный по сравнению с гетеросексуальной женщиной.

Для лиц с гомосексуальной ориентацией альтернативная направленность влечения становится одним из важнейших параметров для построения гендерной идентичности, заставляющей проводить эмоциональную и рациональную переоценку себя в контексте культурных норм (гендерных стереотипов) и перестраивать собственное поведение (сглаживая или культивируя определенные качества или поведенческие паттерны) в той степени, в какой они идентифицируют себя с гомосексуальной субкультурой.

Таким образом, мы видим, что при всех различиях, свойственных столь разным группам, модель гендерной идентичности может быть описана как осознание своей половой принадлежности и обретение форм самопрезентации как субъекта сексуальности и представителя гендерной группы.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Алексеев Б.Е.* Полоролевое поведение и его акцентуации.— СПб.: Речь, 2006.— 144 с.
2. *Келли Г.Ф.* Основы современной сексологии. Пер. с англ.— СПб.: Питер, 2000.— 896 с.
3. *Крукс Р., Баур К.* Сексуальность. Пер. с англ.— СПб.: Прайм-Еврознак, 2005.— 480 с.
4. *Кон И.С.* Сексология.— М.: Академия, 2004.— 384 с.
5. *Лукьянов О.В.* Самоидентичность как условие устойчивости человека в меняющемся мире: Автореф. дис. ... докт. психол. наук.— Томск, 2009.— 43 с.

6. *Рубинштейн С.Л.* Бытие и сознание. Человек и мир.— СПб.: Питер, 2003. –512 с.
7. *Waterman A.S.* Identity development from adolescence to adulthood: An extension of theory and a review of research // Devel. Psychol.— 1982.— Vol. 18, N 3.— P. 341–358.

INTEGRATIVE APPROACH TO THE GENDER IDENTITY

Isayev D.D.

◆ **Resume.** Gender identity includes three components: 1) core identity or anatomic sex identity, 2) performing gender roles (masculinity/femininity) on the basis of personality characteristics; 3) the peculiarities of sexual attraction and sexual orientation. Transgender and homosexuality are characterized by questioning one of the subsystems of gender identity and followed by the construction of identity around it.

◆ **Key words:** Gender identity; trassexuality; homosexuality; heteronormativity.

◆ Информация об авторе

Исаев Дмитрий Дмитриевич — к.м.н., доцент, заведующий кафедрой клинической психологии. ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: ddimai08@mail.ru.

Isayev Dmitriy Dmitriyevich — MD, PhD, Associate professor, Head, Department of clinical psychology. Saint-Petersburg State Pediatric Medical University of Health Ministry of Russia. 2, Litovskaya St., St. Petersburg, 194100, Russian Federation. E-mail: ddimai08@mail.ru.

© Н.Ю.Цыбакова[1,2],
И.С. Мартынкевич[2]

[1] ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России
[2] ФГБУ Российский НИИ гематологии и трансфузиологии

Резюме. В данной работе представлена информация о клиническом значении высокоспецифичных хромосомных нарушений, характерных для острых лейкозов у детей и методах их идентификации.

Ключевые слова: острые лейкозы у детей; цитогенетика.

РОЛЬ ХРОМОСОМНЫХ МАРКЕРОВ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ЛЕЙКОЗОВ У ДЕТЕЙ

ВВЕДЕНИЕ

Для диагностики острых лейкозов (ОЛ) в настоящее время используется комплекс клинических и лабораторных методов. Одно из ключевых мест среди них отводится генетическим методам исследования. Каждая из морфологических групп лейкозов, выделяемых согласно современным международным классификациям, состоит из подгрупп, различающихся по типу генетических аномалий, обуславливающих ответ на проводимую терапию. Таким образом, наличие или отсутствие хромосомных аберраций является важным диагностическим и прогностическим фактором для острых лейкозов, а также позволяет осуществлять мониторинг минимальной остаточной болезни. Настоящий обзор содержит полученные на протяжении последних лет данные о роли хромосомных и молекулярных маркеров в стратификации и целенаправленной терапии ОЛ у детей.

ОСТРЫЙ ЛИМФОБЛАСТНЫЙ ЛЕЙКОЗ

В структуре гемобластозов у детей значительно преобладает острый лимфобластный лейкоз (ОЛЛ), частота которого, по данным различных авторов, составляет 75–85% [2, 3, 6]. В литературе описано несколько тысяч случаев ОЛЛ у детей с измененным кариотипом. Остановимся на основных хромосомных нарушениях.

В составе аберрантного кариотипа у детей преобладает *гипердиплоидия* [2–4]. Выделяют умеренную гипердиплоидию с числом хромосом 47–50 и массивную, характеризующуюся числом хромосом 51–67, значительно реже встречаются случаи с околотри- или околотетраплоидией. Частота массивной гипердиплоидии составляет 20–30% случаев ОЛЛ [4, 39]. Дополнительные хромосомы представлены преимущественно 4, 6, 10, 14, 17, 18, 21 и X-хромосомами [2, 4, 15]. В 50% случаев клон с массивной гипердиплоидией содержит структурные перестройки [39]. Прогноз при данном нарушении благоприятный, однако наличие дополнительных неблагоприятных структурных хромосомных нарушений ухудшает прогноз заболевания [2, 4, 15, 39]. В качестве дополнительных аномалий наблюдаются трисомия 5 хромосомы и района 1q25-q31, а также маркеры i(17q), 6q-, 9p-, 12p- ассоциированные с менее благоприятным прогнозом. Вместе с этим достоверно известно, что прогноз хуже, если в лейкозных клетках содержится 51–55 хромосом, в сравнении с 56–67 хромосомами [2, 15]. Частота умеренной гипердиплоидии 47–50, обуславливающей обычно неблагоприятное течение заболевания, составляет 15% случаев ОЛЛ у детей [4]. Чаще среди дополнительных хромосом в этом случае представлены 8, 10, 21, X [15].

Гиподиплоидный кариотип встречается примерно в 7% случаев ОЛЛ у детей и определяет неблагоприятный прогноз [37]. Окологаплоидные клоны, в которых остается только 23–29 хромосом, встречаются в 0,7–2,4% ОЛЛ. Такие лейкозы прогностически крайне неблагоприятны [26].

Транслокация t(1;19)(q23;p13) встречается в 2–5% случаев В-клеточных ОЛЛ у детей. Выделяют 2 типа транслокации: сбалансированный и несбалансированный. При последнем выявляется только

УДК: 616-006.6-053.2: 575.1

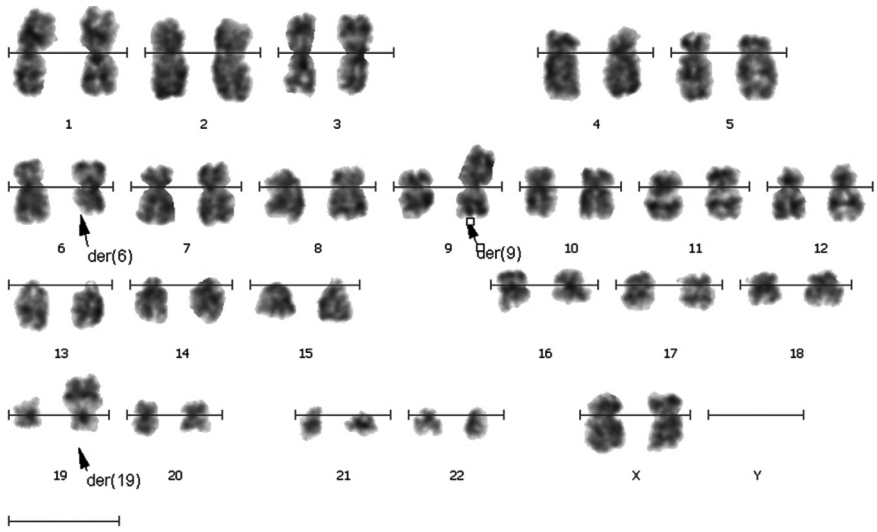


Рис. 1. Несбалансированная форма транслокации t(1;19)

один маркер — дериват 19 хромосомы, а дериват 1 хромосомы утрачивается. Наиболее часто встречается несбалансированная форма транслокации (рисунок 1) [26]. На молекулярном уровне происходит одно событие — образование слитного гена *E2A-PBX1 (TCF3/PBX1)*, продукт которого отвечает за арест дифференцировки лимфоидных клеток [2, 15]. Исторически данная аберрация ассоциировалась с неблагоприятным прогнозом, однако применение новых программ лечения привело к улучшению прогноза при t(1;19) без отличий между ее цитогенетическими вариантами [2, 21].

Транслокация t(8;14)(q24;q32), а также вариантные транслокации t(8;22)(q24;q11) и t(2;8)(p12;q24) характерны для ОЛЛ и лимфомы Беркитта. Транслокация и ее варианты приводят к перемещению гена *MYC* из области 8q24 в область гена тяжелых (14q23) или легких (2p12), (22q11) цепей иммуноглобулинов. В результате этого нарушается регуляция продукции белка, кодируемого *MYC*, что в конечном итоге приводит к опухолевой трансформации клетки. Прогноз благоприятный [2].

Перестройки короткого плеча 9 хромосомы встречаются в 7–12% случаев ОЛЛ у детей [32]. Большая часть перестроек представлена делециями, обычно утрачиваются области, где локализованы гены *p16INK4A, p15INK4B и p14ARF*, участвующие в регуляции клеточного цикла [2, 26]. В 2–4,7% случаев В-клеточных ОЛЛ у детей присутствует транслокация dic(9;20)(p13.2;q11.2). Однако данная перестройка часто бывает криптической, соответственно не выявляется при стандартном цитогенетическом исследовании и может быть обнаружена только FISH-методом. Опубликованы данные, подтверждающие значительное ухудшение прогноза при данной аномалии [51].

Транслокация t(9;22)(q34;q11) — известна как высокоспецифичная перестройка для ХМЛ. Однако при ОЛЛ она также встречается в 5% случаев у детей и 15–40% у взрослых [27, 45]. Такие лейкозы называют ph-позитивными, поскольку маркер, образующийся при данной транслокации (укороченная 22 хромосома), был открыт в Филадельфии и в честь этого города назван филадельфийской хромосомой. Прогноз заболевания при данной аберрации крайне неблагоприятный [7, 45].

Лейкозный клон при ph-позитивном ОЛЛ представлен потомками В-клеточных коммитированных предшественников, в то время как при ХМЛ лейкозный клон представляет собой потомство стволовых кроветворных клеток. В отличие от ХМЛ костный мозг при ph-позитивном остром лейкозе до начала терапии содержит какое-то количество клеток без ph-хромосомы (с нормальным кариотипом), что может использоваться для дифференциальной диагностики между бластным кризом ХМЛ и ОЛ [2].

Транслокация t(9;22) может присутствовать в составе комплексного или гипердиплоидного кариотипа, а также сочетаться с дополнительными аберрациями — der(22)t(9;22),–7, del(7q), +8. Как и при ХМЛ описаны вариантные транслокации t(9;22), которые, в свою очередь, делятся на простые и сложные. В случае простых вариантных транслокаций цитогенетически вовлекаются две хромосомы: 22 и любая другая, кроме 9. В сложные вариантные транслокации вовлекаются не менее трех хромосом, причем две из них: 9 и 22. В редких случаях химерный ген *BCR/ABL* выявляется только молекулярным методом, это так называемая криптическая транслокация t(9;22) [26]. Как вид-

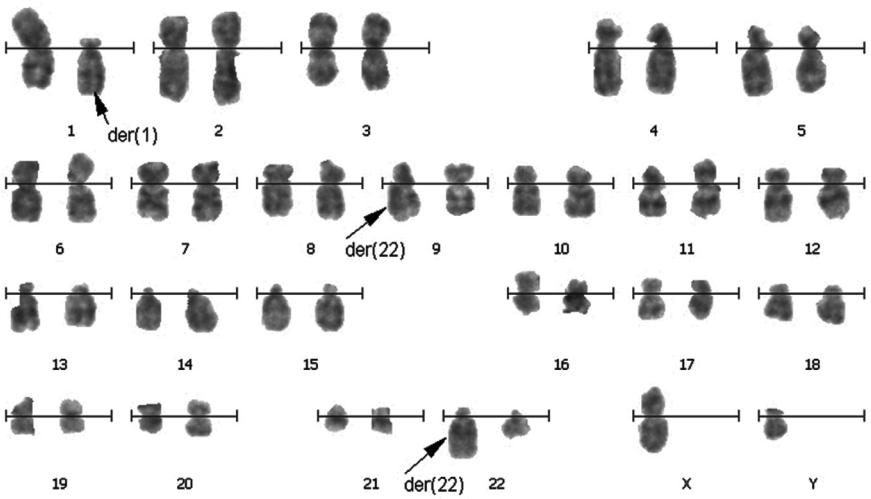


Рис. 2. Вариантная транслокация t(9;22)

но из представленной кариограммы (рисунок 2), производная 22 хромосомы, образованная вследствие сложной вариантной t(9;22) не всегда выглядит, как укороченная Ph-подобная хромосома. В связи с этим задача исследователя дифференцировать комплексный кариотип от сложной вариантной транслокации. Во всех случаях обнаружения вариантных транслокаций необходима детекция BCR/ABL химерного гена при помощи молекулярно-генетического метода (ПЦР или FISH).

На молекулярном уровне при транслокации t(9;22) образуется химерный ген *BCR/ABL*, кодирующий белок с тирозинкиназной активностью. У 50% взрослых и 20% детей с ph-позитивным ОЛЛ, как и у большинства больных ХМЛ, образуется белок P210 BCR/ABL. У большинства детей с ph-позитивным ОЛЛ разрыв на 22 хромосоме расположен ближе к центромере, в результате чего образуется белок $P190^{BCR/ABL}$ [2, 35, 37]. Данные некоторых исследователей свидетельствуют о том, что лейкоз с последним вариантом белка характеризуется меньшей склонностью к рецидивам и лучшей выживаемостью больных [19].

Перестройки с вовлечением локуса 11q23 и участием гена MLL встречаются примерно в 10% всех случаев ОЛЛ [8]. У детей первого года жизни частота их выявления достигает 79% [6, 12, 40, 46, 49]. В настоящее время на молекулярном уровне выделяют 64 транслокации [34]. Однако в 80% всех случаев MLL-позитивных острых лейкозов у детей и взрослых генами-партнерами *MLL* являются *AF4, MLLT1 (ENL), MLLT3 (AF9), MLLT4 (AF6), MLLT10 (AF10)* [34]. Следует отметить, что молекулярно-генетический метод позволяет выявить перестройки гена MLL чаще, чем хромосомный анализ, поскольку в ряде случаев эти транслокации субмикроскопические, т.е. не определяемые при стандартном кариотипировании. Кроме того, цитогенетический метод может оказаться неинформативным из-за низкого митотического потенциала лейкозных клеток.

Наиболее часто при ОЛЛ у детей встречаются t(4;11)(q21; q23)/*MLL-AF4* и t(11;19)(q23;p13)/*MLL–MLLT1* [6, 14, 18, 20, 28, 34, 40, 49]. Транслокация t(4;11)(q21;q23) характерна для детей до 1 года (более 50% от общего числа лейкозов), у детей старше года и взрослых людей с ОЛЛ она встречается в 10–15% случаев.

Кроме транслокаций, при ОЛЛ у детей старше года и взрослых в 4–9% случаев и крайне редко у детей до 1 года обнаруживается делеция 11q23 [4]. В ряде случаев делеция не затрагивает ген *MLL* или имеют место скрытые транслокации.

Результаты большинства исследователей свидетельствуют о том, что наличие любых перестроек 11q23 (*MLL*) значительно ухудшает прогноз заболевания [17, 28, 40, 41, 49]. В то же время существует мнение о неравнозначной прогностической роли различных аномалий 11q23 (*MLL*) при ОЛЛ у детей. Считается, что наиболее агрессивно протекает заболевание в случае выявления у пациентов транслокации t(4;11)/*MLL-AF4*, в то время как прогноз для больных с t(11;19)/*MLL–MLLT1* и t(9;11)/ *MLL–MLLT3* — несколько лучше [41, 42].

Транслокация t(12;21)(p13;q22) — криптическая хромосомная перестройка, не выявляемая при стандартном цитогенетическом исследовании. При данной аберрации образуется химерный ген *ETV6/RUNX1(TEL-AML1)*, идентифицируемый только ПЦР- или FISH-методами. Частота данной аномалии при В-клеточном лейкозе у детей со-

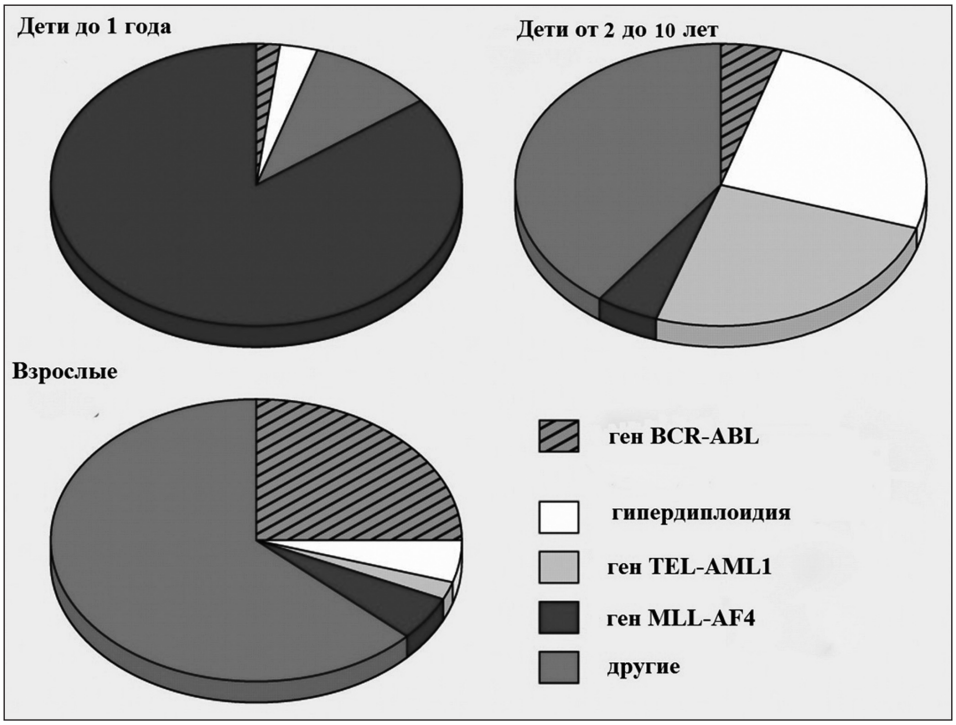


Рис. 3. Возрастные различия в частоте встречаемости специфических химерных генов при ОЛЛ [25]

ставляет 25% [24, 48]. Большинство пациентов в возрасте 3–6 лет. Прогноз хороший [24]. Наиболее частыми вторичными изменениями являются потери 6q, 8p, 9p, 11q, 12p, 13q, всей X-хромосомы и трисомии 10, 16 или 21 хромосомы [23].

На рисунке 3 наглядно представлено, что спектр хромосомных аберраций, встречающихся при ОЛЛ у детей, значительно отличается не только от взрослых, но и в разных возрастных группах. Это необходимо учитывать при молекулярно-генетической диагностике, особенно когда митозы отсутствуют или неудовлетворительного качества.

ОСТРЫЕ МИЕЛОИДНЫЕ ЛЕЙКОЗЫ

Для ОМЛ характерна выраженная цитогенетическая гетерогенность. Кроме того, частота многих неслучайных хромосомных перестроек составляет менее 1%. По указанной причине клиническое значение отдельных аберраций изучено не в полной мере. Важно также отметить, что группа ОМЛ с одной и той же аномалией кариотипа состоит из подгрупп, отличающихся между собой по присутствию тех или иных мутаций (*FLT3, NPM1, KIT* и др.).

Транслокация t(1;22)(p13;q13) — специфичная для варианта M7 перестройка, выявляемая преимущественно у детей до 1 года и редко в более старшем возрасте. Ее частота составляет до 3% детских ОМЛ. Описаны случаи, когда при нормальном кариотипе наблюдался молекулярный эквивалент данной траслокации — химерный ген *OTT-MAL*. Прогноз плохой [10].

Аномалии длинного плеча 3 хромосомы могут встречаться при различных морфологических вариантах ОМЛ. Лучше других изучены inv(3)(q21;q26) и t(3;3)(q21;q26), которые у взрослых пациентов связаны с неблагоприятным прогнозом. У детей прогностическое значение данных аберраций (промежуточный или высокий риск) остается неясным [5, 27, 50]. На молекулярном уровне образуется химерный ген *RPN1-EVI1*, играющий решающую роль в развитии лейкоза. Перестройки 3q нередко сочетаются с моносомией 7 хромосомы, отрицательное прогностическое значение которой твердо установлено.

Транслокация t(6;9)(p23;q34) встречается в 1–2% ОМЛ и ассоциирована с неблагоприятным прогнозом [50]. На молекулярном уровне выявляется *DEK-CAN* химерный ген. Следует отметить, что мутация *FLT3* значительно чаще обнаруживается в сочетании с транслокацией t(6;9), чем во всей группе ОМЛ [38].

Аномалии 7 хромосомы. Моносомия 7 хромосомы в изолированном виде встречается в 2–7% случаев ОМЛ, преимущественно при вариантах M4 и M6 [2]. Делеция длинного плеча 7 хромосомы встречается в 4 раза реже [2]. На основании результатов недавних исследований ОМЛ с моносомией 7 рекоменду-

ется относить к группе плохого прогноза, в то время как делецию 7q в группу промежуточного прогноза [27, 50]. Прогностически крайне неблагоприятно сочетание моносомии 7 с нарушениями 5 хромосомы. В ряде случаев встречается маскированная моносомия 7, которая регистрируется только методом FISH в интерфазных ядрах.

Трисомия 8 хромосомы самая распространенная трисомия при лейкозах, встречающаяся с частотой 5–10% от всех случаев ОМЛ. Прогностическое значение данной аберрации остается спорным: одни авторы относят ее к промежуточным признакам, другие — к неблагоприятным [11, 27, 50]. Часто трисомия 8 хромосомы выявляется как вторичное изменение в процессе клональной эволюции.

Транслокация t(8;21) — одна из наиболее частых специфических аномалий с благоприятным прогнозом, ее обнаруживают примерно у 10–40% детей и 4–5% взрослых с ОМЛ [4, 43]. Эта аномалия ассоциирована с морфологическим вариантом ОМЛ-М2, однако иногда обнаруживается при М1, М4 и М5 вариантах. В результате транслокации образуется химерный ген *RUNX1/RUNX1T1* (ранее *AML1-ETO*), продукт которого ингибирует транскрипцию дифференцирующих факторов миелоидных клеток. Химерный транскрипт *AML1/ETO* может встречаться также у пациентов с вариантными транслокациями t(2;21;8)(p12;q22;q22), t(8;10;21)(q22;q26), t(6;8;21)(p22;q22;q22) и у пациентов с нормальным кариотипом в результате криптической транслокации [22].

В 50–80% случаев транслокация t(8;21) сопровождается дополнительными аномалиями кариотипа: к наиболее характерным из них относятся потеря половой хромосомы, del(9q) и трисомия 8-й хромосомы [31]. Данные о влиянии дополнительных аномалий на прогноз заболевания достаточно противоречивы. Известно, что хромосомные аномалии, затрагивающие 7-ю и 11-ю хромосомы являются неблагоприятным прогностическим фактором [1]. Рядом исследователей доказана ассоциация экспрессии ITD-*FLT3* с высоким риском неудачи терапии [29, 33, 53]. Также существенно ухудшает прогноз заболевания, особенно у пациентов с t(8;21), активирующая мутация рецептора c-kit, наиболее часто встречающаяся при так называемых «CBF-лейкозах»: при inv(16) — в 20%, при t(8;21) — в 6% случаев [13].

Перестройки с вовлечением района 11q23 и участием гена MLL, так же как и при ОЛЛ, являются самыми частыми генетическими нарушениями у детей, больных ОМЛ, и составляют 15–20% всех случаев [9]. Течение заболевания в этой группе лейкозов зависит от различных факторов, например,

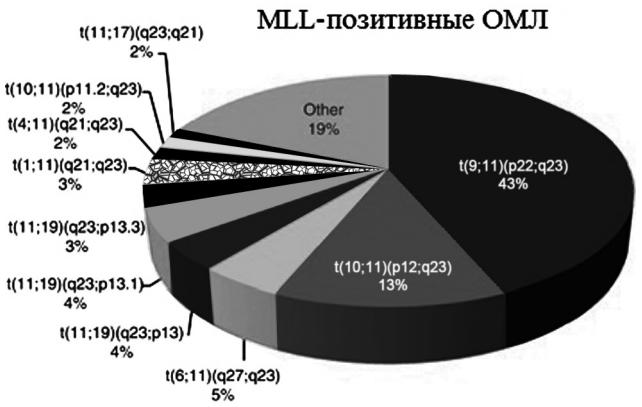


Рис. 4. Частота встречаемости специфических транслокаций с участием гена MLL у детей с ОМЛ [9]

исходного лейкоцитоза, возраста пациента, дополнительных хромосомных аберраций и транслокационного партнера. По вопросу о прогностическом значении ряда транслокаций литературные данные противоречивы. Последние исследования подтверждают благоприятный прогноз при транслокациях t(1;11)(q21;q23) и t(9;11)(p21;q23) и неблагоприятный при t(10;11)(p12;q23) и t(6;11)(q27;q23) [9].

Следует отметить, что частота встречаемости отдельных повторяющихся транслокаций с участием района 11q23 различается при ОМЛ и ОЛЛ.

Примерно 50% всех случаев детских MLL-позитивных ОМЛ составляет t(9;11)(p22;q23). Другие 50% преимущественно включают t(6;11)(q27;q23), t(10;11)(p12;q23), t(11;19)(q23;p13.1) и t(11;19)(q23;p13.3) (рисунок 4) [44].

Это распределение почти идентично во всех возрастных группах, исключение составляет t(6;11)(q27;q23), которая чаще обнаруживается у взрослых пациентов [36].

Помимо транслокаций с образованием химерных генов и делеций, в 1–10% случаев ОМЛ у детей и 5–10% у взрослых встречаются частичные тандемные дупликации гена MLL, что обуславливает у пациентов неблагоприятное течение заболевания [47].

Учитывая диагностическую и прогностическую значимость перестроек гена MLL, необходимо использовать весь комплекс методов для их выявления: стандартное цитогенетическое исследование, ПЦР и FISH.

Транслокация t(15;17)(q22;q21) — высокоспецифичная аберрация для острого промиелоцитарного лейкоза (ОПЛ) у детей и взрослых, идентифицируемая в более 90% случаев, у 5–7% больных характерный ген *PML/RARα* может быть выявлен только молекулярно-генетическим методом [2]. Данная перестройка не наблюдается при других гемобластозах и является важным фактором в дифференциальной диагностике ОМЛ.

При транслокации t(15;17) образуется 2 химерных гена: *PML/RARα* на деривате 15 хромосомы и *RARα/PML* на деривате 17 хромосомы. Разрывы гена *RARα* во всех случаях локализуются во втором интроне, в то время как разрывы гена *PML* могут находиться в трех разных точках (интрон 3, интрон 6, экзон 6). Следовательно, возможно формирование трех типов транскриптов химерного гена: Bcr-1 (длинный), Bcr-2 (вариабельный) и Bcr-3 (короткий). Частота выявления первого и третьего транскриптов гена *PML/RARα* 55 и 40% соответственно, второй тип транскрипта обнаруживается в 5–8% всех случаев ОПЛ [2]. Большинство исследователей отрицает связь между типом транскрипта и ответом на терапию, хотя существует точка зрения о неблагоприятном прогностическом значении Bcr-3-транскрипта. Идентификация типа транскрипта в дебюте заболевания — неотъемлемая часть успешного мониторинга минимальной остаточной болезни методом ПЦР.

Менее чем в 5% случаев у больных ОПЛ выявляются атипичные транслокации: t(11;17)(q23;q12), в результате которой образуется ген *ZBTB16-RARα*, t(5;17)(q35;q12) — ген *NPM1-RARα*, t(11;17)(q13;q12) — ген *NUMA1-RARα*, t(4;17)(q12;q21) — ген *FIP1L1-RARα,* интерстициальная дупликация 17 хромосомы, приводящая к образованию *STAT5B-RARα*-гена, или скрытая перестройка 17 хромосомы с образованием гена *PRKAR1A-RARα* [16, 30, 52]. Поскольку вариантные транслокации встречаются редко, убедительных данных в литературе об их прогностическом значении нет.

В 29–37% случаев транслокация t(15;17) сопровождается дополнительными хромосомными аберрациями: трисомия 8 хромосомы, изодериват 17 хромосомы, делеция длинного плеча 9 хромосомы. Трисомия 8 хромосомы и изодериват 17 не влияют на прогноз заболевания, в то время как делеция 9 хромосомы ухудшает прогноз [4].

Инверсия inv(16)(p13q22) и транслокация t(16;16)(p13;q22), приводящие к образованию химерного гена *CBFbeta-MYH11* входят также в группу хромосомных аномалий, определяющих относительно благоприятный прогноз при ОМЛ [15]. Эти аномалии патогномоничны для своеобразной формы ОМЛ с гиперэозинофилией и наблюдаются в 40% случаев ОМЛ-М4 и значительно реже при других вариантах ОМЛ. При стандартном цитогенетическом исследовании эту хромосомную аномалию удается обнаружить лишь на препаратах очень высокого качества. Чтобы избежать ложноположительных и ложноотрицательных результатов рекомендуется дополнительное использование FISH- и ПЦР-методов [2].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Приведенные данные показывают, какое важное место занимают цитогенетические и молекулярно-генетические исследования в диагностике и определении прогностических особенностей течения острых лейкозов у детей. Значение хромосомного анализа невозможно переоценить, однако остается еще много вопросов, требующих решения. Таких как оценка практического значения редких повторяющихся аберраций и мутаций, разработка рациональных протоколов мониторинга минимальной остаточной болезни, поиск новых мишеней для таргентной терапии острых лейкозов у детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Калинина И.И., Шнейдер М.М., Кирсанова Н.П.* и др. Клинические и генетические особенности острого миелоидного лейкоза с t(8;21) у детей и результаты терапии по протоколу ОМЛ-ММ-2000 // Онкогематология.– 2011.– № 1.– С. 11–20.
2. *Менткевич Г.Л., Маякова С.А.* Лейкозы у детей – М.: Практическая медицина, 2009.– 384 с.
3. *Мерзлова Н.Б., Меркурьев Д.В., Батурин В.И.* и др. Структура и генетико-иммунологические особенности острых лейкозов у детей в Пермском крае // Детская больница.– 2011.– № 1.– С. 22–27.
4. *Ольшанская Ю.В., Домрачева Е.В.* Хромосомные перестройки при острых лейкозах. – М.: МЕДпресс-информ, 2006.– 112 с.
5. *Флейшман Е.В., Сокова О.И., Попа А.В.* и др. Хромосомная транслокация t(8;21) при остром миелоидном лейкозе у детей: прогностическое значение дополнительных аномалий кариотипа // Вестник Российской академии медицинских наук.– 2009.– № 6.– С. 9–16.
6. *Цаур Г.А., Попов А.М., Алейникова О.В.* и др. Характеристика перестроек 11q23 (MLL) у детей первого года жизни с острым лимфобластным лейкозом // Онкогематология. – 2011.– № 3.– С. 57–56.
7. *Aricò M., Valsecchi M.G., Camitta B.* et al. Outcome of treatment in children with Philadelphia chromosome-positive acute lymphoblastic leukemia // N. Engl. J. Med.– 2000. – Vol. 342, N 14.– P. 998–1006.
8. *Armstrong S., Look A.* Molecular genetics of acute lymphoblastic leukemia // J. Clin. Oncol. – 2005. – Vol. 23. – P. 6306–6315.
9. *Balgobind B.V., Zwaan C.M., Pieters R., Van den Heuvel-Eibrink M.M.* The heterogeneity of pediatric MLL-rearranged acute myeloid leukemia // Leukemia.– 2011.– Vol. 25, N 8.– P. 1239–1248.
10. *Bernstein J., Dastugue N., Haas O.A.* et al. Nineteen cases of the t(1;22)(p13;q13) acute megakaryoblastic leukaemia of infants/children and a review of 39 cases: report from a t(1;22) study group // Leukemia.– 2000. – Vol. 14.– P. 216–218.

11. *Betts D.R., Ammann R.A., Hirt A.* et al. The prognostic significance of cytogenetic aberrations in childhood acute myeloid leukaemia. A study of the Swiss Paediatric Oncology Group (SPOG) // European J. Haematology. — 2007. — Vol. 78.— P. 468–476.
12. *Biondi A., Cimino G., Pieters R., Pui C.-H.* Biological and therapeutic aspects of infant leukemia // Blood.— 2000. — Vol. 96.— P. 24–33.
13. *Boissel N., Leroy H., Brethon B.* et al. Incidence and prognostic impact of c-Kit, FLT3, and Ras gene mutations in core binding factor acute myeloid leukemia (CBF-AML) // Leukemia. — 2006. — Vol. 20, N 6.— P. 965–970.
14. *Borkhardt A., Wuchter C., Viehmann S.* et al. Infant acute lymphoblastic leukemia — combined cytogenetic, immunophenotypical and molecular analysis of 77 cases // Leukemia.— 2002. — Vol. 16.— P. 1685–1690.
15. *Braoudaki M., Tzortzatou-Stathopoulou F.* Clinical Cytogenetics in Pediatric Acute Leukemia: An Update // Clin. Lymphoma Myeloma Leuk.— 2012. — Vol. 12, N 4.— P. 230–237.
16. *Catalano A., Dawson M.A., Somana K.* et al. The PRKAR1A gene is fused to RARA in a new variant acute promyelocytic leukemia // Blood.— 2007.— Vol. 110.— P. 4073–4076.
17. *Chen C.-S., Sorensen P., Domer P.* at el. Molecular rearrangements on chromosome 11q23 predominate in infant acute lymphoblastic leukemia and are associated with specific biologic variables and poor outcome // Blood.— 1993.— Vol. 81.— P. 2386–2393.
18. *Chessells J., Harrison C., Kempski H.* et al. Clinical features, cytogenetics and outcome in acute lymphoblastic and myeloid leukaemia of infancy: report from the MRC Childhood Leukaemia working party // Leukemia. — 2002.— Vol. 16.— P. 776–784.
19. *Cimino G., Pane F., Elia L.* et al. The role of BCR/ABL isoforms in the presentation and outcome of patients with Philadelphia-positive acute lymphoblastic leukemia: a seven-year update of the GIMEMA 0496 trial // Haematologica.— 2006.— Vol. 91.— P. 377–380.
20. *Emerenciano M., Arias D., Coser V.* et al. Molecular cytogenetic findings of acute leukemia included in the Brazilian collaborative study group of infant acute leukemia // Pediatr. Blood Cancer.— 2006. — Vol. 47. — P. 549–554.
21. *Felice M.S., Gallego M.S., Alonso C.N.* et al. Prognostic impact of t(1;19)/TCF3–PBX1 in childhood acute lymphoblastic leukemia in the context of Berlin–Frankfurt–Münster-based protocols // Leuk. Lymphoma. — 2011.— Vol. 52, N 7.— P. 1215–1221.
22. *Ferrara F., Del Vecchio L.* Acute myeloid leukemia with t(8;21)/AML1/ETO: a distinct biological and clinical entity // Haematologica.— 2002.— Vol. 87.— P. 306–319.
23. *Forestier E., Andersen M.K., Autio K.* et al. Cytogenetic patterns in ETV6/RUNX1-positive pediatric B-cell precursor acute lymphoblastic leukemia: a Nordic series of 245 cases and review of the literature // Genes Chromosomes Cancer.— 2007.— Vol. 46, N 5.— P. 440–450.
24. *Forestier E., Heyman M., Andersen M.K.* et al. Outcome of ETV6/RUNX1-positive childhood acute lymphoblastic leukaemia in the NOPHOALL- 1992 protocol: frequent late relapses but good overall survival // British Journal of Haematology.— 2008.— Vol. 140. — P. 665–672.
25. *Greaves M.* Science, medicine, and the future childhood leukaemia // BMJ.— 2002. — Vol. 324. — P. 283–287.
26. *Harrison C.J., Foroni L.* Cytogenetics and molecular genetics of acute lymphoblastic leukemia // Rev. Clin. Exp. Hematol.— 2002. — Vol. 6.— P. 91–113.
27. *Harrison C.J., Hills R.K., Moorman A.V.* et al. Cytogenetics of Childhood Acute Myeloid Leukemia: United Kingdom Medical Research Council Treatment Trials AML 10 and 12 // J. Clin. Oncol.— 2010. — Vol. 28, N 16. — P. 2674–2681.
28. *Hilden J., Dinndorf P., Meerbaum S.* et al. Analysis of prognostic factors of acute lymphoblastic leukemia in infants: report on CCG 1953 from the Children's Oncology Group // Blood.— 2006.— Vol. 108. — P. 441–451.
29. *Kondo M., Horibe K., Takahashi Y.* et al. Prognostic value of internal tandem duplication of the FLT3 gene in childhood acute myelogenous leukemia // Med. Pediatr. Oncol. — 1999. — Vol. 33, N 6.— P. 525–529.
30. *Kondo T., Mori A., Darmanin S.* et al. The seventh pathogenic fusion gene FIP1L1-RARA was isolated from a t(4;17)-positive acute promyelocytic leukemia // Haematologica.— 2008. — Vol. 93.— P. 1414–1416.
31. *Lin P., Chen L., Luthra R.* et al. Acute myeloid leukemia harboring t(8;21)(q22;q22): a heterogeneous disease with poor outcome in a subset of patients unrelated to secondary cytogenetic aberrations // Modern Pathology.— 2008. — Vol. 21.— P. 1029–1036.
32. *Martinez-Climent J.A.* Molecular cytogenetics of childhood hematological malignancies // Leukemia.— 1997.— Vol. 11. — P. 1999–2021.
33. *Meshinchi S., Alonzo T.A., Stirewalt D.L.* et al. Clinical implications of FLT3 mutations in pediatric AML // Blood. — 2006. — Vol. 108, N 12. — P. 3654–3661.
34. *Meyer C., Kowarz E., Hofmann J.* et al. New insights to the MLL recombinome of acute leukemias // Leukemia.— 2009 — Vol. 23.— P. 1490–1499.
35. *Mrózek K., Heerema N.A., Bloomfield C.D.* Cytogenetics in acute leukemia // Blood Rev. — 2004.— Vol. 18.— P. 115–136.
36. *Mrozek K., Heinonen K., Lawrence D.* et al. Adult patients with de novo acute myeloid leukemia and t(9; 11)(p22;q23) have a superior outcome to pa-

tients with other translocations involving band 11q23: a cancer and leukemia group B study // Blood.— 1997.— Vol. 90.— P. 4532–4538.
37. *Nordgren A.* Hidden aberrations diagnosed by interphase fluorescence in situ hybridization and spectral karyotyping in childhood acute lymphoblastic leukaemia // Leuk. Lymphoma.— 2003.— Vol. 44.— P. 2039–2053.
38. *Oyarzo M., Lin P., Glassman A.* et al Acute myeloid leukemia with t(6;9)(p23;q34) is associated with dysplasia and a high frequency of FLT3 gene mutations // Am. J. Clin. Pathol.— 2004. — Vol. 122.— P. 348–358.
39. *Paulsson K., Johansson B.* High hyperdiploid childhood acute lymphoblastic leukemia // Genes Chromosomes Cancer. — 2009. — Vol. 48. — P. 637–660.
40. *Pieters R., Schrappe M., De Lorenzo P.* et al. A treatment protocol for infants younger than 1 year with acute lymphoblastic leukaemia (Interfant-99): an observational study and a multicentre randomised trial // Lancet.— 2007.— Vol. 370, N 9583.— P. 240–250.
41. *Pui C.-H., Chessells J., Camitta B.* et al. Clinical heterogeneity in childhood acute lymphoblastic leukemia with 11q23 rearrangements // Leukemia.— 2003. — Vol. 17.— P. 700–706.
42. *Pui C.-H., Gaynon P., Boyett J.* et al. Outcome of treatment in childhood acute lymphoblastic leukaemia with rearrangements of the 11q23 chromosomal region // Lancet.— 2002. — Vol. 359. — P. 1909–1915.
43. *Pui C.H., Schrappe M., Ribeiro R.C.* et al. Childhood and adolescent lymphoid and myeloid leukemia // Hematology Am. Soc. Hematol. Educ. Program. — 2004.— P. 118–145.
44. *Raimondi S.C., Chang M.N., Ravindranath Y.* et al. Chromosomal abnormalities in 478 children with acute myeloid leukemia: clinical characteristics and treatment outcome in a cooperative pediatric oncology group study-POG 8821 // Blood.— 1999.— Vol. 94.— P. 3707–3716.
45. *Ravandi F., Kebriaei P.* Philadelphia chromosome-positive acute lymphoblastic leukemia // Hematol. Oncol. Clin. North. Am.— 2009.— Vol. 23.— P. 1043–1063.
46. *Reaman G., Zeltzer P., Bleyer W.* et al. Acute lymphoblastic leukemia in infants less than one year of age: a cumulative experience of the Children's Cancer Study Group // J. Clin. Oncol.— 1985.— Vol. 3.— P. 1513–1521.
47. *Shih L.Y., Liang D.C., Fu J.F.* et al. Characterization of fusion partner genes in 114 patients with de novo acute myeloid leukemia and MLL rearrangement // Leukemia.— 2006.— Vol. 20.— P. 218–223.
48. *Shurtleff S.A., Buijs A., Behm F.G.* et al. TEL/AML1 fusion resulting from a cryptic t(12;21) is the most common genetic lesion in pediatric ALL and defines a subgroup of patients with an excellent prognosis // Leukemia.— 1995.— Vol. 9.— P. 1985–1989.
49. *Tomizawa D., Koh K., Sato T.* et al. Outcome of risk-based therapy for infantacute lymphoblastic leukemia with or without an MLL gene rearrangement, with emphasis on late effects: a final report of two consecutive studies, MLL96 and MLL98, of the Japan Infant Leukemia Study Group // Leukemia.— 2007. — Vol. 11.— P. 2258–2263.
50. *Von Neuhoff C., Reinhardt D., Sander A.* et al. Prognostic Impact of Specific Chromosomal Aberrations in a Large Group of Pediatric Patients With Acute Myeloid Leukemia Treated Uniformly According to Trial AML-BFM 98 // J. Clin. Oncol.— 2010.— Vol. 28, N 16.— P. 2682–2689.
51. *Zachariadis V., Gauffin F., Kuchinskaya E.* et al.The frequency and prognostic impact of dic(9;20)(p13.2;q11.2) in childhood B-cell precursor acute lymphoblastic leukemia: results from the NOPHO ALL-2000 trial // Leukemia.— 2011.— Vol. 25.— P 622–628.
52. *Zelent A., Guidez F., Melnick A.* et al. Translocations of the RARalpha gene in acute promyelocytic leukemia // Oncogene.— 2001.— Vol. 20.— P. 7186–7203.
53. *Zwaan C.M., Meshinchi S., Radich J.P.* et al. FLT3 internal tandem duplication in 234 children with acute myeloid leukemia: prognostic significance and relation to cellular drug resistance // Blood.— 2003.— Vol. 102, N 7.— P. 2387–2394.

THE ROLE OF CYTOGENETIC MARKERS IN THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CHILDHOOD ACUTE LEUKAEMIA

Tsybakova N.Y., Martynkevich I.S.

◆ **Resume.** In the present article the clinical significance of most chromosomal aberrations associated with childhood acute leukaemia and the current methods used for their identification are considered.

◆ **Key words:** Childhood acute leukaemia; cytogenetic.

◆ Информация об авторах

Цыбакова Наталья Юрьевна — н. с. лаборатории молекулярной генетики, заочный аспирант кафедры медицинской генетики СПб ГПМУ. ФГБУ «Российский НИИ гематологии и трансфузиологии». 191024, Санкт-Петербург, ул. 2-я Советская, д. 16. E-mail: nc23397@mail.ru.

Мартынкевич Ирина Степановна — д.б.н., руководитель лаборатории молекулярной генетики. ФГБУ «Российский НИИ гематологии и трансфузиологии». 191024, Санкт-Петербург, ул. 2-я Советская, д. 16. E-mail: genetics.spb@mail.ru.

Tsybakova Natalya Yuryevna — senior (junior) researcher, Laboratory of Molecular Genetics, postgraduate student at the Department of Genetic St.Petersburg State Pediatric Medical University. Russian Research Institute of Hematology and Transfusiology. 16, 2-ya Sovetskaya St., St. Petersburg, 191024, Russia. E-mail: nc23397@mail.ru.

Martynkevich Irina Stepanovna — Ph.D, Head, Laboratory of Molecular Genetics. Russian Research Institute of Hematology and Transfusiology. 16, 2-ya Sovetskaya St., St. Petersburg, 191024, Russia. E-mail: genetics.spb@mail.ru.

© А.Н. Корнев

ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России

Резюме. Статья посвящена описанию основных направлений психологической помощи детям с недоразвитием речи. Проводится анализ основных компонентов недоразвития речи как формы психического дизонтогенеза. Рассматриваются основные психобиологические, интра- и интерпсихические детерминаты дизонтогенеза. Подчеркивается важность одного из направлений помощи — психологическая работа с семьей.

Ключевые слова: дети; речь; язык; недоразвитие; психологическая помощь; семья.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ СЕМЬЕ КАК ОДНО ИЗ НАПРАВЛЕНИЙ АБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С НЕДОРАЗВИТИЕМ РЕЧИ

Недоразвитие речи у детей это не просто дефект речи. Это целый комплекс когнитивных, языковых, коммуникативных, эмоциональных, соматопсихических, социальных проблем, изменяющих весь жизненный уклад ребенка. По существу это определяет качество жизни ребенка, его социальный статус. У здоровых детей, с того момента, когда начинает формироваться речь, появляется не только новое средство общения, но и новая форма репрезентации внутреннего мира, собственных переживаний [15]. С другой стороны, они обретают новое средство получения знаний об окружающем мире, которые не могут получить в непосредственном опыте. Владение речью дает возможность через социальное взаимодействие приобрести социальный опыт, познать законы социального взаимодействия между людьми. Умело пользуясь этим, дети приобретают определенный статус в макро- и микросоциуме, среди взрослых и сверстников. Умение эффективно строить дискурс в процессе социальных интеракций сильно влияет на статус ребенка в среде сверстников [11].

Как показал системно-динамический анализ онтогенеза, у многих детей с недоразвитием речи овладение социально ориентированным дискурсом происходит иначе, с опозданием, менее благополучно, нередко становится источником хронической фрустрации [4]. Причина этого понятна: у них нарушено формирование самой значимой в социальном и психологическом смысле функции — коммуникативно-речевой. Все виды социального взаимодействия, как со взрослыми, так и со сверстниками происходят посредством вербальной коммуникации. Поскольку у большинства детей с недоразвитием речи (далее — НР) это слабое место, социальные интеракции у них происходят недостаточно успешно. Практически у всех это снижает в той или иной степени социальную успешность, приводит к низкому социальному статусу, социальной дезадаптации, проявляющейся как на уровне микро-, так и макросоциума. Сложность положения таких детей усугубляется тем фактом, что в силу сложившегося стереотипа мышления общество склонно видеть лишь верхушку этого айсберга — речевой недостаток ребенка, не подозревая обо всех остальных проблемах, переживаниях в его жизни. Именно поэтому сложилось ошибочное представление, что все, в чем нуждаются дети с недоразвитием речи, это логопедическая помощь.

Учитывая наличие широкого круга проблем, имеющихся у таких детей, оказание помощи следует рассматривать шире — как абилитацию, то есть формирование *широкого круга способностей, необходимых для нормальной жизнедеятельности*. Конечная цель — повышение уровня адаптивности — достигается за счет опоры на сохранные функции, формирование коммуникативных навыков с учетом тех речевых и неречевых возможностей, которые имеются у ребенка, создания резервных средств коммуникации. Все это невозможно осуществить в полной мере, не затрагивая самую значимую для ребенка сферу — семью, отношения с родителями.

Давно известно, что недоразвитие речи у детей — это состояние, имеющее высокую коморбидность. Частота нарушений поведения, трудностей в обучении, эмоциональных и невротических рас-

УДК: 616.899-053.2

стройств у них значительно выше, чем в общей популяции [19]. Все эти проявления дезадаптации, с одной стороны, в той или иной степени зависят, а с другой — затрагивают внутрисемейные отношения. Для того, чтобы лучше понять у таких детей проблемные сферы в детско-родительских отношениях и их механизм, необходимо провести анализ патогенеза и психологических механизмов психологической дезадаптации. Данные литературы и собственные исследования позволили разработать мультифакторную модель дизонтогенеза при НР [4, 5]. Согласно этой модели совокупность проявлений дизонтогенеза, наблюдаемых у детей с недоразвитием речи, определяется одновременно несколькими патогенетическими механизмами, приведенными ниже.

а) Церебрально-органические факторы, то есть характер и структура повреждения мозга. Очаговые поражения головного мозга по-разному влияют на особенности формирующегося коммуникативного, эмоционального и когнитивного поведения в зависимости от локализации очага [18]. Например, правополушарный дефицит приводит к снижению семантически-прагматической компетенции, социальной интуиции [13, 17]. При преимущественном поражении левого полушария в большей мере страдает вербальное научение, а интуитивно-практическое — остается сохранным.

Наличие диффузного повреждения головного мозга является неблагоприятным обстоятельством, так как снижает когнитивные, энергетические ресурсы и адаптивные возможности ребенка, является причиной возникновения определенных патологических форм аффективного реагирования (аффективной неустойчивости, дистимии), приводит к церебрастении. Довольно часто это сопровождается явлениями гиперактивности, нарушениями внимания. Уже одних этих перечисленных обстоятельств достаточно для возникновения состояния дезадаптации [1, 2, 9]. В сочетании с нарушениями речевой коммуникации это нередко приводит к формированию невротических и неврозоподобных расстройств, патологических форм поведения, патохарактерологического развития и даже психопатоподобных состояний.

б) Генетические детерминанты, которые, возможно, предопределяют не только аномальное формирование когнитивной и языковой систем, но и определенные психопатологические синдромы, затрагивающие личностную (в узком, клиническом смысле слова) сферу. Например, своеобразную форму психического инфантилизма. По нашим данным, это наблюдается у подавляющего большинства детей с моторной алалией, проявляясь в виде благодушия, беспечности, иногда несколько повышенного фона настроения. Почти в половине случаев у них в родословной встречались родственники с речевой патологией, что дает основания полагать, что инфантилизм у этих детей тоже может быть генетически детерминирован [7, 8].

в) Психосоциальные фрустрационные и депривационные факторы. Дефицит общения и недостаточная успешность владения прагматикой общения (то есть коммуникативная депривация и фрустрация) приводят к дисгармонии формирования личности и когнитивной сферы. Кроме того, у таких детей складывается неполноценная система вербальной репрезентации сложившихся представлений о мире, играющая весьма важную роль как в личностном формировании, так и в развитии познавательной сферы [14].

Как известно, одним из главных источников фрустрации является невозможность удовлетворить индивидуально или социально значимые потребности, добиться осуществления значимых целей. Особенностью патологии речевого развития является тот факт, что неполноценными оказываются те виды способностей, которые высоко востребованы в обществе, существенно влияют на социальный статус. Коммуникативная компетентность имеет большое значение как в неформальных, так и формальных социальных интеракциях. Особенно большое место занимает вербальная коммуникация в системе школьного обучения. Положение ребенка даже с легкими проявлениями языковой недостаточности в системе школьного обучения заставляет его идти на разнообразные уловки и хитрости, чтобы скрыть недостаточное понимание синтаксически и терминологически сложных монологов учителя. Порой он длительное время скрывает свое непонимание предмета, а это становится причиной растущей педагогической запущенности, и трудности нарастают как снежный ком. Дети с языковой недостаточностью плохо усваивают высокоабстрактные, категориальные понятия, а ими изобилует современная школьная программа.

г) Интрапсихические факторы — психологические рефлексивные переживания ребенком собственной неадаптированности, ущербности. В психологической и психиатрической литературе, посвященной детям с проявлениями когнитивной, эмоционально-волевой незрелости, как правило, недооценивается их способность достаточно глубоко переживать собственную неприспособленность. Внешняя беспечность, благодушие довольно часто оказываются компенсаторными, защитными реакциями. Они в чем-то схожи с известными психогенными реакциями по типу пуэрилизма, которые

могут наблюдаться у вполне интеллектуально сохранных взрослых и детей. В основе лежат формы психологической защиты по типу подавления и вытеснения [10]. Достаточно рано у детей с ТНР становится заметной высокая фрустрационная уязвимость [12, 14]. Это выражается в логофобии, негативистических реакциях на тестирующие вопросы типа: «Скажи... », «Как это называется?», «Составь рассказ по картинке» и т. п. Не умея правильно произнести слово, ребенок предпочитает промолчать и не ответить на вопрос. В школе это усугубляется нарушениями чтения и письма [3, 4].

д) Интерпсихические факторы — реакция микро- и макросоциума на проявления речевой и когнитивной недостаточности у ребенка. В рамках описанной выше «интерактивной модели» значимость этих реакций для ребенка с НР представляется особенно важной. К сожалению, уровень толерантности как родителей, так и педагогов к недостаткам ребенка весьма часто оказывается невысоким. В реакциях взрослых дети нередко сталкиваются больше с поучениями или критикой своей несостоятельности, чем с деликатной психологической поддержкой. Чем больше такого негативного опыта в анамнезе у ребенка, тем сильнее обычно выражена логофобия. Попав в общеобразовательную школу, такой ребенок сталкивается с жесткой оценочной системой, где приоритетны как раз наиболее слабые у него категории способностей. В результате, типичные для детей с НР недостатки делают их социально маркированными, что усугубляет состояние школьной и социальной дезадаптации.

Вышеописанные разнообразные психологические проблемы, возникающие в жизни ребенка с недоразвитием речи, являются достаточно веским аргументом, свидетельствующим, что таким детям помощь психолога необходима. Дети с отклонениями в развитии речи являются группой повышенного риска возникновения аффективных расстройств, неврозов, нарушений поведения. К сожалению, как организационные, так и методические аспекты психологической помощи таким детям мало разработаны и в литературе почти не представлены. К числу редких работ, затрагивающих эту проблему, относится исследование B. Prizant [16]. Рассматривая речевые расстройства как маркеры высокого риска психиатрических расстройств, авторы намечают меры психологической первичной и вторичной профилактики последних. Они приводят рекомендации Комитета по предупреждению нарушений языка, речи и слуха при Американской ассоциации слуха и речи (ASHA). Подчеркивается важность психологической и социальной поддержки родителей детей с коммуникативными нарушениями как средства предупреждения развития у детей эмоциональных и психиатрических расстройств. По мнению авторов, современные данные о ранних проявлениях речевых нарушений позволяют выявлять детей группы риска еще на предречевом этапе и оказывать помощь уже в этот период. Главным объектом внимания в системе ранней помощи является семья.

Практический опыт работы с такими детьми позволяет наметить три основные направления психологического сопровождения: А) *психологическое консультирование родителей*, Б) *психологическая помощь ребенку* и В) *психологическое консультирование педагогов, работающих с такими детьми*. Необходимость в так называемом «психологическом сопровождении» возникает практически с момента появления первых симптомов недоразвития речи. В реальной практике все три направления объединяются в единый комплекс, так как в равной мере необходимы. В данном сообщении мы остановимся на первом из них.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ РОДИТЕЛЕЙ

Наиболее часто в практике встречаются два основания, по которым возникает такая необходимость: а) формирование адекватной родительской позиции по отношению к ребенку с таким недостатком, как отставание в речевом и коммуникативном развитии, и б) помощь родителям в выборе адекватного стиля их коммуникативного поведения по отношению к ребенку для создания оптимальных условий компенсации отклонений в развитии. По существу одно с другим довольно тесно взаимосвязано. Родители переживают факт отклонения в развитии у своего ребенка подчас так же, как собственное заболевание, а часто даже более остро. Поэтому вполне уместно описывать характер этих переживаний в той же терминологии, что и отношение больного к собственной болезни, то есть как «нозогнозию». Анализ родительских реакций на речевой недостаток у ребенка позволяет выделить несколько их типологических вариантов: *гипонозогнозию, гипернозогнозию и нормонозогнозию.* Степень озабоченности родителей проблемой ребенка зависит от тяжести его состояния. Чем грубее проявляется отставание в развитии речи, тем раньше родители начинают понимать, что развитие ребенка протекает атипично и необходимо обратиться к специалисту за помощью. По нашим наблюдениям, в дошкольном возрасте среди родительских реакций количественно превалирует гипонозогнозия. В школьном возрасте у детей с нарушениями письменной речи чаще встречаются родительские реакции по типу гипернозогнозии.

Гипонозогнозия, то есть игнорирование проблемы или недооценка ее серьезности особенно часто наблюдается у родителей на втором-третьем годах жизни ребенка. В первые три года жизни ребенка многие из них не принимают всерьез отставание в развитии речи, считая это вариантом нормы. Выжидательная тактика оказывается причиной позднего оказания помощи, упускаются возможности раннего вмешательства. При этом, как отмечалось выше, манера их коммуникативного поведения создает эффект депривации. Многие непроизвольно упрощают, обедняют речевое общение с ребенком. По существу, взрослый общается на уровне речевого возраста ребенка и этим непроизвольно обедняет коммуникативное содержание общения с ним.

Однако нам встречались случаи, когда имела место обратная картина: родители не считали нужным адаптировать свою речь даже с учетом нормы данного возраста, разговаривая с ребенком «по-взрослому», используя взрослую лексику и речевые обороты. Это не позволяет ребенку использовать речь взрослых как образец для подражания и совершенствования собственной речи, так как слишком велика дистанция между речевыми возможностями ребенка (как в понимании, так и в порождении речи) и используемыми речевыми оборотами у взрослых.

Психологическое консультирование таких родителей имеет несколько основных целей. Первая по значимости — формирование готовности к пониманию и поддержке своего ребенка. Как правило, у таких родителей обнаруживается недостаточная включенность в душевную жизнь ребенка, эмоциональная закрытость. Создающаяся ситуация эмоциональной депривации особенно болезненна для ребенка, если перечисленные черты свойственны матери. Иногда мать переживает свою неспособность полностью раскрыться в отношениях с ребенком как собственную невротическую проблему. Как правило, это бывает связано с аналогичными сложными отношениями матери с собственными родителями в детстве. Опыт консультирования таких семей демонстрирует поразительно высокую частоту совпадений в двух-трех поколениях характера эмоциональных проблем в детско-родительских отношениях. Задача психолога или психотерапевта — формирование у родителей открытой позиции в общении с ребенком, умения выражать свои чувства понятным ребенку образом и в конечном счете изменение сценария родительского поведения в позитивном направлении. Главным является постижение родителями языка поведения ребенка, умения адекватно интерпретировать его поступки, эмоциональные реакции.

Гипернозогнозический тип отношения. При этом переживание родителями неблагополучий у ребенка выглядит чрезмерным, утрированным, неадекватным серьезности проблемы. Это может проявляться в разной форме. Одни родители демонстрируют высокий уровень тревожности, переоценивают тяжесть отклонений в развитии, пессимистически смотрят на перспективы компенсации. В беседе со специалистом они настойчиво интересуются прогнозом, хотят получить категоричные заверения в том, что все недостатки будут устранены. При этом такая высокая степень озабоченности далеко не всегда сопровождается готовностью помочь своему ребенку. Многие предпочитают, чтобы всю работу выполнил специалист. В других случаях преобладает оценочная позиция. Озабоченность родителей в основе имеет переживание недуга у ребенка как своеобразного «негативного маркера» семьи: «у всех дети как дети, а у нас до сих пор не говорит», «я в этом возрасте уже стихи наизусть читала, а сын еще говорить не научился». Подобная позиция иногда приводит к скрытому неприятию ребенка, третированию его, создает психотравмирующую ситуацию в семье.

Иногда недоразвитие речи переживается родителями как признак неполноценности ребенка. Чем старше ребенок, тем сильнее это выражено. Часто это усугубляется затруднениями в обучении, связанными с недоразвитием речи.

Соответственно, одно из направлений психологической поддержки семьи заключается в повышении степени толерантности родителей к особенностям ребенка, формированию психологического принятия его и достижения понимания, что он способен к более глубокому пониманию и общению, чем кажется родителям. Важно показать им, насколько велики внутренние ресурсы ребенка и насколько значительна их собственная роль в создании условий для максимальной реализации этих ресурсов. Необходимо перенести фокус их внимания с негативных явлений на позитивные качества личности ребенка.

Как отмечалось выше, качество общения родителей с ребенком с НР имеет важное абилитационное значение. Поэтому обучение их партнерским, не авторитарным формам коммуникации, игровому общению и игровому взаимодействию с ребенком является необходимой задачей при любых вариантах родительской позиции [6]. Важно помочь родителям научиться понимать ребенка даже на уровне невербальной коммуникации.

Нормонозогнозия представляет собой достаточно сбалансированный вариант родительской позиции. При этом деловая озабоченность трудностями, возникшими у ребенка, сопровождается активной его

психологической поддержкой, принятием, желанием сотрудничать со специалистом в коррекционной работе. По существу, она и является конечной целью психологической помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Ковалев В.В.* Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. — М., 1985. — 285 с.
2. *Ковалев В.В.* Психиатрия детского возраста. — М., 1995. — 560 с.
3. *Корнев А.Н.* Дислексия и дисграфия у детей. — Л.: Медицина, Ленинградское отделение, 1995. — 224 с.
4. *Корнев А.Н.* Основы логопатологии детского возраста: клинические и психологические аспекты. — СПб.: Речь, 2006. — 380 с.
5. *Корнев А.Н.* Системный анализ психического недоразвития детей с недоразвитием речи. Дисс. на соиск. … доктора психологических наук, Санкт-Петербург, 2007. — 45 с.
6. *Крафт А., Лэндрет Г.* Родители как психотерапевты. — М.: Московский психолого-социальный институт, 2000. — 196 с.
7. *Лебединская К.С.* Основные вопросы клиники и систематики задержки психического развития // Актуальные проблемы диагностики задержки психического развития детей / Под редакцией К.С. Лебединской. — М., 1982. — С. 5–21.
8. *Маринчева Г.С., Глезерман Т.Б.* Новые подходы к проблеме патогенеза и дифференциации умственной отсталости у детей // Биологические и социальные аспекты клиники и патогенеза психических заболеваний., Сб. науч. тр. Московского НИИ психиатрии. — М., 1986. — С. 102–111.
9. *Мнухин С.С.* О временных задержках, замедленном темпе умственного развития и психическом инфантилизме // Резидуальные нервно-психические расстройства у детей. — Л., 1968. — С. 5–22.
10. *Никольская И.М., Грановская Р.М.* Психологическая защита у детей. — СПб., 2000. — 504 с.
11. *Осорина М.В.* Секретный мир детей. — СПб., 1999. — 277 с.
12. *Слинько О.А.* К изучению проблемы межличностных отношений дошкольников с нарушениями речи // Дефектология. — 1992. — № 1. — С. 62–67.
13. *Annet M.* Laterality of childhood hemiplegia and the growth of speech and intelligence // Cortex, 1973. — Vol. 9. — P. 4–34.
14. *Baltaxe C., Simmons J.* Communication deficits in preschool children with psychiatric disorders // Seminars in speech and Language. — 1988. — Vol. 8. — P. 81–90.
15. *Nelson K.* Language in Cognitive Development: emergence of the mediated mind. Cambridge. — Univ. Press, 1996.
16. *Prizant B., Audet L., Burke G.* et al. Communication disorders and emotional/behavioral disorders in children and adolescents // J. of Speech and Hearing Disorders. — 1990. — Vol. 55. — P. 179–192.
17. *Semrud-Clikeman M., Hynd C.W.* Right Hemispheric Dysfunction in Nonverbal learning Disabilities: academic, social and adaptive functioning in adults and children // Psychological Bulletin, 1990. — Vol. 107. — N 2. — P. 196–209.
18. *Stiles J., Bates E.A., Thal D.* et al. 1998. Linguistic, Cognitive and Affective Development in Children with Pre- and Perinatal Focal Brain Injury: A Ten-Year Overview from the San Diego Longitudinal Project // C. Rovee-Colier, L. Lipsit, &H. Hayne [Eds.] Advances in infancy research. — Norwood, NJ, 1998. — P. 131–163.
19. *Vallance D.D., Cummings R.L., Humphries T.,* 1998. Mediators of the risk for problem behavior in children with language learning disabilities // J. Learn Disabil. — 1998. — Vol. 31. — N 2. — P. 160–171.

FAMILY DIRECTED SUPPORT IN PSYCHOLOGICAL TREATMENT OF CHILDREN WITH SPEECH AND LANGUAGE DISORDERS

Kornev A.N.

◆ **Resume.** The article describes the main areas of psychological help to children with speech and language disorders. The analysis is made of the main components of language and speech deficiency, as a form of the developmental mental state. The basic psychobiological, intra- and inter- personal determinants are presented. Emphasizes the importance of one of the areas of assistance-psychological work with the family.

◆ **Key words:** children; speech; language; developmental disorder; psychological support; family.

◆ Информация об авторе

Корнев Александр Николаевич — д.психол.н., профессор кафедры общей и прикладной психологии с курсом медико-биологических дисциплин. ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: k1949@ya.ru.

Kornev Aleksandr Nikolayevich — MD, PhD, Dr. Sci, Department of general and applied psychology with a course of biomedical disciplines of the department of clinical psychology. Saint-Petersburg State Pediatric Medical University of Health Ministry of Russia. 2, Litovskaya St., St. Petersburg, 194100, Russian Federation. E-mail: k1949@ya.ru.

© Т.В. Маликова, А.С. Яурова

ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России

Резюме. В большинстве развитых стран мира подростковый возраст признается как наиболее рискованный для формирования суицидального поведения, что делает очевидной актуальность исследования проблемы. Российские подростки чаще своих сверстников из других стран добровольно расстаются с жизнью. Мысли о суициде появляются у 45 % девушек и 27 % юношей. В статье рассмотрены индивидуально-личностные характеристики подростков с риском формирования суицидального поведения. Проведено сравнение индивидуально-личностных особенностей школьников с суицидальным поведением с подростками, употребляющими наркотические вещества.

Ключевые слова: подростковый возраст; саморазрушающее поведение; аддиктивное поведение; суицидальное поведение; виктимность; мотивация.

УДК: 616.89-008.441.44:159.96-053.6/.7

ИССЛЕДОВАНИЕ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ

ВВЕДЕНИЕ

Подростковый возраст, по мнению большинства исследователей различных научных школ и направлений, единогласно признается как наиболее критический в ряду возрастных периодов развития человека [3]. На данном этапе развития происходят изменения физиологического, психического, личностного и социального характера, причем зачастую они происходят неравномерно, то совпадая, то противореча друг другу [8]. Неравномерность развития в этот период придает остроту субъективным переживаниям в связи с наблюдаемыми личностью изменениями своего тела, статуса, системы отношений, возрастания ответственности [1].

В большинстве развитых стран мира подростковый возраст признается как наиболее рискованный для формирования суицидального поведения, что делает очевидной актуальность исследования проблемы. Российские подростки чаще своих сверстников из других стран добровольно расстаются с жизнью [10]. Согласно официальной статистике, в 2009 году в России покончили с собой 1379 юношей и 369 девушек в возрасте от 15 до 19 лет [12]. Мысли о суициде появляются у 45% девушек и 27% юношей [4]. Неравномерность завершенных суицидальных попыток у юношей и девушек объясняется тем, что юноши чаще используют такие способы суицидального поведения, летальность которых наиболее высока, в то время как среди девушек, по исследованиям авторов, занимающихся суицидальным поведением подростков, большее количество незавершенных суицидов [3]. Помимо этого, следует принять во внимание тот факт, что официальной статистикой не учитываются латентные суициды, а количество суицидальных попыток в несколько раз превышает число завершенных самоубийств [12].

Интерес подростков к суициду можно увидеть через просмотр пользователей сети интернет на сайтах, посвященных суицидальному поведению, причинам и способам самоубийств, число которых составляет десятки тысяч человек и основной контингент пользователей — это несовершеннолетние.

В связи с очевидной актуальностью поставленной проблемы нами была предпринята попытка выявить лиц подросткового возраста, имеющих риск формирования суицидального поведения, с целью изучения их индивидуально-личностных особенностей для разработки последующей психологической помощи и поддержки данного контингента.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось в 2011–2012 годах в средних образовательных учреждениях Санкт-Петербурга (исследовано 60 подростков в возрасте 15–17 лет) и на базе наркологического отделения Детской инфекционной больницы № 3 Санкт-Петербурга (30 подростков).

В ходе исследования на основании методики экспресс-диагностики суицидального риска «Сигнал» (М.В. Зотов, В.М. Петрукович, В.Н. Сысоев) [6] и методики, позволяющей определить наличие и степень риска суицидального поведения, была выделена основная группа испытуемых (с риском суицидального поведения). Группу подростков с риском формирования суицидального поведения составили 14 чело-

век, 8 девушек и 6 юношей, что соответствует 23% от всех опрошенных школьников. Среди 30 опрошенных наркозависимых выделено 9 человек с риском возникновения суицидального поведения, что соответствует 30% опрошенных от общего числа наркозависимых.

Для анализа индивидуально-личностных особенностей данной группы в ходе исследования были применены следующие методики:

- опросник суицидального риска (модификация Т. Н. Разуваевой); методика «опросник антисуицидальных мотивов» (М. В. Олина); «Семантический дифференциал» (Ч. Осгуд);
- патохарактерологический диагностический опросник для подростков (ПДО) Н. Я. Иванова и А. Е. Личко;
- методика диагностики уровня субъективного ощущения одиночества Д. Рассела и М. Фергюсона;
- опросник «Потери и приобретения персональных ресурсов» (Н. Водопьянова, М. Штейн);
- методика оценки эмоционального интеллекта (Н. Холл);
- методика диагностики виктимности (О. О. Андронникова);
- опросник «Степень хронического утомления» (А. Б. Леонова).

При обработке данных были использованы следующие методы: сравнительный анализ, непараметрический критерий двух независимых переменных выборок U Манна–Уитни и корреляционный анализ r Пирсона.

ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

При факторизации исследуемых характеристик в группе школьников был выделен фактор индивидуально-личностных характеристик суицидального поведения, включающих в себя: уникальность (0,861), демонстративность (0,817), временная перспектива (0,782), аффективность (0,688), несостоятельность (0,679), управление своими эмоциями (–0,658), астено-невротические черты (0,602).

Анализ результатов исследования позволил выделить основные характеристики подростков с повышенным риском формирования суицидального поведения. Так, среди факторов, способствующих росту риска суицидального поведения, выделяются личностные факторы (методика Т. Н. Разуваевой), выраженность которых значительно превалирует у респондентов основной группы. При этом наблюдается снижение фактора антисуицидального риска. Подростки с риском формирования суицидального поведения оказываются незащищенными, у них не сформированы адаптивные стратегии совладания, слабо развита система межличностных связей, позволяющая использовать ближайшее окружение как ресурс для адаптации к стрессам: ответственность, эмоционально-личностные отношения с близкими, вера и т. п.

В структуре личности подростков с суицидальным риском выделяются такие качества, как демонстративность, аффективность, при этом они остро переживают ощущение собственной уникальности, «непохожести» на других на фоне чувства собственной несостоятельности (опросник суицидального риска в модификации Т. Н. Разуваевой). Подобное сочетание само по себе разрушительно для личности, оно формирует тревожность, снижает нервно-психическую устойчивость подростков [7]. Портрет испытуемых сочетается с выраженным хроническим утомлением (выраженный физический и когнитивный дискомфорт, снижение общего самочувствия, нарушения в эмоционально-аффективной сфере) (опросник «Степень хронического утомления» А. Б. Леонова).

Исследование выявило снижение показателей самомотивации, эмоциональной осведомленности, способности управления своими эмоциями (методика оценки эмоционального интеллекта Н. Холла). В этом случае есть вероятность появления суицидальных мыслей, намерений и, собственно говоря, действий суицидального характера как возможность снятия эмоционального напряжения и как способ выхода из конфликтной или фрустрирующей ситуации («аффективный» суицид) [1, 7, 9].

Исследование патохарактерологических черт испытуемых основной группы показало выраженность циклотимической акцентуации личности в сравнении с результатами контрольной группы. Наличие субдепрессивной фазы в структуре данной акцентуации также может способствовать формированию суицидальных мыслей [7, 9].

Оценка собственных достижений и разочарований подростков с риском суицидального поведения разбалансирована, что снижает адаптационные способности. У испытуемых более остро проявляется субъективное ощущение одиночества, возможно, это является результатом переживания собственной уникальности, о которой мы говорили выше, и как следствие — ощущение непонятости и отгороженности от социального мира. Они реже встречаются с друзьями за пределами образовательных учреждений, не склонны к проявлению активности в налаживании межличностных контактов.

Подростки с суицидальным риском демонстрируют склонность к разнообразным формам саморазрушающего поведения, у них повышенные показатели рискованного и провоцирующего пове-

дения на фоне демонстрации зависимости и беспомощности, что повышает уровень реализованной виктимности.

Сравнение внутри группы подростков с риском суицидального поведения выявило некоторые особенности, характерные для определенного пола. Так, для девушек более выраженными выступают демонстративные черты характера, в то время как у юношей отмечается преобладание сенситивных и шизоидных черт характера. Девушки склонны провоцировать агрессивные действия окружающих, избирая в них роль жертвы. Юноши демонстрируют гиперсоциальное поведение, провоцируя тем самым окружающих ровесников на агрессию по отношению к ним. Подростковый возраст — это период нарушения запретов, и те, кто демонстрируют конформное поведение, не находят поддержки в обсуждаемой возрастной группе. Это повышает показатель реализованной виктимности в группе юношей с риском суицидального поведения.

Картина суицидального поведения несовершеннолетних, употребляющих наркотики, представляет абсолютно иной профиль суицидальных наклонностей. Для них незначимым является понятие суицида как таковое, мотивов совершения суицидальных поступков у них нет, при этом можно говорить о снижении показателей антисуицидальных мотивов (выживание, умение справляться с ситуацией; ответственность перед самим собой). Значимым мотивом выступает лишь «Опасения относительно совершения суицида», что указывает на частое присутствие подобных мыслей о самоубийстве. Субъективное чувство одиночества, характерное для подростков с риском суицидального поведения, не является актуальным в группе наркозависимых.

Личностные факторы суицидального поведения наркозависимых менее выражены в сравнении с группой подростков с риском суицидального поведения, тем не менее в профиле факторов выделяется показатель аффективности и как результат — склонность к непосредственному эмоциональному реагированию в условиях воздействия стрессовых факторов и социальный пессимизм — как результат исключенности из социального мира, переживание собственной несостоятельности. Для них характерны выраженность показателя реализованной виктимности и склонность к самоповреждающему поведению.

Для наркозависимых подростков не являются значимыми обязательства и ответственность перед своей семьей, у них нет выраженного страха смерти, отсутствует страх перед самоубийством, их не волнуют социальные нормы: отсутствуют опасения получить негативную оценку собственной личности или поведения со стороны окружающих. Кроме того, у них, как и следовало ожидать, снижены моральные установки — суицид не воспринимается как нечто греховное, за что можно получить возмездие. Невозможность конструктивного планирования будущего не позволяет наркозависимым подросткам полностью продумать и представить план совершения суицида (обратная связь временной перспективы с антисуицидальным мотивом «Опасения относительно совершения самоубийства» –0,430). Отрицательная концепция окружающего мира, восприятие его как враждебного блокирует ощущение внутренней силы, желание жить.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ индивидуально-личностных характеристик подростков с тенденцией к аутоагрессивному поведению [2] выявил наличие значимых различий в перечне ведущих факторов формирования суицидального поведения. Школьников с выявленным риском формирования суицидального поведения отличают особенности структуры личности [5], характерологические черты, выраженный кризис идентичности на фоне сложности в установлении межличностных контактов [11]. Суицид представляется им как способ осознанного избегания стрессовых и травматических ситуаций. В то время как среди наркозависимых подростков суицид представляет собой малосформированное импульсивное, неосознаваемое и соответственно бесконтрольное поведение.

Результаты исследования обращают наше внимание на актуальность проблемы профилактики суицидального поведения в подростковой среде, особенно в общеобразовательных школах — количество выявленных подростков с риском суицидального поведения — 23% от общего числа обследованных. В группу риска в основном попадают подростки с социально адаптивными формами поведения, они не нарушают установленного порядка, редко обращаются за помощью к окружающем, они как бы «варятся с собственном соку» — и, когда попадают в трудную жизненную ситуацию, оказываются предоставлены сами себе. Учителя и школьные психологи обычно большее внимание уделяют подросткам с проблемами адаптации, с асоциальным поведением, не обращая внимания на тихого, послушного ребенка.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Абрумова А.Г., Тихоненко В.А.* Диагностика суицидального поведения: Методические рекомендации.– М., 1980.– 48 с.

2. *Безчасный К.В.* Аутоагрессивные феномены в экспертно-диагностической практике врача-психиатра // Вопросы психологии экстремальных ситуаций. — 2008. — № 4. — С. 29–32.
3. *Вагин Ю.Р.* Авитальная активность (злоупотребление психоактивными веществами и суицидальное поведение у подростков).— Пермь: Изд-во ПРИПИТ, 2001.— 292 с.
4. *Гомзикова С.* Россия остается страной самоубийц. — Свободная пресса, 30 января 2011 года. URL: http://svpressa.ru/society/article/37979/.
5. *Змановская Е.В.* Девиантология: (Психология отклоняющегося поведения): Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений.— М.: Издательский центр «Академия», 2003.— 288 с.
6. *Зотов М.В., Щелкова О.Ю.* Системно-ситуационный подход к прогнозированию риска поведенческих расстройств // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия психология, выпуск 14. — 2011. — № 29(246). — С. 24–34.
7. *Исаев Д.Н., Шерстнёв К.В.* Психология суицидального поведения. Методические рекомендации для студентов по спецкурсу «Суицидология». — Самара, 2000.
8. *Кранц И.И.* Пути обретения личностной и социальной идентичности в ранней юности // Журнал практического психолога. — 2006. — № 6. — С. 156–162.
9. *Личко А.Е.* Подростковая психиатрия: (Руководство для врачей).— Л., 1985.— 416 с.
10. *Погодин И.А.* Возрастные аспекты суицидального поведения / И.А. Погодин // Семейная психология и семейная терапия. — 2006.— № 3.— С. 108–115.
11. *Савина О.О.* Психологический анализ трансформации идентичности личности в подростковом и юношеском возрасте // Вестник Московского университета. Серия 14 психология. — 2011. — № 4. — С. 118–128.
12. Смертность российских подростков от самоубийств // Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ), 2011. — 132 с.

RESEARCH OF SUICIDE BEHAVIOR OF TEENAGERS

Malikova T.V., Yaurova A.S.

◆ **Resume.** The adolescence considered to be the most risky period for suicide behavior. This is an actual problem. The Russian teenagers make a suicide more often than the contemporaries from other countries. Thoughts on a suicide appear at 45 % of girls and 27 % of young men. Individual and personal characteristics of teenagers with suicide risk are considered in article. We carried out comparison of individual and personal features of pupils with suicide behavior and the teenagers using narcotic substances.

◆ **Key words:** The teenage age; self-destroying behavior; addictive behavior; suicide behavior; victimization; motivation.

◆ Информация об авторах

Маликова Татьяна Владимировна — к.психол.н., доцент кафедры общей и прикладной психологии с курсом медико-биологических дисциплин, факультет клинической психологии. ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: Lotus_24@rambler.ru.

Malikova Tatyana Vladimirovna — Ph.D., Associate Professor Department of the general and applied psychology with a course of medicobiological disciplines. Saint-Petersburg State Pediatric Medical University of Health Ministry of Russia. 2, Litovskaya St., St. Petersburg, 194100, Russian Federation. E-mail: Lotus_24@rambler.ru.

Яурова Александра Сергеевна — студентка 5 курса факультета клинической психологии. ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: shunishe@list.ru.

Yaurova Aleksandra Sergeyevna — Student of the 5 course at the faculty of the clinical psychology. Saint-Petersburg State Pediatric Medical University of Health Ministry of Russia. 2, Litovskaya St., St. Petersburg, 194100, Russian Federation. E-mail: shunishe@list.ru.

© А.А. Федяев[1],
Б.В. Овчинников[2]

[1] ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России
[2] ФГБВОУ ВПО Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова Минобороны России

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ МЕТОДА НАПРАВЛЕННОГО ВООБРАЖЕНИЯ

Резюме. В статье раскрывается психотерапевтическое содержание метода направленного воображения. Показано его место в ряду психотерапевтических техник. Анализируются психологические механизмы и условия эффективности использования данного метода. Предлагается разработанный авторами алгоритм проведения психотерапевтической процедуры направленного воображения. Приводятся и подвергаются анализу случаи из практики. В статье также очерчивается область применения данного метода психотерапии.

Ключевые слова: психотерапия; направленное воображение; инсайт.

Известные к настоящему времени несколько сотен психотерапевтических техник-интервенций все более напоминают «дурную бесконечность», разобраться в которой становится все сложнее [3]. Насколько нам известно, никто пока не пытался классифицировать и систематизировать множество коррекционных и лечебных методик на основе общепсихологических закономерностей. Высказываются обоснованные мнения, что все терапевтические техники сводятся либо к небольшому числу так называемых «общих факторов» [7, 8], либо к давно известным базовым способам психологического воздействия: убеждению, внушению, эмоциональному заражению и подражанию. Внушение наяву является мягкой формой манипулирования ассоциативным процессом пациента, которую практикуют все психотерапевты, даже не отдавая себе в этом отчета. Как известно, организованное воздействие на воображение пациента впервые было предложено основоположником рациональной (а следовательно и когнитивной) психотерапии Полем Дюбуа [1, 2]. Возвращение интереса к этому методу произошло на пике «психотерапевтической волны» 1960–1970-х гг.

Впервые метод направленного воображения был описан R. Dessoille [6] и H. Leuner [9] в рамках исследований, посвященных психосинтезу. Позднее метод использовался и в других психотерапевтических техниках; например, он являлся главным инструментом, используемым В. Шутцем в так называемой «Телесной фантазии» [10]. По мнению В. Шутца, метод направленного воображения, «изобретенный в психотерапевтическом контексте, приложим гораздо более широко» [4], с точки зрения исследования личности и сознания.

Целью метода является работа личности с содержанием собственного сознания, и поиск таким образом в его недрах психотравмирующих факторов или психологических причин, повлиявших на выбор определенного защитного паттерна. При направленном воображении субъект совершенно свободно позволяет определенной картине или образу проявиться в сознании. Как полагает В. Шутц, чем менее структурирована инструкция, тем более вероятно, что воображение сразу же обратится к месту наибольших психологических затруднений. При анализе воображаемых картин и сопутствующих им чувств субъект приходит к логическому осознанию психотравмирующих моментов, или к инсайту.

В литературе приводятся примеры таких инсайтов [4, 5]:

«На семинаре я попытался в воображении проникнуть в свои очень близорукие глаза. У меня возникла картина стены с битым стеклом наверху и розовый сад по другую сторону, в который я хотел проникнуть, и еще там был волк, которого я боялся. Я не мог разрушить стену и не знал, как быть с волком. Потом стена стала прозрачной (прекрасный символ миопии — сначала стена для того чтобы ничего не видеть, потом вы приспосабливаетесь видеть сквозь нее, но стену все-таки сохраняете). Я решил задать себе вопрос, когда была построена эта стена. Когда я сделал это, в моей памяти внезапно высветился эпизод, случившийся, когда мне было двенадцать лет и когда меня ужасно унизительно дразнили за то, что я «строил глазки» девочке. Мгновенно огромное напряжение снялось с моих глаз и с части лица,

УДК: 159.98

и мои глаза смогли двигаться в определенных направлениях впервые за тридцать лет. Видимо, их относительная фиксированность была существенным фактором моей близорукости».

«Самым важным было то, что я позволил себе пойти вслед за своими чувствами, когда я заплакал. У меня была очень ясная картина того, как я, маленький мальчик, смотрю на свою мать. Она в ярости, потому что я только что накакал в штанишки. По всей видимости, у меня были трудности с приучением к туалету. Я вспомнил, что она держала в руках испачканное белье, а затем стала тереть им по моему лицу в наказанье. Следующая картина: я смотрю на себя в зеркало в ванной, всхлипывая, на губах и зубах у меня кал. Я чувствую себя преданным и осквернённым. Я подозреваю, что это был последний раз, когда я что-нибудь видел ясно. Я не вижу даже большое «Е» на таблице у глазного врача, или чьих-нибудь черт лица на расстоянии больше чем фут. Но вот что потрясает, так это понимание того, что я в тот момент видел лицо матери совершенно отчетливо».

Из приведенных примеров видно, что клиенты В. Шутца были хорошо им подготовлены и эмоционально настроены. И хотя оба примера касаются только проблемы зрения, тем не менее обращают на себя внимание некоторые важные особенности данных эпизодов. Во-первых, можно заметить, что в воображении могут возникать как символические или абстрактные образы, так и реальные картины из прошлого. Во-вторых, оба примера демонстрируют возникновение высокоэмоционально значимых и чувственно насыщенных образов. По-видимому, каким бы ни было содержание воображаемых картин, клиент может понять их смысл через осознание переживаемых чувств, сопровождающих процесс воображения. Отмеченные особенности, на наш взгляд, требуют соблюдения следующих условий организации и проведения процедуры направленного воображения:

1. Клиент должен быть заинтересован в участии (замотивирован).
2. Клиент должен знать, причину чего он хочет выяснить (целенаправлен).
3. Клиент сам выбирает форму проведения процедуры (на группе или индивидуально).
4. Клиент сам определяет степень своего участия (желает ли он назвать проблему, истоки которой он стремится установить; будет ли он вербализовать воображаемые образы, и желает ли он обсуждать их с консультантом после процедуры).

На основании изложенного мы предлагаем следующий алгоритм проведения индивидуального сеанса направленного воображения:

1. Психотерапевт выясняет характер заинтересованности и степень (глубину) участия клиента в данном процессе.
2. Психотерапевт рекомендует расслабиться, сесть в удобную позу (например, откинуться на спинку кресла). В случае, если клиент чувствует некоторую скованность или испытывает беспокойство, его следует успокоить и предложить попробовать релаксирующие упражнения или самовнушение.
3. После того, как клиент почувствовал расслабление, ему рекомендуется вслух и обязательно с открытыми глазами (эффект полноценно функционирующего сознания) проговорить следующую установку: «Я хочу знать правду о моей проблеме». При этом клиент должен четко представлять себе проблему и желать знать правду максимально искренне и честно. Если у клиента возникли сомнения в искренности произнесенных им слов, рекомендуется снова расслабиться, а затем повторить установку.
4. Далее клиент закрывает глаза и в своем воображении перемещается в проблемное (например, больное) место. В этот момент ему не рекомендуется пытаться заставить себя что-либо вспомнить. Важно дать полную свободу своему воображению и чувствам. Если клиент сумел позволить себе это, то почти сразу или с небольшой отсрочкой в его сознании начинают возникать чувственно насыщенные картины: образы или мысли.
5. Далее рекомендуется проговаривать воображаемое и, таким образом достроив его смысловое содержание, вывести на уровень осознания. В процессе вербализации очень важно, чтобы клиент обращал внимание на чувства, которые сопутствуют процессу воображения, поэтому психотерапевту рекомендуется задавать вопросы типа: «Что вы чувствуете в этот момент? Какие чувства сопровождают вас там?»
6. Процедура не регламентируется строго по времени, то есть клиент вправе сам прервать или продолжить ее по собственному желанию. Обычно сеанс направленного воображения длится 5–15 минут. После окончания сеанса клиенту предлагается проинтерпретировать увиденное.

По нашему мнению, предлагаемый алгоритм позволяет достаточно быстро выйти на психологически значимые моменты и привести к инсайту, о чем могут свидетельствовать следующие случаи из практики:

1. Клиент Н. (девушка 20 лет) обратилась с жалобой на высокую близорукость. По ее мнению, плохое зрение имеет генетическую обусловлен-

ность, так как большинство близких родственников носят очки. Зрение стало ухудшаться с девятилетнего возраста. В результате направленного воображения Н. практически сразу увидела себя в возрасте приблизительно трех лет, смотрящейся в зеркало и примеряющей тетины очки. В этот момент она чувствовала себя взрослой, красивой и уверенной. В процессе анализа было установлено, что практически все значимые взрослые в семье Н. носили очки, и ей очень хотелось быть похожей на них. После недолгих размышлений Н. пришла к осознанию того, что она могла сама захотеть получить близорукость, чтобы уподобиться окружающим ее авторитетным людям.

В данном примере детское подражание выступило в качестве фактора социального научения, что привело в дальнейшем к формированию дисфункционального навыка.

2. Клиент Л. (женщина 54 лет) обратилась с просьбой помочь найти психологические причины близорукости. В процессе направленного воображения Л. вспомнила эпизод, произошедший с ней во втором классе школы, когда учительница из-за того, что Л. не могла справиться с решением арифметической задачи на больших счетах, стоявших у доски, в ярости толкнула Л. лицом на эти счеты. В тот момент Л. почувствовала горькую обиду и свою незащищенность. В процессе анализа данного эпизода Л. пришла к выводу, что она могла выбрать плохое зрение и очки как вариант защиты в подобных случаях, ибо «если бы были очки, то вряд ли бы со мной поступили таким образом».

Пример характерен насильственным «заталкиванием» клиента в болезнь. Попутно заметим, что девочка предпочла не жаловаться на грубость учительницы своим родителям, что в ее положении было бы вполне естественно. Эмоциональная изоляция и ее последствия могли бы в данном случае стать одной из мишеней терапевтического воздействия.

3. Клиент Э. (молодой человек 20 лет) заинтересовался методом направленного воображения, о котором услышал на лекции. По его словам, в детстве до определенного момента у него было плохое зрение, а затем оно стало улучшаться. Э. захотелось узнать психологическую причину данного феномена. В результате направленного воображения Э. увидел лес, ощутил чрезвычайно свежий весенний воздух, увидел кристально чистый ручей. В этот момент он ощущал радость от наслаждения природой, ему очень хотелось рассмотреть каждый кустик и каждую веточку в деталях. Интерпретируя увиденное, Э. вспомнил, что в возрасте 12 лет он с родителями переехал в другую страну. Если до этого он жил в районе с довольно неблагоприятной экологической обстановкой, то на новом месте все было иначе. Он действительно наслаждался окружающей его природой и, видимо, очень хотел увидеть ее во всей красе и как можно более четко, что в результате и могло привести к улучшению зрения.

В данном примере мы имеем один из случаев так называемого «спонтанного выздоровления». Можно предполагать, что здесь саногенным фактором послужила не столько смена экологической обстановки (хотя и это не следует сбрасывать со счетов), сколько резкое улучшение всего образа жизни подростка в целом. Не исключено и оздоровление семейного климата, связанное с осуществлением чаяний его родителей.

4. Теперь приведем пример, не касающийся зрения. Клиент К. (девушка 22 лет) обратилась за психологической помощью с целью установить возможные психологические причины ее болезни, от которой она никак не может вылечиться, хотя и предпринимала в этом направлении очень многое. Диагноз клиент предпочла не называть. В процессе направленного воображения К. увидела следующие картины или образы: парящий ребенок с крылышками; кухонная плита без каких-либо признаков приготовления на ней пищи; женщина в сельском доме, одетая на старинный манер и снимающая с печи что-то наподобие чана. В эти моменты К. чувствовала одиночество и желание быть той женщиной в сельском доме. После сеанса К. практически сразу проинтерпретировала свои образы и чувства: «Господи, я очень хочу семью, но мне никак не удается ее иметь!». После последовавшего вопроса психотерапевта: «Вы чувствуете, что это может быть как-то связано с вашим заболеванием?». Клиент ответила: «Да, напрямую».

Образы представлений в данном примере напоминают сновидения. Можно полагать, что наряду с частичным сном, для человеческого сознания характерны и парциальные трансы, имеющие (как и в случае сновидений) креативную антистрессовую направленность. Сознание загружено безуспешными попытками решения актуальной проблемы путем логических рассуждений. Отход от данного стереотипа позволяет включить правополушарные механизмы и немного приблизить девушку к полному осознанию волнующей ее проблемы.

Описанные практические примеры позволяют подтвердить гипотезу о возможностях достижения субъектом довольно глубоких инсайтов посредством направленного воображения. Это, в свою очередь, может служить основанием для использования данного метода в качестве «пилотажно-разведывательного» инструмента в случаях трудно

диагностируемых психосоматических нарушений. Следует иметь в виду, что первичный инсайт является лишь отправной точкой, началом пути к дальнейшим позитивным изменениям. Длительность этого пути к самооздоровлению варьируется в широких пределах и зависит от активности субъекта, степени мобилизации его личностных ресурсов.

Отметим в заключение, что описанная методика открывает новые возможности для изучения личности и сознания здорового и больного человека.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Дюбуа П.* Воображение как причина болезни / Пер. с нем. Б/г, Б/и. 45 с.
2. *Дюбуа П.* Психоневрозы и их лечение / Пер. с фр. СПб., 1912. 397 с.
3. *Лебедев М.А.* Проблемы восприятия реальности как общий фактор психотерапии // Психотерапия, 2005, № 2. С. 2–5.
4. *Шутц В.* Глубокая простота. Основы социальной философии / Пер. с англ. СПб.: РИФ «Роза мира», 1993. С. 83.
5. *Шутц У.* Радость. Расширение человеческого сознания / Пер. с англ. М.: Изд-во Эксмо, 2003. С. 97–128.
6. *Dessoille R.* The Directed Daydream // Psychosynthesis Research Foundation. N.Y. 1965.
7. *Frank J.D.* Therapentic components shared by au psychotherapies / In: Harvey J.H., Parks M.M. (Eds.), Psychotherapy research and behavior change. Washington, DC: APA, 1982.
8. *Goldfried M.R.* Toward the delineation of therapentic change principles / American Psychologist, 1980, Vol. 35. P. 991–999.
9. *Leuner H.* Initiated Symbol Projection // Psychosynthesis Research Foundation. N.Y. 1965.
10. *Shutz W.* Bodi Fantasi. N.Y.: Irvington, 1983.

PSYCHOTHERAPEUTIC POSSIBILITY OF THE METHOD OF THE DIRECTED IMAGINATION

Fedyayev A.A., Ovchinnikov B.V.

◆ **Resume.** The Authors describe the psychotherapeutic contents of the method of the directed imagination, define the place of this method abreast psychotherapeutic technician, analyze the psychological mechanisms and the conditions to efficiency of the using the directed imagination. The Authors offer the own algorithm of the undertaking the procedure of the directed imagination, describe and analyze the events from practical persons, mark the application of this method to psychotherapy.

◆ **Key words:** Psychotherapy; directed imagination; insight.

◆ Информация об авторах

Федяев Андрей Анатольевич — к.психол.н., доцент кафедры общей и прикладной психологии с курсом медико-биологических дисциплин. ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2.
E-mail: aafedjaev@mail.ru.

Овчинников Борис Владимирович — д.м.н., профессор, начальник НИЛ Психического здоровья кафедры психиатрии. ФГБВОУ ВПО Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова Министерства обороны Российской Федерации. 194044, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6.

Fedyayev Andrey Anatolyevich — PhD, Associate Professor Department of general and applied psychology with a course of biomedical disciplines of the department of clinical psychology. Saint-Petersburg State Pediatric Medical University of Health Ministry of Russia. 2, Litovskaya St., St. Petersburg, 194100, Russian Federation. E-mail: aafedjaev@mail.ru.

Ovchinnikov Boris Vladimirovich — MD, PhD, Professor, Head, research laboratory of Mental Health in the Department of Psychiatry. Medico-military S.M. Kirov Academy. 6, Academica Lebedeva St., St. Petersburg, 194044, Russian Federation.

© Г.А. Мурза-Дер

Междисциплинарный Центр исследований и обучения по ВИЧ/СПИДу, ИКАРТ, г. Санкт-Петербург, Россия

ОСОБЕННОСТИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К АРВ-ТЕРАПИИ У БЕРЕМЕННЫХ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ (РОССИЯ)

Резюме. Начиная с 1999 года, растет выявляемость ВИЧ-инфекции среди беременных женщин г. Санкт-Петербурга. Процент выявляемости со 100 % скринингом на антитела к ВИЧ в 1987–1999 составил — 0,006 %, к 2008 году этот показатель вырос до 2,3 %, пик пришелся на 2002 год — 4,6 %. Наряду с феминизацией эпидемии ВИЧ-инфекции, растет число детей с перинатальным заражением. Всего на 01.01.2009 г. в г. Санкт-Петербурге у ВИЧ-инфицированных матерей родилось 3033 ребенка, из них 210 установлен диагноз ВИЧ-инфекция. Средний многолетний показатель перинатального инфицирования составляет 6,9 % [11]. Цель исследования описать социально-психологические факторы, влияющие на приверженность к АРВТ. *План исследования:* в 2009–2010 гг. происходил набор участниц в организациях, оказывающих социальные и медицинские услуги г. Санкт-Петербурга. В выборку были привлечены 100 ВИЧ-инфицированных беременных женщин. *Методы:* участницы самостоятельно заполняли анонимные анкеты, которые включали информацию о социальных и психологических характеристиках, случаях дискриминации, опыте употребления ПАВ и о рискованных сексуальных практиках, которые имели место после постановки диагноза ВИЧ-инфекция. *Результаты:* статистически значимой связи между опытом употребления ПАВ и приверженностью к АРВТ не обнаружено (хи-квадрат). *Выводы:* ситуация в Санкт-Петербурге, связанная с оказанием сервисных услуг ВИЧ-инфицированным беременным женщинам, требует изменения.

Ключевые слова: ВИЧ; антиретровирусная терапия (АРВ-терапия); приверженность; беременность.

УДК: 616.98 :578.828HIV]+618.3

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время ВИЧ-инфекция у детей является одной из актуальнейших проблем во всем мире. Изначально в нашей стране она была обусловлена внутрибольничной заболеваемостью, а в последние годы — рождением детей ВИЧ-инфицированными женщинами. Более 90 % детской ВИЧ-инфекции является результатом именно перинатальной трансмиссии вируса [4].

По данным Минздравсоцразвития РФ, среди обследованных в 2007 г. беременных женщин было 0,46 % инфицированных ВИЧ. К концу 2008 г. в России было зарегистрировано более 157 тысяч инфицированных ВИЧ женщин (33,5 % всех зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции) [2]. Всего на 01.01.2009 г. в г. Санкт-Петербурге у ВИЧ-инфицированных матерей родилось 3033 ребенка, из них 210 установлен диагноз ВИЧ-инфекция. Средний многолетний показатель перинатального инфицирования составляет 6,9 % [11]. К 31 декабря 2011 г. в России было зарегистрировано 232,5 тысячи инфицированных ВИЧ женщин, следует отметить, что в 2011 г. женщины инфицировались ВИЧ преимущественно при гетеросексуальных контактах (66,3 % новых случаев), тогда как мужчины — при внутривенном введении наркотиков (71,4 %). [6, 8]. Среди вновь выявленных случаев ВИЧ-инфекции в 2011 г. на долю женщин приходится 40–45 % [10].

По имеющимся данным, среди беременных женщин, поступивших в родильные дома в Санкт-Петербурге, которые ранее не проходили тестирование, 6,5 % оказались ВИЧ-инфицированными [13].

Данные зарубежных исследований указывают на высокую связь между употреблением наркотиков во время беременности и вероятностью передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку [21].

Консультирование (один из важных компонентов профилактических мероприятий) до тестирования на наличие ВИЧ-инфекции проводилось только у 1/3 ВИЧ-инфицированных беременных как после родов, так и после аборта. Более 11 % женщин не были информированы о том, что обследуются на ВИЧ-инфекцию. Только 1/3 женщин в обеих группах получила полное консультирование до обследования на ВИЧ-инфекцию и после него. Охват трехкомпонентной АРВТ (антиретровирусная терапия) пар мать — ребенок остается низким и не превышает 62 % в целом по стране [9]. Это может выражаться в отсутствии проведения консультирования до и после тестирования на ВИЧ, что связано с нехваткой специалистов или отсутствием тест-систем. Отсрочкой начала АРВ-терапии во время беременности может служить задержка результатов тестирования [19].

Причинами отсутствия АРВ-терапии во время беременности и родов могут быть: диагностика ВИЧ-инфекции только во время родов, употребление наркотических веществ во время беременности, добровольный отказ от профилактики (в т. ч. по религиозным убеждениям), беременность до внедрения в практику профилактики вертикальной передачи ВИЧ и домашние роды [4].

К барьерам доступа к АРВ-терапии относят отсутствие информации по АРВ-профилактике, включая знания о лечебных процедурах, и отсутствие взаимодействия между медицинскими службами, а также высокие транспортные расходы [12, 17, 20, 22].

Еще один барьер на пути к АРВ-терапии и приверженности, это необходимость скрывать свой ВИЧ-статус от партнера из-за боязни подвергнуться дискриминации, влиянию стигмы из-за страха перед насилием со стороны партнера, развода, чувства вины и страха потерять финансовую поддержку [12, 14–16].

Имеются данные, что риск рождения инфицированного ребенка от ВИЧ-инфицированной матери снижается до 2–4% при АРВ-профилактике противовирусными препаратами, родоразрешении путем кесарева сечения и при отмене грудного вскармливания [7, 18, 23–27]. При отсутствии АРВ-профилактики перинатальной передачи ВИЧ риск заражения составляет 30–40% [1].

Имеются данные, что около 20% ВИЧ-инфицированных беременных каждый год не встают на учет по беременности в женские консультации [3, 9].

На всем протяжении беременности у ВИЧ-инфицированной женщины целесообразно постоянное консультирование для коррекции поведения, повышения приверженности антиретровирусной терапии, отмены грудного вскармливания [5].

При планировании исследования была выдвинута гипотеза о том, что прием ПАВ негативно влияет на приверженность АРВТ.

СТАТИСТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ

В данное исследование вошли 100 беременных ВИЧ-инфицированных женщин, которые были разделены на три подгруппы в соответствии с опытом употребления ПАВ. В *первую подгруппу* вошли беременные женщины с ВИЧ-инфекцией без опыта употребления ПАВ (N=40). *Вторую подгруппу* составили ВИЧ-инфицированные беременные женщины в стадии воздержания от употребления ПАВ (N=40). В *третью подгруппу* вошли ВИЧ-инфицированные беременные женщины в активном употреблении ПАВ (N=20).

Обработка полученных результатов осуществлялась при использовании пакета программ для статистической обработки данных SPSS 17.0. При вычислении коэффициента корреляции для переменных с интервальной и с номинальной шкалами был использован коэффициент корреляции Пирсона. Для определения связи между двумя номинативными переменными использовался хи-квадрат.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Социально-демографические характеристики

Средний возраст участниц на момент анкетирования составил 26,8 лет. Подавляющее большинство респонденток на момент исследования состояли в браке или имели постоянного партнера. Женщины, не имеющие опыта употребления ПАВ (первая подгруппа), чаще имели законченное высшее образование (27,5%) в отличие от женщин двух других подгрупп, которые имели более низкий образовательный уровень (10,0 и 5,0% соответственно). Постоянная работа была у более половины участниц (62,5%) исследования из первой подгруппы. Субъективно оценили свой уровень материального благополучия как высокий только женщины из первой и второй подгрупп (2,5%). В первых двух подгруппах у 43,8% женщин были дети, и среднее количество детей на момент анкетирования составляет — 1, в третьей подгруппе лишь 30,0% участниц родили в среднем по одному ребенку на момент исследования.

Особенности протекания беременности

Как показывают данные, ВИЧ-инфицированные женщины, не имеющие опыта употребления наркотиков, подходят к вопросу зачатия ребенка более ответственно. В 70,0% беременность являлась запланированной, женщины в данной подгруппе использовали тест для определения беременности в 87,5%. Женщины с диагнозом ВИЧ-инфекция, находящиеся в активном употреблении ПАВ, планировали беременность лишь в 30,0% случаев и в 20,0% узнали о наступлении беременности по шевелению плода. 97,5% женщин из первой группы встали на учет в женскую консультацию для наблюдения протекания беременности и профилактики вертикального пути передачи ВИЧ и 100% наблюдались в Центре СПИД по поводу ВИЧ-инфекции. И только 65% ВИЧ-инфицированных женщин, имеющих опыт употребления ПАВ, наблюдались у специалистов по поводу беременности.

В среднем около 5 лет 66,7% участниц исследования знали о положительном результате теста на ВИЧ до наступления беременности. У 33,3% обследованных диагноз ВИЧ-инфекция был поставлен во время беременности (в среднем на 20,4 недель беременности). На незащищенный сексуальный контакт как путь заражения ВИЧ указали 85,5% обследованных из первой подгруппы и 37,5% из второй подгруппы. По мнению участниц из второй и третьей подгруппы, при инъекционном приеме наркотиков (использование общего инструментария) заразились ВИЧ-инфекцией 55,0 и 80,0% соответственно.

Особенности протекания ВИЧ-инфекции и дискриминация

Данные, полученные в ходе проведения исследования, говорят о том, что существует ряд нарушений, связанных с проведением тестирования на ВИЧ-инфекцию. Нарушение конфиденциальности вопросов в связи с ВИЧ-статусом отметили участницы во всех трех подгруппах.

В 34,2% случаев тестирование проводилось не анонимно, а 24,2% участницы не знали, что кровь будет протестирована на ВИЧ. Также происходили нарушения в сфере оказания до- и послетестового консультирования, связанного с проведением тестирования на ВИЧ-инфекцию. Дотестовое консультирование проводилось в 21,7% случаев, а послетестовое в 59,2%.

В третьей подгруппе женщин послетестовое консультирование проводилось в 35,0%. 19,1% участниц указали, что официальные органы передавали информацию об их ВИЧ-положительном статусе без их согласия. В 15% случаев участницам исследования сотрудники медицинских учреждений предлагали пойти на аборт в связи с их ВИЧ-положительным статусом, медицинских показаний для прерывания беременности при этом не было. 10,0% женщин из второй подгруппы и 25,0% из третьей подгруппы не получали информацию от специалистов о профилактике вертикального пути передачи ВИЧ. 48,3% опрошенных беременных женщин отметили, что они сталкивались с негативным отношением окружающих (родственники, медицинский персонал).

Особенности сексуального поведения

Среднее количество сексуальных партнеров в течение жизни в первой подгруппе женщин составило 6 человек. Во второй и третьей подгруппах — 11 и 13 соответственно. После постановки диагноза ВИЧ-инфекция количество половых партнеров значительно снижалось. Испытуемые из первой подгруппы указали на 1 партнера, 2 и 4 партнера для второй и третьей подгруппы соответственно. Женщины из всех трех подгрупп указали, что вступали в сексуальные контакты с ВИЧ-положительными партнерами, женщины из третьей подгруппы вступали в эти связи в 92,3%, при этом использовали презервативы лишь в 35,8% случаев. Также женщины всех трех подгрупп отметили, что вступали в половые контакты с ВИЧ-отрицательными партнерами или чей статус не известен. Женщины из первой подгруппы вступали в такие отношения в 82,4%, при этом пользовались презервативом в 76,1% случаев. 20% женщин из третьей подгруппы имели опыт оказания сексуальных услуг за деньги или иное вознаграждение.

Особенности приема АРВТ

Таблица 1 отображает данные, связанные с особенностями приема АРВ-терапии и приверженности к ней.

Таблица 1

Особенности приема АРВТ

Показатели	ВИЧ-инфицированные беременные женщины, не имеющие опыта употребления ПАВ, первая подгруппа (n=40)	ВИЧ-инфицированные беременные женщины, находящиеся в стадии воздержания от употребления ПАВ, вторая подгруппа (n=40)	ВИЧ-инфицированные беременные женщины, находящиеся в стадии активного употребления ПАВ, третья подгруппа (n=20)
Предлагалась ли АРВТ: – предлагалась, стала получать – прием терапии начался до беременности – предлагалась, но еще не стала принимать терапию – предлагалась, но отказалась – не предлагалась АРВТ-профилактика	 87,5% 5,0% 5,0% – 2,5%	 75,0% 12,5% 5,0% – 7,5%	 60,0% 10,0% 15,0% 5,0% 10,0%
Срок, когда предложили АРВТ-профилактику (недель беременности)	M=19,2	M=18,6	M=19,8
Срок, когда стала принимать АРВТ-профилактику (недель беременности)	M=19,7	M=20,8	M=21,1
Прием препаратов: – должен начаться позже – прием терапии начат вовремя	 10,8% 89,2%	 14,7% 85,3%	 14,3% 85,7%
Прием терапии: – в полном объеме – пропуски	 Да – 86,5% Нет – 13,5%	 Да – 97,1% Нет – 2,9%	 Да – 85,7% Нет – 14,3%

Женщины из второй подгруппы начали АРВ-терапию в большем проценте случаев еще до наступления беременности на момент анкетирования (12,5%), чем женщины из первой подгруппы (5,0%). Женщины из первой и второй подгрупп не отказывались от предлагаемой АРВТ, в отличие от женщин из третьей подгруппы (5,0% отказались от предлагаемой АРВТ). Значительная разница во времени (в среднем 2 недели) между назначением и началом АРВ-профилактики вертикального пути передачи ВИЧ наблюдалась во второй и третьей подгруппах женщин. Они начинали прием терапии позже по медицинским показаниям (в связи с необходимостью сдачи анализов и подбора схемы АРВ-терапии). Наибольший процент приверженности АРВТ — 97,1%, отмечался во второй подгруппе женщин. Существенной разницы в приверженности в первой и третьей подгруппах женщин в данных не обнаружилось, принимали терапию в полном объеме — 86,5 и 85,7%.

Факторы, влияющие на приверженность АРВТ

Статистически значимой связи между опытом употребления ПАВ и приверженностью к АРВТ не обнаружено (хи-квадрат).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, рост числа ВИЧ-инфицированных женщин репродуктивного возраста и достижения фармакологии в области лечения и профилактики ВИЧ-инфекции, способствующие снижению риска перинатальной передачи вируса ребенку, обуславливают необходимость оказания качественной комплексной медицинской и социально-психологической помощи.

ВЫВОДЫ

Ситуация в Санкт-Петербурге, связанная с оказанием сервисных услуг ВИЧ-инфицированным беременным женщинам, требует изменения. Особое внимание следует обратить на данный контингент еще на стадии планирования беременности. В связи с этим необходимо кардинально улучшить качество до- и послетестового консультирования при тестировании на ВИЧ-инфекцию.

При консультировании женщин стоит уделять внимание вопросам репродуктивного здоровья и возможностей АРВ-терапии в профилактике перинатальной передачи ВИЧ от матери ребенку.

Повышению уровня диспансерного наблюдения и качества услуг может способствовать внедрение образовательных программ не только для широкого круга медицинских работников, но и для сообщества людей, живущих с ВИЧ-инфекцией .

Программы, направленные на повышение приверженности АРВ-терапии, должны включать не только медико-социальные аспекты, но и блоки вопросов, которые связаны с психологическим аспектом формирования высокой приверженности.

Данное исследование было проведено на средства гранта № R24-MH082471 полученного от Национального института психического здоровья США.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Баранов И.И., Кулаков В.И.* ВИЧ: профилактика передачи от матери ребенку. — 2003.
2. *Буравцова Е.В., Ладная Н.Н., Покровский В.В., Соколова Е.В.* Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом, Информационный бюллетень № 33. — Москва, 2009.
3. *Вартапетова Н.В., Карпушкина А.В., Еоян Т.А.* Актуальные проблемы профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку. Аналитический отчет о результатах исследования данных официальной статистики, опроса ВИЧ-инфицированных женщин, медицинской документации и оценки медицинских учреждений. Подготовлен Институтом здоровья семьи при поддержке Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ) в 2009 году.
4. *Голохвастова Н.О.* Врожденная ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика, лечение // Лечащий врач. — 2009. — № 6.
5. *Деткова Н.В., Покровский В.В., Соколова Е.В.* Профилактика вертикальной передачи ВИЧ-инфекции в России. Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом. — Москва 2005–2006 гг.
6. *Латышева И.Б., Додонов К.Н., Воронин Е.Е., Рахманова А.Г.* Перинатальная профилактика ВИЧ-инфекции в регионах Российской Федерации // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. — 2012. — Т. 4, № 3.
7. *Покровский В.В., Сервецкий К.Л.* Передача ВИЧ при грудном вскармливании и гетеросексуальных контактах // Микробиология. — 1988. — № 12.
8. *Покровский В.В.* Справка ВИЧ-инфекция в Российской Федерации в 2012 г.
9. Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом, 2012. — URL: http://www.hivrussia.org/stat/2012.shtml (дата обращения 04.10.2012).
10. *Садовникова В.Н., Чумакова О.В., Филиппов О.С.* и др. Организационные аспекты диспансерного наблюдения ВИЧ-инфицированных беременных женщин // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2008. — № 2.
11. *Самарина А.В., Ястребова Е.Б., Рахманова А.Г.* и др. Динамика и анализ передачи ВИЧ от матери ребен-

ку в Санкт-Петербурге // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. — 2012. — Т. 4, № 3.
12. Информационный бюллетень «ВИЧ-инфекция в Санкт-Петербурге», Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями. — СПб., 2009.
13. *Duff* el al.: Barriers to accessing highly active antiretroviral therapy by HIV-positive women attending an antenatal clinic in a regional hospital in western Uganda. Journal of the International AIDS Society 2010 13:37.
14. *Kissin* et al. AIDS Epidemic Update: December 2009 r. UNAIDS/09.36R/JC1700R.
15. *Maman S., Mbwambo J., Hogan N.* et al. Women's barriers to HIV-1 testing and disclosure: challenges for HIV-1 voluntary counseling and testing // AIDS Care. — 2001. — Vol. 13, N 51. — P. 595–603.
16. *Medley A., Garcia-Moreno C., McGill S., Maman S.*: Rates, barriers and outcomes of HIV serostatus disclosure among women in developing countries: implications for prevention of mother-to-child transmission programmes // Bull. World Health Org. — 2004. — Vol. 82, N 4. — P. 299–307.
17. *Mshana G. H., Wamoyi J., Busza J.* et al. Barriers to accessing antiretroviral therapy in Kisesa, Tanzania: a qualitative study of early rural referrals to the national program //AIDS Patient Care STDs. — 2006. — Vol. 20, N 9. — P. 649–657.
18. *Posse M., Meheus F., van Asten H.* et al. Barriers to access to antiretroviral treatment in developing countries: a review // Trop. Med. Int. Health. — 2008. — Vol. 13, N 7. — P. 904–913.
19. *Soderlund N., Zwi K., Kinghorn A., Gray G.* Prevention of vertical transmission of HIV: analysis of cost effectiveness of options available in South Africa // BMJ. — 1999. — Vol. 318.
20. *Sprague* et al. Health system weaknesses constrain access to PMTCT and maternal HIV services in South Africa: a qualitative enquiry // AIDS Research and Therapy. — 2011. — Vol. 8. — P. 10.
21. *Tuller D.M., Bangsberg D.R., Senkungu J.* et al. Transportation costs impede sustained adherence and access to HAART in a clinic population in southwestern Uganda: a qualitative study // AIDS Behev. — 2010. — Vol. 14, N 4. — P. 778–784.
22. *Vink P.E., Farley J., Nair P.* et al. Effects of substance abuse on vertical transmission // XIV international conference on AIDS. Barcelona — July 2002. Abstract [WePeB5957].
23. *Weiser S., Wolfe W., Bangsberg D.* et al.: Barriers to antiretroviral adherence for patients living with HIV infection and AIDS in Botswana // J. Acquir. Immune. Defic. Syndr. — 2003. — Vol. 34131. — P. 281–288.
24. The European Mode of Delivery Collaboration. Elective Caesarean section versus vaginal delivery in prevention of vertical HIV-1 transmission: a randomized clinical trail (ANRS 050) // Lancet. — 1999. — Vol. 357.
25. UNAIDS. HIV in pregnancy: a review. Geneva, 1999.
26. UNAIDS. New data on the prevention of mother-to-child transmission of HIV and their policy implications. Geneva, 2000.
27. WHO. Prevention of mother-to-child transmission of HIV: selection and use of nevirapine. Technical notes. Geneva, 2001.
28. WHO, RHR, CAH. Breastfeeding and Replacement Feeding Practices in the context of mother-to-child transmission of HIV. Geneva, 2001.

ADHERENCE TO ARV-THERAPY IN PREGNANT HIV-INFECTED WOMEN IN ST. PETERSBURG (RUSSIA)

Murza-Der G.A.

◆ **Resume.** Objective: Since 1999, increases detection of HIV-infection among pregnant women in St. Petersburg. Percentage of detection of 100 % screening for antibodies to HIV in 1987–1999 amounted to — 0.006 %, by 2008 this had risen to 2.3 % peak in 2002 — 4.6 %. Along with the feminization of the HIV epidemic, the number of children with perinatal transmission. Only on 01.01.2009 in St. Petersburg in HIV-infected mothers born 3033 children, of which 210 diagnosed HIV-infection. Average long-term rate of perinatal infection is 6.9 % [11]. The purpose of the study to describe the social and psychological factors that affect adherence to ART. Study design: in 2009–2010 came a set of participating in organizations that provide social and medical services in St. Petersburg. The sample involved 100 HIV-infected pregnant women. Methods: Participants completed anonymous self-questionnaire, which included information on the social and psychological characteristics, discrimination cases, experience substance use and risky sexual practices that have occurred after the diagnosis of HIV infection. The results: a statistically significant relationship between the experience of substance use and adherence to ART were found (chi-square). Conclusions: The situation in St. Petersburg associated with the provision of services to HIV-infected pregnant women need changes.

◆ **Key words:** HIV; antiretroviral therapy (ARV-therapy); adherence, pregnancy.

◆ Информация об авторе

Мурза-Дер Георгий Анатольевич — клинический психолог. Междисциплинарный Центр исследований и обучения по ВИЧ/СПИДу, ИКАРТ. ул. Миргородская, д.3, корп. 2, Санкт-Петербург, 193167. E-mail: George.MurzaDer@gmail.com.

Murza-Der Georgiy Anatolyevich — clinical psychologist. Interdisciplinary Center for AIDS Research and Training. Mirgorodskaya st., 3/2, St. Petersburg, 193167, Russian Federation. E-mail: George.MurzaDer@gmail.com.

© И.Б. Осипов, С.А. Сарычев, М.В. Лифанова, А.Ю. Щедрина

ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НАРУШЕНИЙ РЕЗЕРВУАРНОЙ ФУНКЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ С МИЕЛОДИСПЛАЗИЕЙ

Резюме. Консервативное лечение нейрогенных дисфункций мочевого пузыря является приоритетным направлением в детской урологии. В статье рассмотрены результаты консервативного лечения 100 детей с тяжелыми нейрогенными нарушениями мочеиспускания при каудальной миелодисплазии. Изучено влияние оксибутинина на резервуарную функцию мочевого пузыря. Оценена клиническая эффективность оксибутинина и его аналогов при лечении недержания мочи. Показана необходимость дальнейшего изучения возможностей коррекции резервуарных дисфункций мочевого пузыря у детей с гиперактивным и арефлекторным мочевым пузырем.

Ключевые слова: антихолинергическая терапия; оксибутинин; миелодисплазия; нейрогенная дисфункция мочевого пузыря; резервуарная функция; недержание мочи.

ВВЕДЕНИЕ

В детском возрасте наиболее часто встречаются функциональные нарушения мочеиспускания, обусловленные гипоталамо-гипофизарной дисфункцией и незрелостью регуляторных механизмов центральной нервной системы. Наиболее часто педиатры и нефрологи сталкиваются с энурезом и гиперактивным мочевым пузырем. Эти состояния не требуют вмешательства хирурга и имеют тенденцию к самопроизвольному улучшению в процессе роста ребенка [3, 10, 12].

Нарушения мочеиспускания у детей с органическими заболеваниями позвоночника и спинного мозга (каудальной миелодисплазией) требуют особого подхода. У этой категории больных в структуре нейрогенной дисфункции мочевого пузыря (НДМП) наиболее часто отмечается постоянное недержание мочи, резистентное к консервативному лечению. В развитии нарушений мочеиспускания большое значение имеет снижение резервуарной функции мочевого пузыря: малая функциональная емкость, повышение и нестабильность внутрипузырного давления. Резервуарные нарушения лежат в основе развития синдромов гиперактивного и дезадаптированного («плохо растяжимого», или низкокомплаэнтного) мочевого пузыря [11, 12].

Следует отметить, что тяжелая НДМП часто сопровождается развитием пузырно-мочеточникового рефлюкса, функционально обструктивного мегауретера (30–50%), хронического пиелонефрита и хронического цистита (60–80%). В условиях недостаточной коррекции НДМП инфекция мочевыводящих путей приобретает тяжелый характер и упорное рецидивирующее течение, резистентное к антибактериальной терапии. Гидродинамическое и инфекционное поражение верхних мочевыводящих путей нередко приводит к развитию хронической почечной недостаточности [1, 9],

Препаратами первого ряда, «золотым стандартом» в лечении НДМП, по мнению большинства исследователей, являются М-холиноблокаторы (антихолинергические средства). Эти препараты широко используются для коррекции гиперактивности детрузора и улучшения комплаэнтности мочевого пузыря как у взрослых с НДМП, так и у детей [4, 5].

Целью настоящего исследования являлась оценка эффективности консервативного лечения недержания мочи у детей с пороками развития позвоночника и спинного мозга на основании изучения резервуарной функции мочевого пузыря до и после назначения антихолинергической терапии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Мы рассмотрели результаты обследования и лечения 100 детей с нарушением резервуарной функции мочевого пузыря на фоне каудальной миелодисплазии в возрасте от 3 от 17 лет. Причинами миелодисплазии являлись спинномозговая грыжа у 65, и другие демиелинизирующие заболевания у 35 детей. Наличие резервуарных нарушений верифицировалось на основании регистрации ритма спонтанных мочеиспусканий и функционального объема мочевого пузыря.

Основным способом инструментальной оценки резервуарной функции мочевого пузыря являлась ретроградная цистоманометрия. Это исследование позволяло зафиксировать максимальный цистоме-

УДК: 616.832: 616.62-053.2

Таблица 1

Рефлекторная активность мочевого пузыря у пациентов с миелодисплазией

Этиология миелодисплазии	Рефлекторная активность (n, %)		Итого (n, %)
	ГАМП	АРМП	
Спинномозговая грыжа	6 (9,2)	59 (90,8)	65
Миелодисплазия другого генеза	22 (62,9)	13 (37,1)	35
Всего	28	72	100

трический объем мочевого пузыря и максимальное внутрипузырное давление. Фиксировалось также соотношение между этими двумя показателями (комплаэнтность), а также наличие незаторможенных сокращений детрузора. Резервуарная функция мочевого пузыря считалась нормальной при условии низкого давления на объеме мочевого пузыря, соответствующего возрасту, и отсутствии незаторможенных сокращений детрузора (рис. 1).

По рефлекторной активности мочевой пузырь у пациентов с нарушением резервуарной функции был классифицирован на арефлекторный (позыв на мочеиспускание полностью отсутствует, эластичные свойства стенки мочевого пузыря снижены — 72 пациента) и гиперактивный (у детей, которые могли мочиться самостоятельно объемом, не соответствующим их возрасту, или имеющих ургентную симптоматику — 28 пациентов, табл. 1). У подавляющего большинства пациентов со спинномозговой грыжей зафиксирован арефлекторный мочевой пузырь (АРМП). Напротив, у пациентов с каудальной миелодисплазией другого генеза чаще встречался гиперактивный мочевой пузырь (ГАМП).

Рефлекторная активность мочевого пузыря и состояние его сфинктерного аппарата у детей с нарушениями резервуарной функции определяло особенности мочеиспускания и недержания мочи (табл. 2).

У 48 пациентов были выявлены нарушения уродинамики верхних мочевыводящих путей, при этом у 32 из них зафиксированы тяжелые двусторонние уропатии, вызвавшие развитие ХПН у 14 детей. У 81 ребенка отмечены проявления инфекции мочевыводящих путей: от субклинических (20 детей) до крайне выраженных (15 пациентов).

Основным препаратом для лечения резервуарных нарушений являлся оксибутинин (дриптан, таблетки по 5 мг). Мы использовали дозы

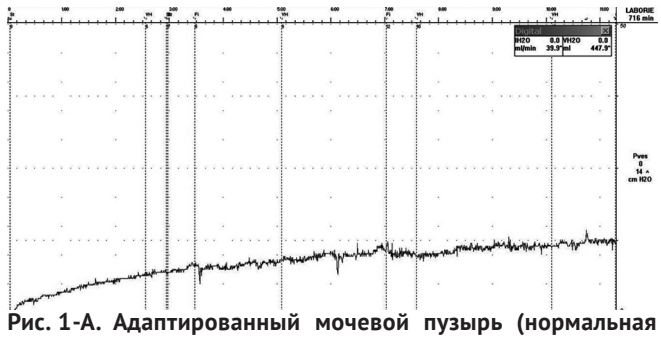


Рис. 1-А. Адаптированный мочевой пузырь (нормальная цистоманограмма подростка 16 лет с постмикционным подтеканием мочи)

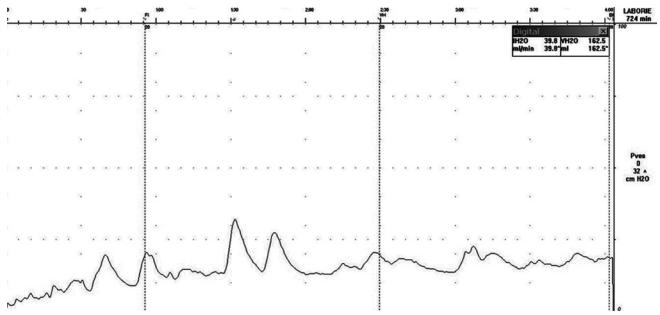


Рис. 1-Б. Адаптированный нестабильный мочевой пузырь (девочка 7 лет с ургентной симптоматикой)

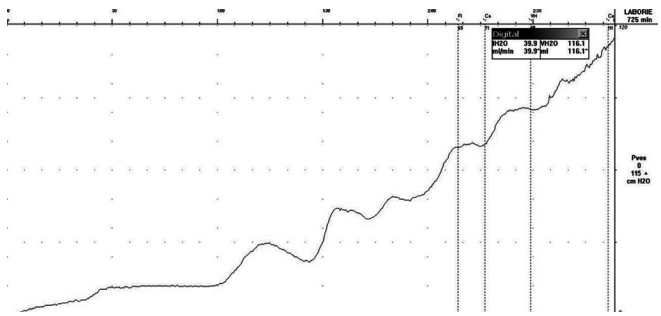


Рис. 1-В. Дезадаптированный мочевой пузырь (мальчик 10 лет с арефлекторным мочевым пузырем)

Рис. 1. Данные ретроградной цистоманометрии

Таблица 2

Характер мочеиспускания у детей с нарушениями резервуарной функции мочевого пузыря

Мочеиспускание	Рефлекторная активность (n, %)		Итого (n, %)
	ГАМП	АРМП	
Самостоятельное	24	–	24
Вспомогательное	4	26	30
Катетеризация	–	46	46
Всего детей	28	72	100

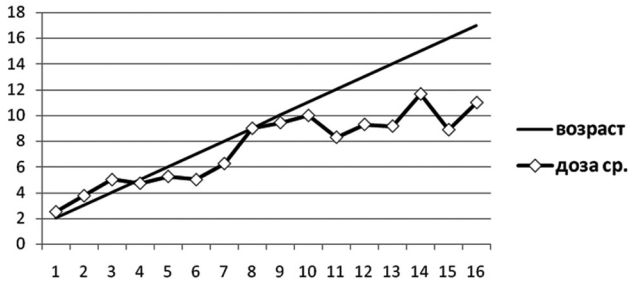


Рис. 2. Суточная доза оксибутинина у пациентов с НДМП

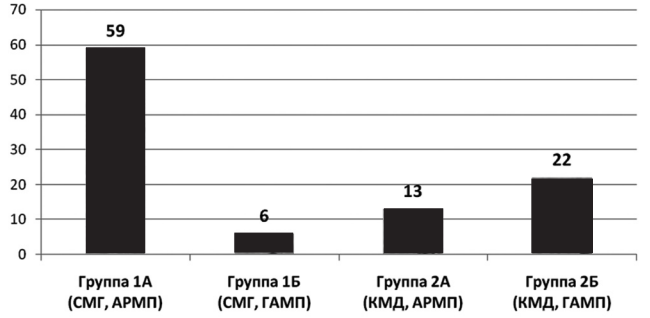


Рис. 3. Распределение пациентов с миелодисплазией по группам

от 2,5 до 15 мг в сутки. Как показывает рисунок 2, суточная доза оксибутинина у наших пациентов, как правило, не превышала 1 мг на год жизни, начиная с четырехлетнего возраста. При среднем возрасте 9 лет средняя доза препарата составила 7 мг в сутки. Доза подбиралась с учетом массы тела, индивидуальной чувствительности и переносимости препарата. Мы стремились получить положительный эффект при минимальных суточных дозах, чтобы избежать возникновения нежелательных атропиноподобных реакций.

Результаты лечения оценены, исходя из этиологии миелодисплазии и рефлекторной активности мочевого пузыря. Согласно этим признакам пациенты неравномерно распределились на 4 группы, как ранее было показано в таблице 1 (рис. 3).

Для статистической оценки качественных уродинамических показателей функциональный объем мочевого пузыря ранжирован на «малый», «средний» и «большой» согласно данным М. Д. Джавад-Заде и соавт. Аналогично показатели внутрипузырного давления распределены по категориям «низкое» (до 25 см вод. ст.), «среднее» (25–40 см вод. ст.) и высокое (свыше 40 см вод. ст.; табл. 3).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Оксибутинин является наиболее изученным М-холиноблокатором и разрешен к использованию в детском возрасте. Согласно инструкции препарат назначается детям старше 5 лет по 5 мг 2–3 раза в сутки. Все же, подавляющее большинство урологов и нефрологов предпочитают назначать оксибутинин детям младшего возраста, начиная с 2,5 мг х 2 раза, индивидуально подбирая дозировку. Мы также придерживались этой тактики у наших пациентов [2, 4–6, 12].

Отсутствие желаемого эффекта оксибутинина при исследовании у пациентов с ГАМП различного возраста отмечено в 10–40 % случаев. Данных о влиянии оксибутинина на низкокомплаентный мочевой пузырь недостаточно. В этих случаях возможна замена оксибутинина на антихолинергические препараты более нового поколения: троспия хлорид, толтеродин и пропиверин, которые успешно прошли клинические исследования у взрослых пациентов с ГАМП и были признаны эффективными. По данным ряда исследований, эти препараты хорошо переносились при длительном применении. К сожалению, серьезных клинических исследований в детской практике с участием этих М-холиноблокаторов пока не проводилось. Эффективность препаратов солифенацин и дарифенацин в настоящее время мало изучена не только в детской, но и взрослой нейроурологии [2, 6, 13–16].

Результаты лечения резервуарных дисфункций оценивались на основании динамики объема мочевого пузыря, внутрипузырного давления и удержания мочи. Хорошим уродинамическим результатом считалось создание мочевого пузыря большого объема (относительно возрастных нор-

Таблица 3

Уродинамические показатели у пациентов с нарушениями резервуарной функции мочевого пузыря

Группы	Функциональный объем, n			Внутрипузырное давление, n		
	малый	средний	большой	высокое	среднее	низкое
1А	34	22	3	39	15	5
1Б	2	4	–	3	3	–
2А	6	6	1	10	3	–
2Б	14	7	1	17	5	
итого	56	39	5	69	26	5

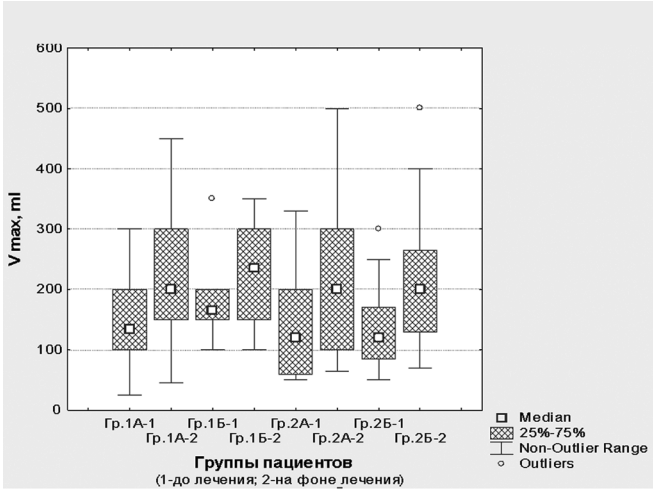


Рис. 4. Динамика максимального объема мочевого пузыря на фоне антихолинергической терапии оксибутинином

мативов) и низкого внутрипузырного давления (менее 25 см вод. ст.). Хороший клинический результат лечения фиксировался, если ребенок удерживал мочу после опорожнения мочевого пузыря не менее 3 часов.

Возрастание максимального объема мочевого пузыря (Vmax) на фоне приема оксибутинина варьировало в широких пределах, от 0 до 350 мл, в среднем получен рост Vmax на 76,67±7,4 мл. В группе 1А показатель Vmax увеличился на 76,81±9,70 мл, в группе 1Б на 40,00±22,51 мл, в группе 2А на 83,46±19,29 мл, в группе 2Б

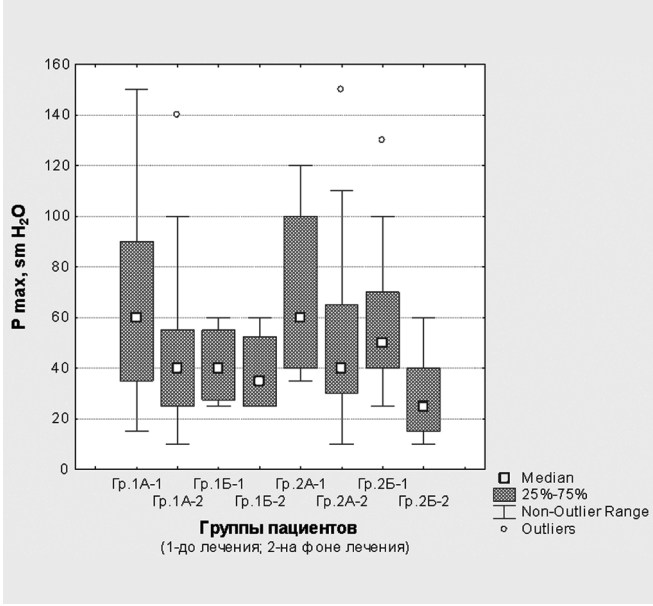


Рис. 5. Динамика максимального внутрипузырного давления на фоне антихолинергической терапии оксибутинином

на 79,00±17,20 мл. Существенных отличий в отношении влияния оксибутинина на объем мочевого пузыря у детей с миелодисплазией в группах не отмечено (рис. 4).

Статистический анализ с использованием непараметрического теста Kruskal–Wallis показал, что изменения максимального цистометрического объема в результате приема оксибутинина не зависят от рефлекторной активности мочевого пузыря и этиологии миелодисплазии.

Положительные результаты изменения объема мочевого пузыря на фоне антихолинергической терапии получены у 61 больного с резервуарными нарушениями: удовлетворительные у 25 и хорошие у 36 детей.

Снижение максимального внутрипузырного давления (Pmax) на фоне приема оксибутинина также варьировало в широких пределах, от 0 до 100 см вод. ст. В среднем получено снижение Pmax на 21,09±2,57 см вод. ст., без существенной разницы у пациентов разных групп. В группе 1А показатель Pmax уменьшился на 19,90±3,04 см вод. ст., в группе 1Б на 13,75±6,57 см вод. ст., в группе 2А на 16,67±9,39 см вод. ст., в группе 2Б на 29,67±6,41 см вод. ст. (рис. 5).

Статистический анализ с использованием непараметрического теста Kruskal–Wallis показал, что изменения максимального внутрипузырного давления в результате приема оксибутинина также не зависят от рефлекторной активности мочевого пузыря и этиологии миелодисплазии. Качественные изменения внутрипузырного давления получены во всех группах, хотя наиболее убедительные результаты отмечены у пациентов группы 2Б (дети с каудальной миелодисплазией и ГАМП; χ^2=7,657, df=6, p=0,264).

В целом положительные результаты изменения внутрипузырного давления на фоне антихолинергической терапии получены у 40 из 78 больных, которым выполнена контрольная цистометрия.

В процессе ретроградной цистоманометрии незаторможенные сокращения детрузора зафиксированы у 53 пациентов. Поскольку количество и размах пиков классифицировать не принято, математическая оценка динамики нестабильности мочевого пузыря затруднена. Однако визуальная оценка цистометрограмм позволила констатировать улучшения в 16 и полную стабилизацию давления в 34 случаях из 53. Это наблюдение говорит о том, что оксибутинин обладает выраженным детрузор-стабилизирующим эффектом как у пациентов с ГАМП, так и у пациентов с арефлекторным мочевым пузырем.

В отношении удержания мочи у пациентов с миелодисплазией положительный клинический эффект

Таблица 4

Клинические результаты антихолинергической терапии у детей с миелодисплазией

Группы	Результаты (n, %)			Итого (n, %)
	Неуд.	Уд.	Хор.	
1А	26 (44,1)	24 (40,7)	9 (15,3)	59
1Б	3 (50,0)	2 (33,3)	1 (16,6)	6
2А	6 (46,2)	1 (7,7)	6 (46,2)	13
2Б	9 (40,9)	6 (27,3)	7 (31,8)	22
Всего	44	33	23	100

антихолинергической терапии оксибутинином получен у 56 из 100 пациентов (табл. 4).

Как видно из таблицы 4, более чем у 40% детей с миелодисплазией, выявлена клиническая резистентность к оксибутинину. Безоговорочно хорошие результаты получены у 23% детей.

Из статистического анализа данных, представленных в таблице 4, следует, что существенной зависимости клинических результатов лечения от рефлекторной активности или этиологии миелодисплазии не наблюдается. Поэтому мы попытались выяснить, зависят ли результаты консервативного лечения резервуарных нарушений от исходного объема мочевого пузыря (табл. 5).

Из данных таблицы 5 видно, чем больше исходный объем мочевого пузыря, тем лучше клинические результаты антихолинергической терапии ($\chi^2=11{,}687$, df=4, p=0,020; коэффициент корреляции Спирмена r=0,318, p=0,001).

Статистический анализ качественных показателей показывает, что положительные результаты в отношении удержания мочи возможны при «большом» и «среднем» объемах мочевого пузыря ($\chi^2=6{,}662$, df=1, p=0,010), а также «низком» и «среднем» внутрипузырном давлении ($\chi^2=3{,}128$, df=1, p=0,077). Отступления от тенденции «чем больше объем, тем лучше удержание мочи» были обоснованы снижением уретрального сопротивления. У всех пациентов, у которых не достигнуто таких результатов при указанных объемах мочевого пузыря, отмечалась недостаточность уретрального сфинктера. Напротив, у тех детей, у которых хорошие и удовлетворительные клинические результаты были получены при среднем объеме мочевого пузыря, замыкательная функция уретрального сфинктера была сохранена.

В литературе описаны следующие нежелательные эффекты оксибутинина: сухость во рту, гиперемия кожи, снижение остроты зрения, боли в животе, сонливость, увеличение количества остаточной мочи. Такие эффекты, связанные с недостаточно селективным воздействием препарата, фиксируются в 12–46% случаев. Свыше 90% из них занимает сухость во рту, которую ощущают 60–70% пациентов, принимающих оксибутинин [4, 7–9].

В нашем исследовании нежелательные атропиноподобные эффекты были отмечены у 16 из 100 детей. Зафиксированы следующие симптомы: сухость во рту — 8 случаев, кишечные расстройства (боли, запоры и диарея) — 8, диплопия — 1, аллергическая сыпь и зуд — 1, брадикардия — 1, головная боль — 1, 2 случая парадоксального повышения внутрипузырного давления, 2 случая значительного возрастания остаточной мочи у детей с ГАМП. Наличие таких симптомов послужило поводом для прекращения антихолинергической терапии у пяти детей, принимавших оксибутинин с положительным клиническим эффектом. Другие 11 пациентов отказались от препарата ввиду его недостаточной эффективности.

Наличие нежелательных эффектов и недостаточная эффективность оксибутинина вынуждали обратиться к другим М-холиноблокаторам, менее распространенным в детской практике. Помимо оксибутинина, мы назначали троспия хлорид (спазмекс) 10, толтеродин (детрузитол) 7 и солифенацин (везикар) 9 пациентам старшего возраста. Результаты альтернативной терапии оценивались по тем же критериям. Положительные клинические результаты получены в 6 из 24 случаев, из них только 2 хороших — у детей, принимавших солифенацин. То есть в подавляющем

Таблица 5

Клинические результаты антихолинергической терапии у детей с различными категориями мочевого пузыря

Категории мочевого пузыря	Результаты (n, %)			Итого (n, %)
	Неуд.	Уд.	Хор.	
малый	31 (55,4)	18 (32,1)	7 (12,5)	56
средний	12 (30,8)	14 (35,9)	13 (33,3)	39
большой	1 (20,0)	1 (20,0)	3 (60,0)	5
Всего	44	33	23	100

большинстве случаев у пациентов, резистентных к оксибутинину, не удалось добиться успеха с помощью других М-холиноблокаторов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Нарушения резервуарной функции мочевого пузыря у детей с миелодисплазией проявляются в структуре синдромов арефлекторного и гиперактивного мочевого пузыря. Антихолинергическая терапия с пероральным применением оксибутинина гидрохлорида улучшает клинико-уродинамические параметры у детей с миелодисплазией в 51–61 % случаев. При этом результаты, полностью удовлетворяющие врача и больного, отмечены менее чем у трети пациентов (23–36 % случаев). Отсутствие эффективности оксибутинина констатировано в 39–44 % случаев. У 16 % пациентов развились нежелательные эффекты в ранние и отдаленные сроки от начала лечения. Эти факты соответствуют данным исследований, произведенных у пациентов с НДМП. Чем хуже резервуарные показатели мочевого пузыря, тем меньший детрузор-стабилизирующий эффект можно ожидать от применения оксибутинина. Альтернативные М-холиноблокаторы не оказывают существенных улучшений при резистентном к оксибутинину мочевом пузыре. Таким образом, низкая толерантность НДМП при миелодисплазии к фармакотерапии требует дальнейшего изучения возможностей коррекции резервуарных дисфункций мочевого пузыря у детей с гиперактивным и арефлекторным мочевым пузырем. В этой связи нам представляются перспективными исследования в области применения современных высокотехнологичных хирургических методик лечения НДМП у детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Вишневский Е.Л.* Достижения и перспективы развития детской нейроурологии // Российский вестник перинатологии и педиатрии. — 1998. — № 1. — С. 44–48.
2. *Вишневский Е.Л., Казанская И.В., Игнатьев Р.О., Гусева Н.Б.* Эффективность лечения гиперактивного мочевого пузыря у детей дриптаном // Врачебное сословие. — 2005. — № 4–5. С. 32–35.
3. *Казанская И.В.* Актуальность проблемы диагностики и лечения расстройств мочеиспускания у детей в России // Диагностика и лечение детей с расстройствами мочеиспускания: Материалы Российского симпозиума. — М.: НИИ урологии, 2011. — С. 15–19.
4. *Казанская И.В., Вишневский Е.Л., Игнатьев Р.О., Гусева Н.Б.* Роль М-холинолитиков в реабилитации детей с расстройствами мочеиспускания при гиперактивном мочевом пузыре // Вопросы современной педиатрии. — 2006. — Том 5, № 2. — С. 65–68.
5. *Казанская И.В., Отпущенкова Т.В.* Энурез: классификация, причины, диагностика и лечение // Вопросы современной педиатрии. — 2003. — Том 2, № 6. — С. 46–52.
6. *Кольбе О.Б., Моисеев А.Б., Сазонов А.Н.* и др. Оценка эффективности применения препарата оксибутинин у детей с гиперактивным мочевым пузырем // Рус. мед. журн. — 1998. — Том 14, № 12. — С. 35–38.
7. *Лопаткин Н.А.* Нейрогенные дисфункции мочевого пузыря // Урология: национальное руководство. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — С. 937–952.
8. *Мазо Е.Б., Кривобородов Г.Г.* Гиперактивный мочевой пузырь: современные представления о патогенезе // Нейроурология. Материалы пленума правления Российского общества урологов. — СПб., 2008. — С. 111–114.
9. *Осипов И.Б., Смирнова Л.П.* Нейрогенный мочевой пузырь у детей. — СПб.: Питер., 2001. — 96 с.
10. *Папаян А.В., Марушкин Д.В.* Нейрогенные дисфункции мочевого пузыря // Клиническая нефрология детского возраста. — СПб.: Сотис, 1997. — С. 546–554.
11. *Притыко А.Г., Бурков И.В., Николаев С.Н.* Диагностика и хирургическое лечение каудальных пороков развития позвоночника и спинного мозга у детей. — Ульяновск: Симбирская книга, 1999. — 96 с.
12. *Пугачев А.Г., Ромих В.В., Алферов С.Н.* Клинические особенности функциональных нарушений мочеиспускания в детском возрасте // Лечащий врач. — 2004. — № 9. — С. 32–35.
13. *Grigoleit U., Murtz G., Laschke S.* et al. Efficacy, tolerability and safety of propiverine hydrochloride in children and adolescents with congenital or traumatic neurogenic detrusor overactivity: a retrospective study //Eur. Urol. — 2006. — Vol. 49, N 6 — P. 1114–1121.
14. *Franco I., Horowitz M., Grady R.* Efficacy and safety of oxybutynin in children with detrusor hyperreflexia secondary to neurogenic bladder dysfunction // J. Urol. — 2005. — Vol. 173, N 1 — P. 221–225.
15. *O'Leary M., Erickson J.R., Smith C.P.* Effect of controlled release oxybutynin on neurogenic bladder function in spinal cord injury // J. Spinal. Cord. Med. — 2003. — Vol. 26, N 2 — P. 159–162.
16. *Stohrer M., Murtz G., Kramer G.* et al. Propiverine compared to oxybutynin in neurogenic detrusor overactivity — results of a randomized, double-blind, multicenter clinical study // Eur. Urol. — 2007. — Vol. 51, N 1 — P. 235–242.

CONSERVATIVE TREATMENT OF BLADDER RESERVOIR FUNCTION DISTURBANCES IN CHILDREN WITH MYELODYSPLASIA

Osipov I.B., Sarychev S.A., Lifanova M.V., Shchedrina A.Y.

◆ **Resume.** Conservative treatment of neurogenic bladder is a priority guideline in pediatric urology. Results of conservative treatment of 100 patients with severe neurogenic voiding disturbances in case of caudal myelodisplasia are described in this article. Influence of oxibutinin on reservoir function of bladder has been studied. Clinical efficiency of oxibutinin and its analogues in treatment of urinary incontinence has been estimated. Necessity of further investigation of opportunities of bladder reservoir dysfunction correction in children with overactive and areflectory bladder is shown.

◆ **Key words:** Anticholinergic therapy; oxibutinin; myelodysplasia; neurogenic bladder dysfunction; reservoir function; urinary incontinence.

◆ Информация об авторах

Осипов Игорь Борисович — д.м.н., профессор, заведующий кафедрой урологии. ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: osipovib @mail.ru.

Сарычев Сергей Александрович — врач уролог-андролог. ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2, хирургическое отделение №1. E-mail: serg_sarychev@mail.ru.

Лифанова Мария Владимировна — ассистент кафедры урологии. ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: maria.lifanova@mail.ru.

Щедрина Анна Юрьевна — аспирант кафедры урологии. ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: annashchedrina@list.ru.

Osipov Igor Borisovich — MD, PhD, Professor, Head, Department of urology. Saint-Petersburg State Pediatric Medical University of Health Ministry of Russia. 2, Litovskaya St., St. Petersburg, 194100, Russian Federation. E-mail: osipovib @mail.ru.

Sarychev Sergey Aleksandrovich — pediatric urologist. Saint-Petersburg State Pediatric Medical University of Health Ministry of Russia. 2, Litovskaya St., St. Petersburg, 194100, Russian Federation. E-mail: serg_sarychev@mail.ru.

Lifanova Mariya Vladimirovna — Assistant Professor at the Department of urology. Saint-Petersburg State Pediatric Medical University of Health Ministry of Russia. 2, Litovskaya St., St. Petersburg, 194100, Russian Federation. E-mail: maria.lifanova@mail.ru.

Shchedrina Anna Yuryevna — Post-graduate student, Department of urology. Saint-Petersburg State Pediatric Medical University of Health Ministry of Russia. 2, Litovskaya St., St. Petersburg, 194100, Russian Federation. E-mail: annashchedrina@list.ru.

© М.И. Бурлакова,
М.П. Билецкая

ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России

Резюме. В работе Бурлаковой М.И., Билецкой М.П. «Психологические особенности семей детей больных бронхиальной астмой» с целью изучения особенностей семейных коммуникаций, воспитания, защитно-совладающего поведения было исследовано 50 семей (150 человек) детей с бронхиальной астмой и 50 семей условно здоровых детей. Выявлены и описаны психологические особенности, которые необходимо учитывать в семейной психотерапии (психокоррекции) детей с бронхиальной астмой.

Ключевые слова: бронхиальная астма; патологизирующий тип воспитания; родительская любовь; копинг-стратегии; семейная сплоченность и адаптация.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

ВВЕДЕНИЕ

Изучение особенностей семейных коммуникаций является одной из самых важных задач при работе с семьями детей, страдающих бронхиальной астмой (БА). Приступы астмы у ребенка нередко являются следствием нарушенных взаимоотношений в семье [4]. Родительская любовь — источник внутренней устойчивости при столкновении с болезнью [1]. Она обеспечивает наличие у ребенка чувства безопасности и психологической защищенности [3]. Искаженные взаимоотношения приводят к психоэмоциональному напряжению, повышающему риск обострения БА [2]. В настоящее время остается малоизученным вопрос о том, как членам семьи удается преодолевать напряжение и справляться с беспокойством в такой трудной, критической жизненной ситуации, как обострение хронического заболевания у ребенка.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Целью исследования является изучение психологических особенностей семей детей, страдающих бронхиальной астмой.

БАЗА ИССЛЕДОВАНИЯ

База исследования: отделение пульмонологии, СПбГПМА.

Всего исследовано 300 человек. Основная группа: 50 семей (150 человек) — 50 детей 9–11 лет, с атопической формой БА среднетяжелой степени тяжести и 100 родителей; контрольная группа — 50 семей условно здоровых детей.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Методы исследования: клинико-биографический: наблюдение, беседа, семейный анамнез; психодиагностический: опросник «Анализ семейных взаимоотношений» (АСВ) Э.Г. Эйдемиллера и В.В. Юстицкиса, опросник «Родителей оценивают дети» (РОД) И.А. Фурманова и А.А. Аладьина, методики «Диагностика родительской любви и симпатии» и «Доминирующий компонент родительской любви» Р.В. Овчаровой и Е.В. Милюковой, опросник копинг-стратегий N.M. Ryan-Wenger, адаптированный Н.А. Сиротой и В.М. Ялтонским, «Шкала семейной адаптации и сплоченности» (FACES-3) Д. Олсона, адаптированная М. Перре, статистический: сравнительный анализ.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Клинико-биографический метод позволил выявить, что у 80% детей заболевание началось в возрасте до 5 лет. В результате наблюдения и беседы была обнаружена симбиотическая связь больного ребенка с матерью. Отмечено, что в большинстве случаев она занимается уходом за ребенком с БА, следит за его самочувствием, выполняет рекомендации специалистов, строго следует назначениям врачей-пульмонологов. Обострение бронхиальной астмы часто провоцируется трудностями взаимоотношений ребенка с родителями, конфликтами в семье.

УДК: 616.248-053.2:159.9

Данные анамнеза, метода включенного наблюдения и интервью доказывают, что «идентифицированным пациентом» в семье является больной ребенок, а астматический приступ — симптом семейной системы, выполняющий морфостатическую функцию. Таким образом, обострение заболевания является кризисным этапом в жизни семьи [1].

Родители детей, больных БА, в *воспитании* используют гиперпротекцию (6,18±1,46; 5,36±1,35; $p<0,01$ — матери; 4,8±1,65; 3,76±1,15; $p<0,01$ — отцы) и минимальность санкций (3,74±0,77; 2,88±1,06; $p<0,01$ — матери; 3,82±1,08; 3,6±0,63; $p<0,05$ — отцы), что может говорить о неспособности противостоять желаниям больного ребенка из-за его плохого самочувствия, а также способности обходиться без наказаний или применять их крайне редко. Характерная для родителей фобия утраты ребенка (3,42±2,39; 1,96±1,17; $p<0,01$ — матери; 1,94±1,25; 1,08±0,72; $p<0,01$ — отцы) может быть обусловлена наличием самого заболевания (БА). Отношение родителя к ребенку формируется под воздействием накопленного страха утраты. Типичные высказывания таких родителей отражают их ипохондрическую боязнь за ребенка. Для отцов детей с БА также характерна воспитательная неуверенность (2,94±1,23; 2,18±1,22; $p<0,01$) (отец «идет на поводу» у больного ребенка). Для матерей детей с БА, в свою очередь, получены значимые различия по шкале «недостаточность обязанностей ребенка» (1,58±1,21; 3,1±1,46; $p<0,01$), однако уровень данной шкалы значимо выше у матерей здоровых детей. Такие результаты могут свидетельствовать о тенденции к потворствующей гиперпротекции.

Дети, страдающие БА, считают, что родители переживают за их здоровье, что находит отражение в шкале «фобия утраты ребенка» (5,26±2,01; 2,5±1,63; $p<0,01$) и подтверждается клинико-биографическим методом. Дети рассказывают, что родители часто обращают внимание на то, что у них холодные руки и ноги, что малейший кашель или даже чихание приводит в беспокойство их мать, что она часто слушает их дыхание, боясь, что у ребенка есть свист и хрипы в легких. Нередко больные дети сообщают о том, что родители «балуют» их, редко наказывают или вообще обходятся без наказаний. Данные факты клинико-биографического метода находят свое отражение в шкалах «гиперпротекция» (5,5±1,71; 4,12±1,4; $p<0,01$), «потворствование» (4,64±1,69; 3,62±1,39; $p<0,01$) и «минимальность санкций» (3,22±1,16; 2,64±1,06; $p<0,01$). Сочетания данных стилей воспитания формируют патологизирующий тип воспитания — потворствующую гиперпротекцию.

Проявления родительской любви выше в семьях детей с БА, чем в семьях здоровых детей (матери: 35,58±2,36 и 31,56±4,37; $p<0,01$; отцы: 35,6±1,84 и 30,5±3,88; $p<0,01$). Это может быть обусловлено тем, что в диаде мать-ребенок существует симбиотическая связь между ребенком и матерью, что подтверждают данные клинико-биографического метода.

Для матерей детей, страдающих БА, характерен смешанный *компонентный состав родительской любви,* основными составляющими которого являются психофизиологический (5,18±1,2 и 4,04±1,48), эмоционально-чувственный (6,88±0,32 и 4,78±1,56) и поведенческий (5,96±1,15 и 4,68±1,49) компоненты ($p<0,01$). Причем доминирующим компонентом является эмоционально-чувственный, что может быть обусловлено глубокими личностными переживаниями матери за состояние здоровья своего больного ребенка. Данный факт подтверждается клинико-биографическим методом. Для матерей здоровых детей также характерен данный компонентный состав родительской любви, однако все компоненты в нем выражены равномерно. Для отцов детей с БА характерен только эмоционально-чувственный компонент родительской любви (6,64±0,48 и 4,64±1,06; $p<0,01$), что свидетельствует о ее неструктурированности. Это может быть обусловлено отстранением отца из сферы ухода за больным ребенком, что подтверждают данные клинико-биографического метода. Однако наличие данного компонента любви у отцов свидетельствует об их озабоченности состоянием здоровья своих детей.

При напряжении и беспокойстве *дети с БА* чаще используют единичные *копинг-стратегии,* основным содержанием которых является телесный контакт и отношения привязанности («обнимаю, прижимаю, глажу кого-нибудь из близких»: основная группа 92% детей; контрольная — 56%; $p<0,01$), уход от общения, погружение в свой внутренний мир («остаюсь один»: 66 и 35%; $p<0,01$) или диады малоэффективных неадаптивных стратегий, основное содержание которых — обдумывание ситуации и обращение к Богу с просьбой ее разрешить («думаю об этом»: 56 и 31%; $p<0,01$) — «молюсь»: 21 и 10%; $p<0,05$). Здоровые дети используют в трудной ситуации комплексы копинг-стратегий, помогающие гибко решать возникающие трудности ($p<0,01$).

И для матерей, и для отцов детей, страдающих БА, характерен такой *параметр семейной адаптации,* как «дисциплина в семье» (6,32±1,43; 5,22±1,11; $p<0,01$ — матери; 6,82±1,75; 5,54±1,07; $p<0,01$ — отцы), что может быть обусловлено необ-

ходимостью постоянного контроля за самочувствием больного ребенка, отслеживанием динамики его состояния методом пикфлоуметрии, соблюдением диет и режима дня в целом. Также для матерей и отцов больных детей выявлены значимые различия по следующим параметрам семейной сплоченности: «эмоциональная связь» (9,84±1,95; 12,96±0,92; $p<0,01$ — матери; 11,66±1,93; 13,4±0,85; $p<0,01$ — отцы), «семейные границы» (7,22±1,54; 8,12±0,89; $p<0,01$ — матери; 7,22±1,38; 8,56±0,95; $p<0,01$ — отцы) и «совместное время» (3,56±0,83; 4,24±0,71; $p<0,01$ — матери; 3,6±0,94; 4,42±0,49; $p<0,01$ — отцы). Для матерей детей с БА также значимыми являются параметры семейной сплоченности «интересы и отдых» (7,32±1,23; 7,96±1,71; $p<0,05$) и семейной адаптации «семейные роли» (9,26±1,68; 10,48±1,61; $p<0,01$), а для отцов, в свою очередь, «лидерство» (5,98±0,95; 7,04±0,96; $p<0,01$). Однако данные параметры в семьях здоровых детей выражены сильнее.

Сплоченность в семьях детей, больных БА, является разделенной (низкосбалансированной) (35,94±3,93 — матери, $p<0,01$; 37,82±3,3 — отцы, $p<0,01$). Для семей здоровых детей характерна объединенная (сбалансированная) сплоченность (40,82±4,21, $p<0,01$; 41,76±1,98, $p<0,01$). Это может быть обусловлено тем, что в семьях детей, больных бронхиальной астмой, мать практически полностью сосредоточена на самочувствии больного ребенка и, соответственно, мало обращает внимания на мужа. Отец, в свою очередь, большое количество своего времени посвящает работе и в меньшей степени заботится о ребенке, в то время как мать нуждается в его помощи.

Таким образом, для семей, где есть дети, страдающие БА, характерны нарушение процесса воспитания и низкий адаптационный потенциал в целом, что обуславливает необходимость проведения семейной психотерапии и психокоррекции с целью обучения членов семьи необходимым навыкам адаптивного взаимодействия с больным ребенком.

ВЫВОДЫ

Для родителей детей, страдающих бронхиальной астмой, свойственно нарушение процесса воспитания, выражающееся в гиперпротекции, минимальности санкций и фобии утраты ребенка. Для отцов детей с БА также характерна воспитательная неуверенность. Данные нарушения процесса воспитания могут свидетельствовать о тенденции к формированию патологизирующего стиля воспитания — потворствующей гиперпротекции.

Дети, больные БА, считают, что для их родителей свойственны такие нарушения процесса воспитания, как «фобия утраты ребенка», «гиперпротекция», «потворствование» и «минимальность санкций». Сочетания данных стилей воспитания формируют патологизирующий тип воспитания — потворствующую гиперпротекцию.

Проявления родительской любви выше у тех родителей, дети которых страдают бронхиальной астмой, чем у родителей здоровых детей. Для матерей детей с БА характерен смешанный компонентный состав родительской любви, основными составляющими которого являются психофизиологический, эмоционально-чувственный и поведенческий компоненты. Доминирующим компонентом является эмоционально-чувственный. Для отцов детей с БА характерен только эмоционально-чувственный компонент родительской любви.

Дети 9–11 лет, страдающие бронхиальной астмой, чаще используют единичные копинг-стратегии, основным содержанием которых является телесный контакт и отношения привязанности, уход от общения, погружение в свой внутренний мир или диады малоэффективных неадаптивных стратегий, основное содержание которых — обдумывание ситуации и обращение к Богу как высшей силе с просьбой ее разрешить.

Проявления семейной сплоченности выше в семьях здоровых детей, чем в семьях детей с БА. В семьях, где дети страдают бронхиальной астмой, выявлен разделенный (низкосбалансированный) уровень семейной сплоченности и такой параметр семейной адаптации, как «дисциплина в семье», что свидетельствует о неадаптивности семейного копинга на системном семейном уровне и нестабильности семейной системы в целом.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Билецкая М.П., Шендрик М.И.* Особенности родительской любви в семьях детей с бронхиальной астмой // Актуальные аспекты психосоматики в общемедицинской практике.– Выпуск IX / Под общей редакцией В.И. Мазурова.– СПб., 2009. – С. 27–31.
2. *Исаев Д.Н.* Детская медицинская психология. Психологическая педиатрия.– СПб.: Речь, 2004.– 384 с.
3. *Овчарова Р.В., Милюкова Е.В.* Методики диагностики родительской любви // Семейная психология и семейная терапия. – 2006. – № 3. – С. 79–87.
4. *Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В.* Психология и психотерапия семьи. 4-е изд.– СПб.: Питер, 2008.– 672 с.

PSYCHOLOGICAL FEATURES OF FAMILIES OF CHILDREN WITH ASTHMA

Burlakova M. I., Biletskaya M. P.

◆ **Resume.** In the work "Psychological characteristics of families of children with asthma", by M.P. Biletsky, M.I. Burlakova 50 families (150 people) of children 9-11 years with asthma and 50 families (150) of healthy children have been investigated for studing the characteristics of family communication, education, and protective coping behavior. There have been identified and described psychological characteristics that must be considered in family therapy (psycho-correction) of children with asthma.

◆ **Key words:** Asthma; patologiziruyuschy type of education; parental love; coping strategies; family cohesion and adaptation.

◆ Информация об авторах

Бурлакова Маргарита Игоревна — медицинский психолог, соискатель кафедры психосоматики и психотерапии. ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: shendrik7@yandex.ru.

Burlakova Margarita Igorevna — Clinical psychologist, Postgraduate Student, Department of psychosomatic and psychotherapy. Saint-Petersburg State Pediatric Medical University of Health Ministry of Russia. 2, Litovskaya St., St. Petersburg, 194100, Russian Federation. E-mail: shendrik7@yandex.ru.

Билецкая Марина Петровна — к.м.н., доцент, кафедра психосоматики и психотерапии факультета клинической психологии. ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: biletskyv@mail.ru.

Biletskaya Marina Petrovna — MD, PhD, associate professor, Dept. psychosomatic medicine and psychotherapy of faculty of clinical psychology. Saint-Petersburg State Pediatric Medical University of Health Ministry of Russia. 2, Litovskaya St., St. Petersburg, 194100, Russian Federation. E-mail: biletskyv@mail.ru.

© А.-М.А. Обухова,
Д.Д. Исаев

ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России

Резюме. Существующая теоретическая модель сексуальной ориентации не соответствует используемым шкалам измерения. Нет должного экспериментального обоснования компонентов, лежащих в основе «выбора» сексуальной ориентации.

Ключевые слова: сексуальная ориентация; шкала Кинси; гомосексуалы; трансгендеры.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ КОМПОНЕНТЫ СЕКСУАЛЬНОЙ ОРИЕНТАЦИИ

Понятие «сексуальная ориентация», которое вошло в общее употребление только в 1970-х, сегодня во многих зарубежных научных работах стало рассматриваться как одна из важных демографических характеристик наряду с расой и этнической принадлежностью.

Сексуальная ориентация характеризует отклик человека на гендерно-окрашенные стимулы. Человек может испытывать сексуальное и/или эмоциональное влечение только к женщинам (не ко всем подряд), только к мужчинам (не ко всем подряд), и к мужчинам, и к женщинам, и/или к гермафродитам, трансвеститам, трансгендерам и другим людям, не вписывающимся в существующие гендерные нормы. Некоторые люди безразличны к гендерно-окрашенным стимулам и могут считаться асексуальными [2].

В качестве классификационных критериев людей по сексуальной ориентации могут использоваться: актуальное сексуальное поведение (например, количество партнеров своего и противоположного пола в прошлом и настоящем); имеющиеся чувства (например, фантазии и желания); самокатегоризация людей (кем они себя считают) [6], а также генитальные или мозговые реакции (физиологические измерения возбуждения на мужские и женские образы) [11]. Практически всегда в качестве определяющих в литературе ссылаются на один или оба компонента: «поведенческий» и «психологический» [8].

В течение последних 60 лет самым распространенным инструментарием для измерения сексуальной ориентации была биполярная шкала Кинси. Несмотря на популярность, эта шкала весьма часто подвергается критике, так как подразумевает реципрокные отношения между гомосексуальностью и гетеросексуальностью и требует от респондентов сделать выбор между ними. Шкала Кинси не может считаться удовлетворительной и потому, что построена на искусственном объединении психологических и поведенческих компонентов влечения, которым может быть дана только одна общая оценка. Кроме того, шкала Кинси не в состоянии фиксировать изменения в сексуальной ориентации во времени, рассматривая ситуацию как неизменную [5].

М. Стормз [10] сформулировал альтернативную модель, в которой гомоэротизм и гетероэротизм являются ортогональными, независимыми континуумами. М. Шивли и Дж. ДеЧекко [9] предложили использовать две независимые шкалы, чтобы развести направленность физического (сексуального) и эмоционального влечения. Наконец, решетка сексуальной ориентации Клайна попыталась отделить влечение, поведение, фантазии, эмоциональные и социальные предпочтения, стиль жизни и самоидентификацию с учетом прошлого (5 лет назад), настоящего и «в идеале» [5]. Однако эта модель не была серьезно проверена и Клайн вновь в каждой шкале требовал сделать выбор между гомосексуальностью и гетеросексуальностью.

Современный этап развития науки заставляет переосмысливать сексуальную ориентацию с позиции социального конструктивизма. В рамках подобного подхода ориентация оказывается не столько природной данностью, сколько интерпретацией действий и чувств индивида. И именно общество задает конкретный смысл (и название) поведению и чувствам [3].

УДК: 159.92:613.88

Прежние представления о сексуальной ориентации нуждаются в пересмотре и проверке. Например, Л. Гарнетс указывает на четыре принципиальных позиции, нуждающиеся в ревизии [4]. Во-первых, сексуальную ориентацию надо рассматривать не как биполярную дискретную шкалу, а как два отдельных и независимых измерения, в разной степени и интенсивности связанные с привлекательностью к мужчинам и привлекательностью к женщинам. Во-вторых, не столько сексуальное поведение определяет сексуальную ориентацию (как считалось ранее), но также фантазии, эмоциональные привязанности, статус текущих отношений и самоидентификация. В-третьих, новая парадигма допускает несогласованность между желаниями, поведением и сексуальной идентичностью. В-четвертых, сексуальная ориентация вовсе не обязательно должна быть стабильной и неизменной в течение жизни, хотя такая изменчивость оказывается более характерной для женщин, чем для мужчин [1].

Не отрицая факт самого существования сексуальной ориентации, следует признать, что смысловое наполнение этой категории (как самокатегоризация, так и приписывание) выстраивается преимущественно на основе доминирующего общественного дискурса и далеко не факт, что соответствует тем результатам, что могут показать психологические исследования.

С целью изучения компонентов, лежащих в основе сексуальной ориентации, были составлены два опросника: «Опросник чувственных предпочтений» (32 пункта) и «Опросник привлекательности и отвержения» (16 пунктов). В них предлагается оценить частоту и интенсивность переживаний эротических фантазий, влечения, влюбленностей и контактов в течение жизни и в актуальный период времени (за последний месяц) отдельно к лицам мужского и женского пола. Помимо этого, были представлены вопросы об эмоциональном восприятии возможности эротических снов, сексуальных действий или внимания со стороны привлекательного/непривлекательного лица мужского и женского пола, а также возможности активной/пассивной роли в эротическом контакте.

К настоящему времени проведено пилотажное исследование 34 геев и 28 трансгендерных мужчин (ср. возраст в обеих группах — 25,6 года).

Результаты показали, что в гомосексуальной выборке 53% испытывали влечение к лицам женского пола, и почти 30% такое влечение сохраняют и сейчас. Только 26,5% никогда не влюблялись в лиц женского пола, каждый второй имел опыт сексуальных отношений с женщинами, хотя только каждый восьмой говорит о том, что эти контакты доставляли удовольствие. Каждый третий благосклонно отнесся бы к сексуальным притязаниям привлекательного человека женского пола.

В группе трансгендерных мужчин (биологических женщин) 75% считали себя исключительно или преимущественно гетеросексуальными, а 11% исключительно или преимущественно гомосексуальными. У 50% никогда не было влечения к мужчинам и у 39% — эротических фантазий о них. В сексуальные отношения с мужчинами никогда не вступали 64%, а 21% — с женщинами. Практически все влюблялись в женщин, но только 46,5% — в мужчин. В этой группе прослеживается более бурная негативная реакция на внимание со стороны лиц мужского пола (вероятно, в силу отвержения своей традиционной гендерной роли).

Более глубокий анализ данных можно будет провести после увеличения выборок, но уже сейчас ясно, что вклад разных компонентов в сексуальную ориентацию нуждается в детальном анализе, т. к. традиционная бинарная классификация фактически объединяет самых разных людей и не может объяснить как имеющуюся у них гендерную идентичность, так и механизмы ее «выбора». Складывается впечатление, что в ряде случаев сексуальные предпочтения могут быть «выучены», являются следствием самопрограммирования и даже могут идти против природы данного индивида [7]. Все это еще нуждается в тщательном изучении и проверке.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Baumeister R.F.* Gender differences in erotic plasticity: the female sex drive as socially flexible and responsive // Psychological Bulletin.— 2000.— Vol. 126, N 3.— P. 347–374.
2. *Benestad E.E.P.* Gender belonging: Children, adolescents, adults and the role of the therapist // Queer Counselling and Narrative Practice.— Adelaide: Dulwich Centre Publications, 2002.— P. 204–225.
3. *Dixon S.A.* Sexual orientation identity as cultural construct: Toward a social constructionist understanding.— PhD dissertation.— Keene, New Hampshire, 2005.— 120 p.
4. *Garnets L.D.* Sexual Orientations in Perspective // Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology.— 2002.— Vol. 8, N 2.— P. 115–129.
5. *Klein F., Sepekoff B., Wolf T.J.* Sexual orientation: a multivariable dynamic process // J. Homosexuality.— 1985.— Vol. 11, N 1.— P. 35–49.
6. *Laumann E.O., Gagnon J.H., Michael R.T., Michaels S.* The Social Organization of Sexuality: Sexual Prac-

tices in the United States.— Chicago: University of Chicago Press, 1994.— 720 p.
7. *McKnight J.* Straight Science? Homosexuality, Evolution and Adaptation.— London: Routledge, 1997.— 232 p.
8. *Sell R.L.* Defining and Measuring Sexual Orientation for Research // The Health of Sexual Minorities: Public Health Perspectives on Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Populations.— New York: Springer, 2007.— P. 355–374.
9. *Shively M.G., Jones C., DeCecco J.P.* Research on sexual orientation: definitions and methods // J. Homosexuality.— 1984.— Vol. 9, N 2/3.— P. 127–137.
10. *Storms M.D.* Theories of sexual orientation // Journal of Personality and Social Psychology.— 1980.— Vol. 38, N 5.— P. 783–792.
11. *Wilson G., Rahman Q.* Born Gay: The Psychobiology of Sex Orientation.— London: Peter Owen Publishers, 2005.— 176 p.

PSYCHOLOGICAL COMPONENTS OF SEXUAL ORIENTATION

Obukhova A.-M.A., Isayev D.D.

◆ **Resume.** The existing theoretical model of sexual orientation does not correspond to the used scales of measurement sexual orientation. There is a lack of experimental verification of the components underlying the «choice» of sexual orientation.

◆ **Key words:** Sexual orientation; Kinsey Scale; homosexuals; transgenders.

◆ Информация об авторах

Обухова Алла-Мария Андреевна — студентка факультета клинической психологии. ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: ale-rus@mail.ru.

Исаев Дмитрий Дмитриевич — к.м.н., доцент, заведующий кафедрой клинической психологии. ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: ddimai08@mail.ru.

Obukhova Alla-Mariya Andreyevna — student of the faculty of Clinical psychology. Saint-Petersburg State Pediatric Medical University of Health Ministry of Russia. 2, Litovskaya St., St. Petersburg, 194100, Russian Federation. E-mail: ale-rus@mail.ru.

Isayev Dmitriy Dmitriyevich — MD, PhD, Associate Professor, Head, Department of clinical psychology. Saint-Petersburg State Pediatric Medical University of Health Ministry of Russia. 2, Litovskaya St., St. Petersburg, 194100, Russian Federation. E-mail: ddimai08@mail.ru.

© С.Н. Львов[1], Д.А. Земляной[1], В.В. Хорунжий[1], И.В. Александрович[2], К.В. Пшениснов[1]

[1] ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России
[2] ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России

Резюме. Статья посвящена одной из наиболее острых проблем педиатрии и гигиены питания — особенностям пищевого рациона детей в условиях крупного промышленного города. Продемонстрированы современные особенности питания детского населения Санкт-Петербурга, выявлено, что энергетическая ценность пищевого рациона школьников существенно ниже нормативных показателей, имеется выраженный дефицит углеводов, жиров и микронутриентов. Продемонстрировано, что для школьников Санкт-Петербурга характерно снижение кратности приема пищи.

Ключевые слова: состояние здоровья школьников; фактическое питание; макроэлементы; микроэлементы; экология.

СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

ВВЕДЕНИЕ

Детство является уникальным и единственным периодом в жизни человека, который характеризуется прогрессивным ростом и развитием всех органов и систем организма. Все метаболические процессы, протекающие в детском организме, характеризуются выраженной анаболической активностью и направлены, в первую очередь, на формирование центральной нервной системы, опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой и дыхательной систем, а также эндокринного аппарата репродукции [9].

Если в неонатальном периоде и грудном возрасте большинство питательных веществ ребенок получал с грудным молоком, то в более старших периодах детства он нуждается в поступлении питательных веществ извне, которое не всегда бывает достаточным. Дефицит или даже незначительный недостаток поступления таких питательных веществ и микронутриентов, как железо, селен, йод, цинк, кальций может стать причиной выраженных расстройств интеллекта, опорно-двигательного аппарата, репродуктивной сферы, снижения работоспособности и длительности предстоящей жизни [1, 6, 7, 17].

В современной России, по данным официальной статистики и ряда исследований, пищевой статус детского населения характеризуется неудовлетворительным качеством питания, обусловленным несбалансированностью пищевых рационов, энергетической и нутриентной недостаточностью. Следует подчеркнуть, что проблема оптимизации питания приобретает глобальный характер, о чем свидетельствует и доклад Всемирного банка 2006 года «Репозиционирование питания как центральная стратегия стран мира».

Авторы доклада приводят весомые аргументы к увеличению вложений в борьбу с нарушениями питания, утверждается, что главным направлением должна быть поддержка питания беременных женщин и детей первых двух лет жизни. Однако нельзя не согласиться с мнением представителей Всемирного банка, что улучшение питания в другие возрастные периоды «является поздним, дорогостоящим и относительно малоэффективным». По нашему мнению, оптимизация питания у детей всех возрастных групп является залогом здоровья нации в целом.

В то же время исследования, посвященные детальному анализу пищевого рациона детей школьного возраста, проживающих в крупном промышленном городе, носят немногочисленный характер, что и послужило основанием для проведения настоящего исследования [4, 12, 13, 15].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить особенности питания детей школьного возраста, проживающих на территории Санкт-Петербурга.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование вошли данные анкетирования 191 школьника, обучающихся в одной муниципальной школе и трех школах-гимназиях. Также было проведено анкетирование родителей школьников. В соответствии с возрастной периодизацией детского населения, принятой

УДК: 613.22

в РФ, все школьники были разделены на две группы: в первую группу вошли дети младшего школьного возраста (7–10 лет), а во вторую — дети среднего школьного возраста (11–14 лет).

Оценку химического состава и энергетической ценности среднесуточного рациона питания проводили с использованием таблиц химического состава пищевых продуктов на основании методик санитарно-гигиенического мониторинга [16]. При анализе учитывали потери нутриентов при холодной и термической кулинарной обработке продуктов. В процессе исследования также рассчитывали содержание в рационе детей витаминов (А, B_1, B_2, С, РР); макро- и микроэлементов (кальций, магний, фосфор, фтор, йод, железо, кобальт, цинк, марганец, медь). Кроме этого, определяли баланс основных макро- и микронутриентов.

Анализ качественного и количественного состава пищевого рациона школьников проводили на основании Методических рекомендаций МР 2.3.1.2432–08 и Санитарно-эпидемиологических правил и нормативов 2.4.5.2409–08 [11, 14].

Статистическую обработку данных проводили с использованием программных средств пакета STATISTICA v. 6.0. За критический уровень значимости было принято значение $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При анализе структуры рационов школьников Санкт-Петербурга было выявлено, что в учебные дни рацион учащихся младших и средних классов состоит из питания, получаемого в школе, и продуктов, потребляемых дома, в то время как в выходные дни дети питаются только в семье.

Установлено, что горячим питанием школьники младших и средних классов пользуются во всех обследованных школах примерно одинаково. Горячую пищу в школе получали только 85 (44,5%) школьников. В течение учебного периода завтрак и обед учащиеся ежедневно получают в школе в одно и то же время.

Выявлено, что у 159 (83,2%) школьников кратность приема пищи составляет не более трех раз в день (табл. 1), при этом распределение продуктов в процентном соотношении между приемами пищи выглядело следующим образом: завтрак — 31,2±3,9%; обед — 33,6±5,4%; ужин — 35,2±5,1%.

Максимальный объем принимаемой пищи приходился на обед — 648,1±140,8 г, а минимальный — на завтрак (452,9±94,5 г).

У школьников, имеющих четырехразовое питание, распределение объема продуктов существенно не отличалось от детей, которые употребляли пищу три раза в день: завтрак — 25,5±4,4%; школьный завтрак — 14,3±2,1%; обед — 30,9±3,8%; ужин — 29,3±3,4% суточного рациона. Максимальный объем принимаемой пищи также приходился на вторую половину дня: завтрак — 425,3±83,9 г, второй завтрак — 246,4±5,4 г, обед — 663,4±105,9 г, ужин — 515,6±71,2 г.

Для детей младшего и среднего школьного возраста рекомендуется не менее чем четырехразовое питание со следующим распределением приемов пищи по энергоценности: завтрак — 20% рациона, второй (школьный завтрак) — 20%, обед — 35%, ужин — 25% от рациона. Выявленный у 159 (83,2%) детей 3-разовый прием пищи и изменение процентного отношения в распределении получаемой энергии у питающихся 4 раза в день может приводить к повышению риска развития заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Анализ структуры среднесуточного набора пищевых продуктов показал, что в рационе школьников Санкт-Петербурга присутствуют все основные группы рекомендованных продуктов.

Энергетическая ценность рационов питания детей I группы возраста составила 1933,2±244,9 ккал, у мальчиков II группы — 2084,9±207,7 ккал, у девочек II группы — 1820,9±244,5 ккал, что на 7,9, 15,3 и 19,7% соответственно ниже физиологических норм потребления для данных возрастных групп.

В связи с тем, что на усвоение питательных веществ оказывает влияние их соотношение в пищевом рационе, в процессе исследования было рассчитано соотношение между белками, жирами, углеводами. Соотношение основных ингредиентов в I группе составило 1,0:1,0:4,0; у мальчиков сред-

Таблица 1

Особенности режима питания школьников

Режим питания	Кратность	
	Абс. число	%
2-разовый	6	3,1
3-разовый	153	80,1
4-разовый	28	14,7
5-разовый	4	2,1
Всего	191	100

него школьного возраста — 1,0:1,1:4,01, у девочек средней ступени обучения — 1,1:1,0:3,57 при рекомендуемом соотношении 1,0:1,1:4,8.

Выявлено, что в рационе школьников всех групп имеется дефицит жиров, который в первой группе составил 7,2%, у мальчиков II группы — 7,8%, а у девочек II группы — 15,8%. Потребление насыщенных жирных кислот во всех трех группах соответствовало референтным значениям норм потребления (не более 10% от калорийности суточного рациона).

Содержание холестерина в рационе младших школьников было на верхней границе норм физиологических потребностей (НФП) — (98,5±33,7%), в то время как у детей 11–14 лет оно составляло 126,72±49,9%, что, очевидно, связано с низким потреблением продуктов животного происхождения.

Содержание углеводов в рационе питания школьников всех групп также было ниже рекомендуемых норм. Однако «удельный вес» моно- и дисахаридов в энергетической ценности рационов у детей 7–10 лет составил 178,1±41,5%, у мальчиков среднего школьного возраста — 156,1±40,6%, а у девочек средних классов — 142,9±37,0%, что превысило рекомендуемые нормы потребления (не более 10% от калорийности суточного рациона).

Содержание пищевых волокон, оказывающих существенное влияние на процессы переваривания, микробиоценоз и эвакуацию пищи, было в пределах нормы у детей первой группы (104,8±21,1%) и снижено во второй группе, как у мальчиков, так и у девочек: 75,4±10,6% и 75,5±14,1% соответственно.

Обеспеченность рассчитанными в рационе питания эссенциальными микро- и макроэлементами (Na, K, Ca, Mg, P, Fe, Co, Mn, Cu, Zn) характеризовалась большим колебанием значений (от 30,5 до 396,0%) в обеих возрастных группах, что является свидетельством несбалансированности макро- и микронутриентов, которая способна усиливать дефицит отдельных элементов.

Содержание в рационах школьников такого макроэлемента, как кальций, не превышала 59,7±13,1% от НФП у детей первой группы и 51,7±10,4% от НФП у второй, что соответствует данным других исследований [3, 10].

Количество в пище соединений фосфора в целом не превышало НФП для детей всех возрастных групп и составило 104,5±13,1% и 102,6±12,0% соответственно.

Потребление солей магния учениками средних классов было ниже нормы — 93,8±3,7% у мальчиков и 89,4±12,9% у девочек, в то время как у детей 7–10 лет оно было достаточным и составило 108,9±16,6% от НФП.

Несбалансированное содержание в пище кальция, фосфора и магния является одной из причин, затрудняющих всасывание кальция. Оптимальным для всасывания является соотношение кальция и фосфора 1:1,5 и кальция и магния 4:1.

В рационах обследуемых детей младшего школьного возраста это соотношение составило Ca:P — 1:1,84 и Ca:Mg — 2,31:1, у детей среднего школьного возраста — 1:1,99 и 2,25:1 соответственно, что, учитывая потребность организма детей в данных элементах для формирования костной ткани и умственного и физического развития, свидетельствует о недостаточном восполнении физиологической потребности в них и может приводить к нарушениям в развитии опорно-двигательного аппарата.

Уровень содержания железа в продуктах был примерно одинаков у всех возрастных групп: 15,0±2,9 мг у учащихся младших классов и 15,0±3,3 мг у детей 11–14 лет и был в пределах норм физиологической потребности для детей обоих возрастов, что соответствует данным других исследований [2].

Также было выявлено сниженное потребление таких эссенциально важных микроэлементов, как кобальт и цинк. Поступление кобальта составило всего лишь около 30% от суточной нормы у всех детей, включенных в исследование. Содержание цинка в пищевом рационе также не соответствовало НФП и составило всего лишь 75,0±11,1% в первой группе. У детей старших классов дефицит цинка был еще более значительным и составил 62,1±9,0% у мальчиков и 67,5±11,5% у девочек.

Анализ витаминного и микроэлементного состава рационов детей (табл. 2, 3) позволяет заключить, что

Таблица 2

Содержание основных пищевых веществ, микроэлементов и энергии в среднесуточном рационе питания учеников младших классов

Ингредиенты	Физиологическая норма	Фактическое содержание (абс.)	Фактическое содержание (%)
Белки, г	63	65,2±8,2	103,4±13,1
Жиры, г	70	65,7±11,8	93,8±16,8
Углеводы, г	305	263,0±40,6	86,2±13,3
МДС, г	52,5	93,5±21,9	178,1±41,5
Пищевые волокна, г	15	15,7±3,2	104,8±21,1
Энергетическая ценность	2100	1933,2±244,9	92,1±11,7

Таблица 2 (Продолжение)

Содержание основных пищевых веществ, микроэлементов и энергии в среднесуточном рационе питания учеников младших классов

Ингредиенты	Физиологическая норма	Фактическое содержание (абс.)	Фактическое содержание (%)
Минеральные вещества			
Натрий, мг	1000	3959,8±589,2	396,0±58,9
Калий, мг	900	2536,3±410,0	281,8±45,6
Кальций, мг	1100	623,4±144,1	56,7±13,1
Магний, мг	250	272,2±41,6	108,9±16,6
Фосфор, мг	1100	1149,7±144,6	104,5±13,1
Железо, мг	12,0	15,0±2,9	125,0±23,9
Кобальт, мкг	10,0	3,1±0,8	31,0±7,7
Марганец, мг	5,0	3,7±0,8	74,0±17,0
Медь, мг	0,7	0,6±0,1	91,3±20,5
Цинк, мг	10,0	7,5±1,1	75,0±11,1
Витамины			
А, мг	700	519,2±339,7	74,2±48,5
B_1, мг	1,1	0,9±0,1	81,5±12,0
B_2, мг	1,2	1,1±0,2	95,5±18,5
РР, мг	15,0	12,1±2,1	80,4±13,8
С, мг	60,0	55,6±25,6	92,7±42,6

Таблица 3

Содержание основных пищевых веществ, микроэлементов и энергии в среднесуточном рационе питания учеников средних классов

Ингредиенты	Физиологическая норма	Фактическое содержание (абс.)	Фактическое содержание (%)
МАЛЬЧИКИ			
Белки, г	75	68,8±9,0	93,3±15,8
Жиры, г	83	75,3±11,7	92,2±17,5
Углеводы, г	363	275,9±42,8	77,0±11,4
МДС, г, не более	62,5	96,1±24,7	156,1±40,6
Пищевые волокна, г	20	15,1±2,1	75,4±10,6
Энергетическая ценность	2500	2084,9±207,7	84,7±10,1
Минеральные вещества			
Натрий, мг	1100	4216,8±642,6	383,3±58,4
Калий, мг	1500	2518,9±647,0	167,9±43,1
Кальций, мг	1200	620,1±124,3	51,7±10,4
Магний, мг	300	281,5±11,2	93,8±3,7
Фосфор, мг	1200	1231,9±144,2	102,7±12,0
Железо, мг	12,0	14,8±1,6	98,7±10,7
Кобальт, мкг	10,0	3,0±0,7	29,7±6,5
Марганец, мг	5,0	3,9±1,0	77,0±19,8
Медь, мг	0,8	1,1±0,4	143,1±43,8
Цинк, мг	12,0	7,5±1,1	62,1±9,0
Витамины			
А, мг	1000	455,1±272,4	47,1±27,2
B_1, мг	1,3	1,0±0,1	75,2±8,2
B_2, мг	1,5	1,2±0,2	81,7±12,1
РР, мг	18,0	11,2±2,8	62,5±15,4
С, мг	70,0	52,9±27,0	84,1±46,3

Таблица 3 (Продолжение)

Содержание основных пищевых веществ, микроэлементов и энергии в среднесуточном рационе питания учеников средних классов

Ингредиенты	Физиологическая норма	Фактическое содержание (абс.)	Фактическое содержание (%)
ДЕВОЧКИ			
Белки, г	69	69,8±8,4	101,2±12,1
Жиры, г	77	64,9±15,3	84,2±19,9
Углеводы, г	334	231,7±28,6	69,4±8,6
МДС, г, не более	57,5	82,2±21,2	142,9±37,0
Пищевые волокна, г	20	14,4±2,9	75,5±14,1
Энергетическая ценность	2300	1820,9±244,5	80,3±9,9
Минеральные вещества			
Натрий, мг	1100	4027,4±625,6	366,1±56,9
Калий, мг	1500	2366,2±327,6	157,7±21,8
Кальций, мг	1200	610,5±80,2	50,9±6,7
Магний, мг	300	268,3±38,8	89,4±12,9
Фосфор, мг	1200	1230,8±142,7	102,6±11,9
Железо, мг	15,0	15,0±3,3	100,3±22,3
Кобальт, мкг	10,0	3,4±0,7	33,8±7,4
Марганец, мг	5,0	3,8±0,7	75,4±13,7
Медь, мг	0,8	1,3±0,3	169,8±36,5
Цинк, мг	12,0	8,1±1,4	67,5±11,5
Витамины			
А, мг	800	1353,3±676,2	173,6±84,9
B_1, мг	1,3	0,9±0,1	69,1±7,9
B_2, мг	1,5	1,4±0,4	98,7±29,8
РР, мг	18,0	12,7±2,1	73,1±14,7
С, мг	60,0	52,9±27,0	84,1±46,3

выявленный дисбаланс данных микронутриентов связан с недостаточным употреблением отдельных групп продуктов. Сниженное содержание в рационе детей продуктов животного происхождения (молока и молочных продуктов), рыбы, свежих овощей и фруктов привело к формированию дефицита кальция (и нарушению соотношения кальция и фосфора), цинка, кобальта, марганца, витаминов А, B_1, РР и С.

Полученные результаты подтверждаются также анализом анкетирования родителей о пищевом рационе детей в семье. Выявлено, что в домашних условиях мясные продукты ежедневно употребляют лишь 105 (54,5%) школьников, молоко и молочные продукты — 47,97%, овощи, фрукты и ягоды — 40,79%, рыбу и морепродукты — 30,26% (рис. 1).

Значительное количество — 34 (17,8%) опрошенных получают эти продукты не чаще 1–2 раз в неделю (17,8% — мясо, 20,4% — молочные продукты и творог, 27,2% — овощи и фрукты).

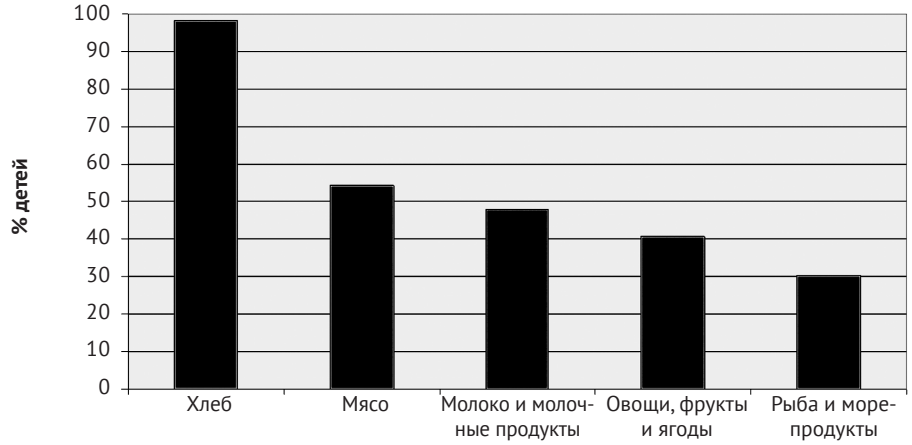


Рис. 1. Продукты, ежедневно употребляемые в пищу школьниками дома

Таблица 4

Частота потребления основных групп продуктов (раз/день)

Группы продуктов	Фактическое потребление (раз в день)	Рекомендуемое потребление (раз в день)
Мясо и мясопродукты	2,3	2–3 раза в день
Молоко и кисломолочные продукты	0,9	2–3 раза в день
Творог	0,1	1 раз в 2–3 дня
Сыр	0,3	1 раз в 2–3 дня
Сметана	0,3	1 раз в 2–3 дня
Яйцо	0,4	1 раз в 2–3 дня
Хлебобулочные изделия, макароны (зерновые)	4,5	до 6 раз в день
Овощи	1,1	2–4 раза в день
Фрукты	0,9	2–4 раза в день
Картофель	2,1	2–4 раза в день
Рыба	0,2	1 раз в 2–3 дня

Проведенный анализ суточных продуктовых наборов (табл. 4) и их химического состава у детей школьного возраста Санкт-Петербурга продемонстрировал энергетическую неполноценность пищевых рационов, при этом в рационе всех школьников отмечался дефицит жиров и углеводов. Кроме этого, было выявлено недостаточное содержание в рационе витаминов A, B_1, PP и C, а также эссенциальных макро- и микроэлементов (кальция, кобальта, марганца, меди и цинка). В то же время поступление с пищей солей натрия и калия было значительно выше нормы.

Нарушение количественного и качественного состава рациона школьников является одним из важнейших факторов, способствующих снижению уровня показателей здоровья детского населения и повышению частоты развития заболеваний опорно-двигательного аппарата, развитию железодефицитной и B_{12}-дефицитной анемий, эндемического зоба и ряда других заболеваний, что связано с дефицитом соответствующих витаминов и микроэлементов и подтверждается многочисленными исследованиями [2, 3, 4, 5, 8].

Таким образом, условия и образ жизни детей школьного возраста могут стать причиной неблагоприятных изменений со стороны здоровья ребенка, а с учетом неблагоприятных факторов окружающей среды оказывать комплексное негативное воздействие и приводить к значительному снижению адаптационных возможностей организма и развитию заболеваний.

ВЫВОДЫ

Энергетическая ценность пищевого рациона школьников существенно ниже нормативных показателей за счет дефицита основных энергетических субстратов.

Имеется выраженный дисбаланс основных ингредиентов питания вследствие дефицита углеводов и жиров.

Имеется существенный дефицит микронутриентов (микро- и макроэлементов, витаминов).

Снижение кратности приема пищи по сравнению с нормами физиологической потребности характерно как для детей младшего, так и старшего школьного возраста, что приводит к энергетическому дисбалансу и может стать причиной различных заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Детское питание: руководство для врачей/под ред. В.А. Тутельяна, И.Я Коня // М.: Медицинское информационное агентство, 2009.– 946 с.
2. *Климацкая Л.Г.* Эколого-биологический мониторинг минерального статуса организованных учащихся города Красноярска / Л.Г. Климацкая, А.В. Меняйло, И.Ю. Шевченко, М.И. Лесовская, Г.В. Макарская // Бюлл. СО РАМН.– 2003.– № 3(109).– С. 77–82.
3. *Кондратьева Е.И.* Потребление кальция школьниками Сибири и Краснодарского края / Е.И. Кондратьева, Е.Г. Гаприндашвили, Д.В. Сутовская, Д.В. Хапачева // Вопросы дет. диетологии.– 2010.– Т.8, № 2.– С.19–23.
4. *Копытько М.В.* Оптимизация методов изучения фактического питания дошкольников, посещающих детские организованные коллективы / М.В. Копытько, И.Я. Конь, А.К. Батурин // Вопросы детской диетологии.– 2003.– Т. 1, № 4.– С. 9–12.
5. *Кучма В.Р.* Международный опыт организации школьного питания / В.Р. Кучма, Ж.Ю. Горелова // Вопросы современной педиатрии.– 2008.– Т. 7, № 2.– С. 14–21.
6. *Ладодо К.С.* Рациональное питание детей раннего возраста.– М.: Миклош, 2007.– 281 с.
7. *Ладодо К.С., Боровик Т.Э., Семенова Н.Н., Суржик А.В.* Формирование правильного пищевого поведения / Лечащий врач.– 2009.– № 1.
8. *Львов С.Н.* Особенности микроэлементного статуса у школьников / С.Н. Львов, В.В. Хорунжий, Д.А. Земляной, И.В. Александрович, В.И. Горбачев, К.В. Пшениснов // Сибирский медицинский журнал.– 2011.– № 6.– С. 65–68.
9. *Мазурин А.В., Воронцов И.М.* Пропедевтика детских болезней.– СПб.: Фолиант, 2010.– 928 с.

10. *Мальцев С.В.* Гигиеническая оценка состояния питания подростков / С.В. Мальцев, Л.Н. Заболотная, Л.З. Сафина, Р.Т. Зарипова // Мат. IV Росс. форума «Здоровое питание с рождения: медицина, образование, пищевые технологии».— СПб., 2009.— С. 39.
11. Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации (Методические рекомендации МР 2.3.1.2432–08, утверждены 18.12.2008 года).
12. *Онищенко Г.Г.* Итоги и перспективы обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения Российской Федерации / Г.Г. Онищенко // Здравоохранение Российской Федерации.— 2008.— № 1.— С. 2–5.
13. *Онищенко Г.Г.* Санитарно-эпидемиологическое благополучие детей и подростков: состояние и пути решения проблем / Г.Г. Онищенко // Гигиена и санитария.— 2007.— № 4.— С. 53–59.
14. СанПиН 2.4.5.2409–08 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации питания обучающихся в общеобразовательных учреждениях, учреждениях начального и среднего профессионального образования» (Утверждены постановлением № 45 23.07.2008 года).
15. *Стунеева Г.И.* Гигиеническая оценка питания школьников города Рязани по материалам анкетирования / Г.И. Стунеева // Гигиена и санитария.— 2002.— № 2.— С. 40–41.
16. Химический состав российских пищевых продуктов // Под ред. член-корр. МАИ, проф. И.М. Скурихина и академика РАМН, проф. В.А. Тутельяна.— М.: ДеЛи принт, 2002.— 236 с.
17. *Шабалов Н.П.* Детство, начиная с внутриутробного — фундамент формирования здоровья и хронических заболеваний человека / Пленарная лекция на областной научно-практической конференции, посвященной 75-летию кафедры педиатрии «Актуальные вопросы охраны здоровья детей Европейского Севера: взгляд из прошлого через настоящее в будущее» (15–16 ноября 2010 года).— Архангельск.— 2010.

SPECIFIC FEATURES OF CONTEMPORARY DIET OF ST. PETERSBURG SCHOOL CHILDREN

Lvov S.N., Zemlyanoy D.A., Khorunzhiy V.V., Aleksandrovich I.V., Pshenisnov K.V.

◆ **Resume.** The article focuses on one of the most vital problems of pediatrics and food hygiene - peculiarities of children food ration in a big industrial city. Specific contemporary features of nutrition in St. Petersburg child population have been demonstrated. Calorie value of school children food ration has been revealed to be essentially lower than the normal values. Significant carbohydrate, fat and micronutrient deficiency has been found. Reduced number of meals has been described to be characteristic of St. Petersburg school children.

◆ **Key words:** School children health status; actual feeding; macro-elements; trace elements; ecology.

◆ Информация об авторах

Львов Сергей Николаевич — к.м.н., доцент, профессор кафедры, кафедра общей гигиены. ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: dekanatspma@mail.ru.

Lvov Sergey Nikolayevich — MD, PhD, Associate Professor, Professor Department, Department of General Hygiene. Saint-Petersburg State Pediatric Medical University of Health Ministry of Russia. 2, Litovskaya St., St. Petersburg, 194100, Russian Federation. E-mail: dekanatspma@mail.ru.

Земляной Дмитрий Алексеевич — ассистент, кафедра общей гигиены. ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: zemlianoj@mail.ru.

Zemlyanoy Dmitriy Alekseyevich — Assistant Professor Department of general hygiene. Saint-Petersburg State Pediatric Medical University of Health Ministry of Russia. 2, Litovskaya St., St. Petersburg, 194100, Russian Federation. E-mail: zemlianoj@mail.ru.

Хорунжий Вячеслав Владимирович — к.х.н., доцент, заведующий кафедрой, кафедра общей и медицинской химии. ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: 1135329@mail.ru.

Khorunzhiy Vyacheslav Vladimirovich — PhD, Associate Professor, Head of Department, Department of general & medical chemistry. Saint-Petersburg State Pediatric Medical University of Health Ministry of Russia. 2, Litovskaya St., St. Petersburg, 194100, Russian Federation. E-mail: 1135329@mail.

Александрович Ирина Владимировна — к.м.н., доцент, кафедра педиатрии и неонатологии. ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России. 191015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41. E-mail: jalex1953@mail.ru.

Aleksandrovich Irina Vladimirovna — MD, PhD, Associate Professor; Associate Professor, Department of pediatric and neonatology. North-West State medical I.I. Mechnikov university. 41, Kirochnaya St., St. Petersburg, 191015, Russian Federation. E-mail: jalex1953@mail.ru.

Пшениснов Константин Викторович — к.м.н., доцент, кафедра анестезиологии, реаниматологии и неотложной педиатрии. ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: Psh_K@mail.ru.

Pshenisnov Konstantin Viktorovich — MD, PhD, Department of anesthesiology, resuscitation and urgent pediatrics faculty of postgraduate education. Saint-Petersburg State Pediatric Medical University of Health Ministry of Russia. 2, Litovskaya St., St. Petersburg, 194100, Russian Federation. E-mail: Psh_K@mail.ru.

РЕДКАЯ ЭМБРИОНАЛЬНАЯ ОПУХОЛЬ ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНОЙ 27 ЛЕТ

© Д.Е. Мацко [1,2,4], Е.А. Желбунова [4], М.В. Мацко [1], А.Ю. Улитин [1], А.А. Пальцев [1], А.Г. Иевлева [3], Е.Н. Имянитов [3]

[1] ФГБУ Российский нейрохирургический институт им. А.Л. Поленова
[2] Санкт-Петербургский государственный университет
[3] ФБУ НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова
[4] Лечебно-диагностический центр Международного института биологических систем им. С.М. Березина

Резюме. Приведены клинические, морфологические, иммуногистохимические и молекулярно-генетические данные о больной 27 лет с редкой в этом возрасте эмбриональной опухолью головного мозга с миогенной дифференцировкой. Рассмотрены трудности морфологической диагностики отдельных нозологических единиц в рамках этой группы (примитивная нейроэктодермальная опухоль vs атипическая тератоидно-рабдоидная опухоль). С учетом молекулярного «портрета» опухоли указана оптимальная химиотерапия для данной конкретной опухоли.

Ключевые слова: эмбриональные опухоли; примитивная нейроэктодермальная опухоль; атипическая тератоидно-рабдоидная опухоль; персонифицированное лечение.

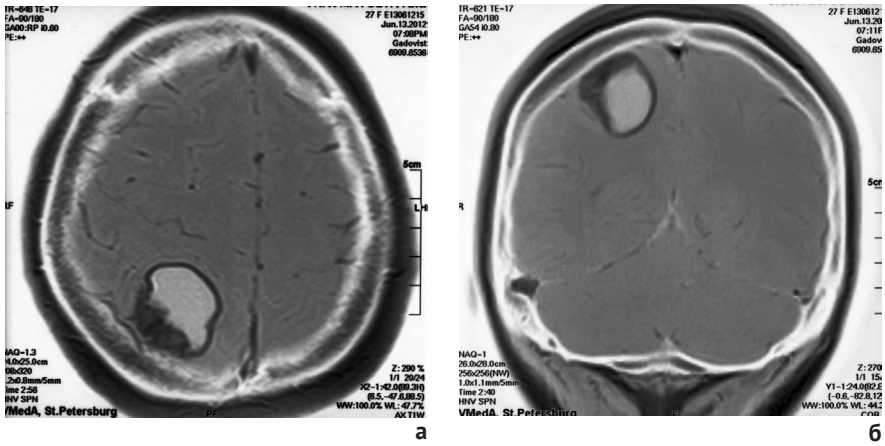
Эмбриональные новообразования центральной нервной системы включают группу медуллобластом с несколькими гистологическими подтипами (десмопластическая, с выраженной нодулярностью, анапластическая, крупноклеточная), примитивные нейроэктодермальные опухоли различной дифференцировки (нейробластомы, ганглионейробластомы, медуллоэпителиомы, эпендимобластомы) и так называемую атипическую тератоидно-рабдоидную опухоль [2].

Основными опорными пунктами диагностики этих бластом являются, прежде всего, молодой возраст больных, частый мелко-круглоголубоклеточный компонент при их микроскопическом исследовании и проградиентное течение с быстро нарастающей неврологической симптоматикой и неблагоприятным прогнозом [6].

Вопросы гистогенеза этих новообразований далеки от окончательного решения, равно как спорно и их объединение в одну группу. Проблема усугубляется в случаях необычной клеточной дифференцировки в этих опухолях, что резко затрудняет их морфологическую диагностику [1].

Приводим собственное наблюдение эмбриональной опухоли у взрослой больной.

Больная Н., 27 лет заболела в апреле 2012 г. Заболевание манифестировало эпизодами сильных головных болей в ночные часы, которые в течение месяца становились все чаще и интенсивнее и к началу июня приняли постоянный характер, присоединилась тошнота. На выполненной МРТ обнаружена кистозно-солидная опухоль размерами 35 × 30 × 33 мм в конвекситальных отделах правой теменной доли с четкими ровными контурами, капсулой и солидным компонентом, накапливающим контраст (рис. 1 а, б).



а б

Рис. 1. Эмбриональная опухоль. МРТ (а — горизонтальный срез; б — фронтальный срез)

УДК: 616.831-006

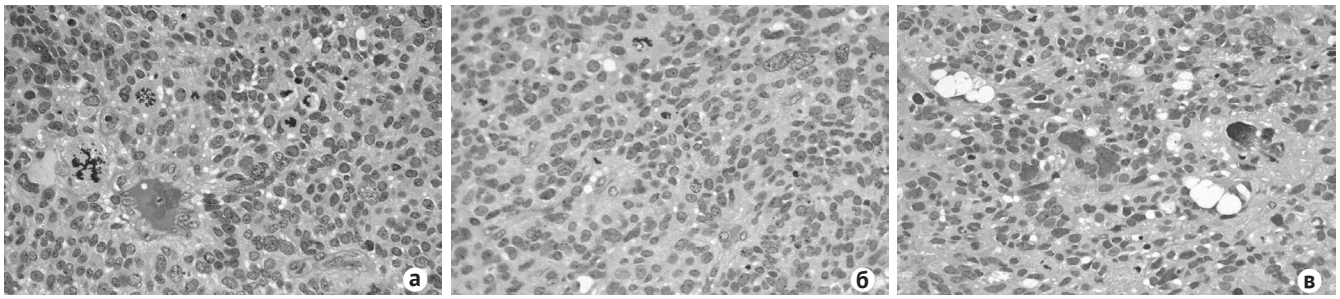


Рис. 2. Гистологическое строение эмбриональной опухоли: а — относительно мономорфное клеточное строение опухоли с отдельными крупными клетками, умеренно выраженным полиморфизмом ядер и обилием патологических митозов, × 400; б — характерные периваскулярные псевдорозетки, единичные крупные ядра, × 400; в — выраженный клеточный и ядерный полиморфизм, очаговые скопления жировых клеток типа липобластов, × 400

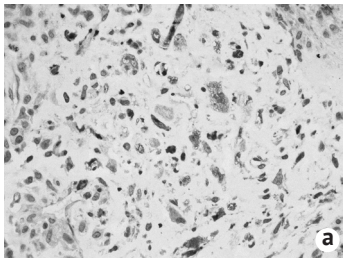
При поступлении в стационар состояние расценено как удовлетворительное, сознание ясное, критична, ориентирована. Детальный неврологический осмотр очаговой неврологической симптоматики не выявил, диагностирован гипертензионно-дислокационный синдром.

Больной выполнена костно-пластическая трепанация черепа в правой теменной области, удаление опухоли. Гистологический диагноз по месту операции — атипическая тератоидно-рабдоидная опухоль.

Для дополнительного исследования представлено 5 парафиновых блоков, из которых приготовлены срезы, окрашенные гематоксилином и эозином, препараты для иммуногистохимического анализа и забран материал на молекулярно-генетическое исследование.

Микроскопически опухоль была представлена преимущественно мелко-кругло-голубоклеточным компонентом, среди которого располагались единичные крупные и гигантские многоядерные клетки с большим количеством патологических митозов (рис. 2 а). В рисунке опухоли отчетливо просматривались периваскулярные псевдорозетки (рис. 2 б). В отдельных полях зрения встречались единичные и лежащие группами по 3–5 клетки с оптически пустой цитоплазмой и смещенным к периферии уплощенным ядром, не вызывающие сомнения в своей жировой природе (рис. 3 в).

При иммуногистохимическом исследовании были выявлены 4 группы клеток: нейронального происхождения (позитивная экспрессия нейрон-специфической энолазы, белка к нейрофиламентам, синаптофизина — рис. 3 а–в), глиального генеза (положительное окрашивание глиально-фибриллярным кислым белком и эпителиальным мембранным антигеном — рис. 3 г, д), с мышечной дифференцировкой (экспрессия мышечного специфического актина — рис. 3 е) и было подтверждено жировое происхождение клеток с оптически пустой цитоплазмой (иммунопероксидазное окрашивание с белком S-100 — рис. 3 ж). Пролиферативная активность (Ki67) более 40%.



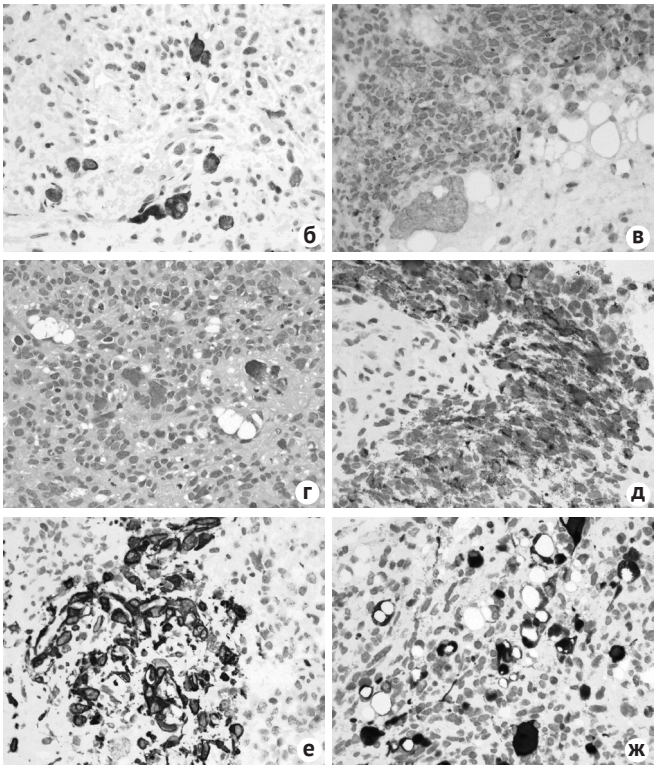


Рис. 3. Иммуногистохимическая характеристика эмбриональной опухоли: а — экспрессия нейрон-специфической энолазы (NSE), × 200; б — экспрессия белка нейрофиламентов (NF), × 400; в — экспрессия синаптофизина (Syn). Просматривается гигантское ядро и очертания жировых клеток, × 400; г — экспрессия глиального фибриллярного кислого белка (GFAP), × 400; д — экспрессия эпителиального мембранного антигена (EMA), × 400; е — экспрессия мышечно-специфического актина (MSA), × 400; ж — экспрессия белка S-100 в жировых клетках, × 400

На основании этих данных была диагностирована примитивная нейроэктодермальная опухоль с дивергентной дифференцировкой (нейрональноглиальной и мышечной).

При молекулярно-генетическом исследовании были выявлены следующие показатели — высокий уровень экспрессии генов TP, beta-tubulinIII, Mgmt, VEGF, TOP2A, PDGFRA и низкий уровень экспрессии генов Ercc1 и c-kit.

С учетом молекулярного «портрета» опухоли пациентке было назначено следующее лечение: цисплатин 40 мг/м^2 + этопозид 100 мг/м^2 в/в капельно Д 1–5 с продолжительностью цикла 28 дней при МРТ-контроле каждые два цикла терапии.

На момент написания статьи состояние больной удовлетворительное. Продолжается динамическое наблюдение.

Опухоли центральной нервной системы нейроэктодермального происхождения весьма редко проявляют миогенную дифференцировку. Неожиданная (неожидаемая) экспрессия мышечных маркеров (мышечно-специфический антиген (MSA), MyoD1, гладкомышечный антиген (SMA) в этих новообразованиях способны дезориентировать неопытного исследователя и привести к диагностической ошибке. Диагностически значимой подобная экспрессия является лишь в атипических тератоидно-рабдоидных опухолях (АТРО), где наличие клеток с миогенной дифференцировкой является неотъемлемой сутью, гистогенетическим содержанием этих бластом; в других же неоплазмах (медуллобластомах, примитивных нейроэктодермальных опухолях (ПНЭО), глиобластомах и проч.) проявление подобного феномена не является облигатным, свидетельствуя лишь о мультивариантности дифференцировки нейроэпителиальной опухолевой ткани. Что касается жировой дифференцировки в опухолях головного мозга, то она крайне редка (за исключением мозжечковой липонейроцитомы и разной зрелости тератом).

Проведенный дифференциальный диагноз между ПНЭО и АТРО оказался безрезультативным: описанная дифференцировка может встречаться в обоих видах эмбриональных новообразований головного мозга. Возрастной параметр также не являлся определяющим: хотя ПНЭО у более взрослых больных встречаются много чаще, нежели АТРО, к 2011 г. описано не менее 30 случаев АТРО у взрослых самой разной локализации [5, 7]. Ответ на этот вопрос могло бы дать выявление делеции в хромосоме 22q с инактивацией гена INI1/hSNF5, свидетельствующее в пользу АТРО [3, 4], однако мы были лишены такой возможности.

Велика ли в таком случае «цена ошибки»? Мы полагаем, что она сведена к минимуму двумя обстоятельствами: во-первых, опухоль, будь она ПНЭО или АТРО, без сомнения, относится к одной группе новообразований — эмбриональным бластомам со схожими клиническими проявлениями и течением. А, во-вторых, проведенный молекулярно-генетический анализ для назначения индивидуализированной терапии свел до минимума погрешности диагностики, определив наиболее адекватный подбор химиопрепаратов.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Bikowska B., Grajkowska W., Jozwiak J.* Atypical teratoid / rhabdoid tumor: short clinical description and insight into possible mechanism of the disease // Eur. J. Neurol. — 2011. — Vol. 18. — P. 813–818.
2. *Burger P. C., Scheithauer B. W.* Tumours of the Central Nervous System. AFIP Atlas of Tumor Pathoogy. Fourth Series. Fasc. 7. — Washington, 2007.
3. *Cocce M. C., Lubieniecki F., Kordes U., Alderete D., Gallego M. S.* A complex karyotype in an atypical teratoid / rhabdoid tumor: case report and review of the literature // J. Neurooncol. — 2011. — Vol. 104. — P. 375–380.
4. *Raisanen J., Biegel J. A., Hatanpaa K. J., Judkins A., White C. L., Perry A.* Chromosome 22q deletions in atypical teratoid/rhabdoid tumors in adults // Brain Pathol. — 2005. — Vol. 15. — P. 23–28.
5. *Shonka N. A., Armstrong T. S., Prabhu S. S., Childress A., Choi S., Langford L. A., Gilbert M. R.* Atypical teratoid / rhabdoid tumors in adult: a case report and treatment-focused review // J. Clin. Med. Res. — 2011. —Vol. 3. — P. 85–92.
6. WHO Classification of Tumours of the Central Nervous System / Eds. D. N. Louis, H. Ohgaki, O. D. Wiestler, W. K. Cavenee. Lyon, 2007. — P. 131–149.
7. *Zarovnaya E. L., Pallatroni H. F., Hug E. B., Ball P. A., Cromwell L. D., Pipas J. M., Fadul C. E., Meyer L. P., Park J. P., Biegel J. A., Perry A., Rhodes C. H.* Atypical teratoid / rhabdoid tumor of the spine in adult: case report and review of the literature // J. Neurooncol. — 2007. — Vol. 84. — P. 49–55.

RARE EMBRYONIC BRAIN TUMOR IN A PATIENT 27 YEARS

Matsko D. E., Zhelbunova E. A., Matsko M. V., Ulitin A. Yu., Paltsev A. A., Iyevleva A. G., Imyanitov E. N.

◆ **Resume.** Are clinical, morphological, immunohistochemical and molecular genetic data on a patient 27 years old with rare Koi in this age of embryonic tumor pour brain with myogenic differentiation. The difficulties marine fologicheskoy nozo individual diagnosis and logical units within this group (primitive

neuroectodermal tumor vs atypical rhabdoid tumor-teratoidno-Chol). Given the molecular "portrait" of the tumor, optimum chemotherapy-s for that particular tumor.

◆ **Key words:** Embryonal tumors, primitive, it roektodermalnaya tumor, atypical ones-ratoidno-rhabdoid tumor personifi-induced treatment.

◆ Информация об авторах

Мацко Дмитрий Евгеньевич — д.м.н., главный научный сотрудник, профессор. ФГБУ Российский нейрохирургический институт имени А.Л. Поленова. 191014, Санкт-Петербург, ул. Маяковского, д. 12. E-mail: d.matsko@mail.ru.

Matsko Dmitriy Evgenyevich — Senior Researcher, Professor. Russian Polenov Research Neurosurgical Institute. 12, Mayakovskogo St., St. Petersburg, 191014, Russian Federation. E-mail: d.matsko@mail.ru.

Желбунова Елена Алесандровна — доктор. Лечебно-диагностический центр Международного института биологических систем имени С.М. Березина. 197758, Санкт-Петербург, ул. Карла Маркса, д. 43. E-mail: lelamorph@mail.ru.

Zhelbunova Elena Alesandrovna — Doctor. S. Berezin diagnostic and treatment center of the International Institute of biological systems. 43, Karla Marksa St., St. Petersburg, 197758, Russian Federation. E-mail: lelamorph@mail.ru.

Мацко Марина Витальевна — старший научный сотрудник. ФГБУ Российский нейрохирургический институт имени А.Л. Поленова. 191014, Санкт-Петербург, ул. Маяковского, д. 12. E-mail: marinamatsko@mail.ru.

Matsko Marina Vitalyevna — Senior Researcher. Russian Polenov Research Neurosurgical Institute. 12, Mayakovskogo St., St. Petersburg, 191014, Russian Federation. E-mail: marinamatsko@mail.ru.

Улитин Алексей Юрьевич — д.м.н. ФГБУ Российский нейрохирургический институт имени А.Л. Поленова. 191014, Санкт-Петербург, ул. Маяковского, д. 12. E-mail: ulitinaleks@mail.ru.

Ulitin Aleksey Yuryevich — MD. Russian Polenov Research Neurosurgical Institute. 12, Mayakovskogo St., St. Petersburg, 191014, Russian Federation. E-mail: ulitinaleks@mail.ru.

Пальцев Артем Александрович — аспирант. ФГБУ Российский нейрохирургический институт имени А.Л. Поленова. 191014, Санкт-Петербург, ул. Маяковского, д. 12. E-mail: Artem.paltsev@gmail.com.

Paltsev Artem Aleksandrovich — P.G. Russian Polenov Research Neurosurgical Institute. 12, Mayakovskogo St., St. Petersburg, 191014, Russian Federation. E-mail: Artem.paltsev@gmail.com..

Иевлева Аглая Геннадьевна — врач, научный сотрудник. Научно-исследовательский институт онкологии имени Н.Н. Петрова. 197758, Санкт-Петербург, поселок Песочный ул. Ленинградская, д. 68. E-mail: aglayai@inbox.ru.

Iyevleva Aglaya Gennadyevna — Senior researcher. N.N. Petrov Research Institute of Oncology. 68, Leningradskaya St., St. Petersburg, pos. Pesochnyy, 197758, Russian Federation. E-mail: aglayai@inbox.ru.

Имянитов Евгений Наумович — д.м.н., профессор. Научно-исследовательский институт онкологии имени Н.Н. Петрова. 197758, Санкт-Петербург, поселок Песочный, ул. Ленинградская, д. 68. E-mail: evgeniy@imyanitov.spb.ru.

Imyanitov Evgeniy Naumovich — M.D., PhD, Professor. N.N. Petrov Research Institute of Oncology. 68, Leningradskaya St., St. Petersburg, pos. Pesochnyy, 197758, Russian Federation. E-mail: evgeniy@imyanitov.spb.ru.

© Т.В. Габрусская, Н.Л. Волкова

ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России

Резюме. В статье описывается новое направление в терапии воспалительных заболеваний кишечника у детей — антицитокиновая терапия. Приводится клинический пример успешного применения биологической терапии у ребенка с болезнью Крона.

Ключевые слова: биологическая терапия; инфликсимаб; лечение болезни Крона у детей.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА (ВЗК) У ДЕТЕЙ

В последние годы отмечается неуклонный рост заболеваемости воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК) — болезнью Крона и язвенным колитом, в том числе и у детей [1], что требует своевременной диагностики и оказания квалифицированной медицинской помощи согласно международным стандартам ведения таких пациентов. На современном этапе развития детской гастроэнтерологии все шире в практику внедряется антицитокиновая терапия. Антицитокиновая терапия — один из наиболее современных высокотехнологических методов лечения аутоиммунных заболеваний. Отличительной особенностью антицитокиновой терапии является избирательное влияние на наиболее важные звенья механизма развития болезни при минимальном воздействии на нормальные механизмы иммунного ответа. При лечении ВЗК у детей антицитокиновые препараты позволяют достигать клинической, эндоскопической ремиссии, восстановления физического и психического развития детей, отмены кортикостероидов, снижать риск операций и госпитализаций [2]. Расширение возможностей получения антицитокиновой терапии в России было связано с введением в 2006 году государственной программы дополнительного лекарственного обеспечения, внедрением программ высокотехнологичных видов помощи и развитием сети Центров антицитокиновой терапии (ЦАТ). В России более 100 таких центров и лишь единицы оказывают помощь детям.

Одним из таких стационаров, где применяется антицитокиновая терапия по программе высоко технологичной медицинской помощи (ВТМП), является СПбГПМУ. На базе 4-го педиатрического отделения ведется лечение детей с ВЗК. Оно является самым большим педиатрическим отделением в Клинике и рассчитано на 70 коек, 50 из которых — гастроэнтерологические, а 20 — соматические. В отделении осуществляется обследование и лечение детей, госпитализированных по поводу недостаточных прибавок веса и роста вследствие различных причин, с подозрением на целиакию, тяжелые заболевания печени и поджелудочной железы, с различными аутоиммунными заболеваниями ЖКТ и воспалительными заболеваниями кишечника. Для диагностики используются самые современные методы: лабораторное обследование (биохимические, серологические, микробиологические методы, квантиферроновый тест, определение уровня кальпротектина), эндоскопические (фиброгастродуоденоскопия, фиброколоноскопия) и гистологические исследования, ультразвуковая диагностика, рентгенологические исследования, в том числе компьютерная и магнитно-резонансная томография. Важно отметить, что врачи отделения работают в тесном контакте с врачами-эндоскопистами, детскими хирургами-колопроктологами, гистологами и другими специалистами стационара. Тем самым достигается высокий уровень диагностики и лечения пациентов.

С 2008 года дети с болезнью Крона имеют возможность получить антицитокиновую терапию инфликсимабом (ремикейд) в стенах нашего отделения. В настоящее время инфликсимаб является единственным из генно-инженерных биологических препаратов,

УДК: 616.344-002-031.84-053.2

одобренных в Российской Федерации для лечения воспалительных заболеваний кишечника у детей с 6 лет.

Приводим клинический случай успешного применения терапии инфликсимабом у пациентки с болезнью Крона.

Анастасия, 12 лет поступила 21/09/2011 в ПО № 4 СПбГПМА экстренно с жалобами на рецидивирующие анальные трещины.

Анамнез жизни: Ребенок от 1-й нормально протекавшей беременности, срочных родов, масса при рождении 3900/51 см, из роддома выписана в срок; на грудном вскармливании до 4 месяцев, затем адаптированные смеси, прикормы с 5,5 месяцев, весоростовые прибавки и психомоторное развитие соответствовало возрасту. На 1-м году на диспансерном учете у невролога: ПЭП, синдром гипервозбудимости, в 1 год с диспансерного учета снята.

Перенесенные заболевания: инфекционный мононуклеоз (7 лет), ветряная оспа. Аллергическая реакция на цитрусовые, шоколад. Кроме того, в июне и июле аллергический ринит. Наследственность по патологии ЖКТ не отягощена.

Анамнез болезни: Осенью 2010 года появились периодические боли в животе (в эпигастрии), в связи с чем обследовались у гастроэнтеролога амбулаторно; прведено ФГДС: эрозивный гастрит, эрозивный бульбит, Нр +. Получала эрадикационную терапию. Несмотря на адекватно проводимое лечение, длительно сохранялись эрозии в желудке (до марта 2011), эрозии в 12-перстной кишке по май 2011 года. С января 2010 года на фоне приема де-нола — развитие запоров (стул 1 раз в 2 дня), на фоне чего появилась трещина, затем еще две (последняя в июне), получали местную терапию, обследовались и лечились у проктолога без значимой положительной динамики. 16.09.11 — осмотр проктолога в СПбГПМА:

- неполный свищ на 6 часов, множественные анальные трещины.
- 20.09 функционирующий парапроктит на 6 часов. Болезнь Крона (?), рекомендовано обследование в условиях гастроэнтерологического отделения. В течение последней недели до госпитализации периодические подъемы температуры до субфебрильных-фебрильных цифр. С осени 2010 года потеря веса (−3 кг). Эпизодов гемоколита, артрита в анамнезе нет.

При поступлении общее состояние средней тяжести. Астенического телосложения, пониженного питания. Кожа чистая, бледная. Периферические лимфоузлы не увеличены. Катаральных явлений нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичные, ЧСС = 72 в минуту. Живот правильной формы мягкий, безболезненный, печень по краю реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул 1 раз в день, оформленный, слизи, крови нет.

Масса 35 кг (дефицит массы тела по росту 18%). Рост 156 см.

Перианально: множественные анальные трещины, гиперемия кожи околоанальной области, слева на 3–6 часов инфильтрация, флюктуации нет +свищевой ход на 6 часов, небольшое количество гнойного отделяемого.

При первичном обследовании:

- В клиническом анализе крови лейкоцитоз до $13{,}6\times10^9$/литре со сдвигом формулы влево, повышение СОЭ до 16 мм/час;
- В биохимическом анализе крови повышение СРБ до 41 (норма до 5);
- Копрограмма без патологии (признаков колита нет);
- Кальпротектин фекальный — 665 мкг/г (норма до 50);
- Серологические маркеры ВЗК:
  - ASCA Ig G — более 200 (норма менее 20 U/ml);
  - ASCA Ig A — 1:1600 (норма менее 1:100);
  - ANCA — отрицательные;
  - Антитела к бокаловидным клеткам отрицательные.

Фиброколоноскопия:

- анальный канал, прямая кишка, сигмовидная кишка, нисходящая ободочная кишка, поперечно-ободочная кишка, восходящая кишка без особенностей,
- слепая кишка: баугиниева заслонка отечная, гиперемированная, щелевидный язвенный дефект с воспалительным экссудатом,
- подвздошная кишка-слизистая резко отечная, гиперемированная, множественные продольные язвенные дефекты с воспалительным экссудатом, участки гиперплазии.

Фиброгастродуоденосокпия:

- Поверхностный гастрит тела желудка.
- Эрозивный геморрагический антральный гастрит (антральный отдел отечен, полные эрозии с геморрагическим включением в центре).
- Поверхностный бульбит. Нодулярный проксимальный дуоденит.
- Поверхностный дистальный дуоденит.
- Нр-отрицат.

Гистологическое исследование:

- В биоптате тела желудка строма диффузно инфильтрирована, преимущественно лимфоцитами. Видны лимфоидные агрегаты, в подслизистой

густые лимфоидные инфильтраты с тенденцией к образованию гранулем.
- В биоптатах 12-перстной кишки густые лимфоцитарные инфильтраты, инфильтрация выражена в подслизистом слое.
- В биоптатах из слизистой оболочки подвздошной кишки выраженный отек, единичные щелевидные язвенные дефекты, густая лимфоплазмоцитарная инфильтрация.

УЗИ органов малого таза: свободной жидкости в брюшной полости и малом тазу не определяется. МРТ органов малого таза: при исследовании малого таза патологических изменений не выявлено. На основании параклинической активности, повышения калпротектина до 650, повышения серологических маркеров ВЗК, данных ФГДС, ФКС и гистологического исследования биоптатов, диагностирована болезнь Крона с поражением илеоцекальной области, верхних отделов ЖКТ, перианальной области, обострение средней степени тяжести (ПИАБК 25 баллов).

Диагноз:

Основной — болезнь Крона с поражением илеоцекальной области, верхних отделов ЖКТ (желудка, 12-перстной кишки), аноректальной области, впервые диагностированная, обострение средней степени тяжести.

Осложнение — множественные анальные трещины. Параректальный свищ. Белково-калорийная недостаточность 1-й степени

Сопутствующий — хронический гастродуоденит, Нр-неассоциированный, стадия субремиссии

Назначена терапия:
- модулен IBD;
- Ципрофлоксацин;
- метронидазол;
- буденофальк;
- салофальк;
- азатиоприн.

На фоне проводимой терапии отмечалось закрытие функционирующего отверстия парапроктита, в связи с чем, несмотря на проводимую антибактериальную терапию и лечение болезни Крона, отмечалось нарастание местных изменений, 7.10.11 был диагностирован гнойный парапроктит, было проведено его вскрытие и дренирование. Кроме того, на фоне приема цистостатиков (азатиоприн, затем был заменен на пури-нетол) — выраженная тошнота, периодическая рвота, без изменений со стороны биохимических показателей, что потребовало отмены данных препаратов.

Учитывая невозможность приема цитостатиков в качестве препаратов, поддерживающих ремиссию, у ребенка со свищевой формой болезни Крона с прогностически неблагоприятными факторами протекания заболевания (поражение верхних отделов, перианальное поражение), решено было начать биологическую терапию. Решено было начать индукционный курс ремикейда (5 мг/кг, 0–2-6 недели), 26.10.11 получила первую инфузию, перенесла без осложнений.

Предварительно была обследована на туберкулез:
- Рентгенограмма органов грудной полости: без инфильтративно-очаговых изменений, корни структурны.
- Реакция Манту отрицательная.
- Квантифироновый тест отрицательный.
- Осмотр фтизиатра: назначение биологической терапии не противопоказано.

В январе 2012 поступила для контрольного обследования (пройден индукционный курс).

При поступлении жалоб активно не предъявляет. Получает салофальк 1,0 два раза в день, ремикейд 5 мг/кг каждые 8 недель.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Астенического телосложения, пониженного питания. Кожа чистая. Периферические лимфоузлы не увеличены. В зеве катаральных явлений нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС=72 в минуту. Живот правильной формы мягкий, безболезненный, печень-по краю реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул 1 раз в день, оформленный, слизи, крови в стуле нет.

Перианально: на 7 часов ранка с эпителизирующимся дном, отделяемого нет, свищей, трещин нет. Масса 39 кг (+5 кг за 4 месяца). Рост 157 см.

При обследовании параклинической активности нет.

Кальпротектин снизился до 155 (норма до 50). При проведении ФГДС эрозивно-язвенных процессов выявлено не было. Проведена фиброколоноскопия: катаральный илеит, отчетливая положительная динамика по сравнению с 03/09/11.

Девочка продолжает получать биологическую терапию препаратом инфликсимаб по настоящее время.

Таким образом, биологическая терапия инфликсимабом у детей со свищевой формой болезни Крона с прогностически неблагоприятными факторами протекания заболевания может быть признана целесообразной.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Sherlock M., Griffiths A.* Medical Therapy for Pediatric Inflammatory Bowel Disease // Curr. Gastroenterol Rep. – 2012. – Vol. 14. – P. 166–173.

2. *Spurio* et al. Early treatment in Crohn's disease: do we have enough evidence to reverse the therapeutic pyramid? // J. Gastrointestin Liver Dis March. — 2012. — Vol. 21, N 1. — P. 67–73.

NEW OPPORTUNITIES OF TREATMENT IBD IN CHILDREN

Gabrusskaya T.V., Volkova N.L.

◆ **Resume.** New opportunities in treatment of inflammatory bowel disease- anticytokine therapy- is described in the article. A case of successful treatment of Crohn's disease using infliximab is described.

◆ **Key words:** Biologic therapy; infliximab; treatment of Crohn's disease in children.

◆ Информация об авторах

Габрусская Татьяна Викторовна — ассистент, кафедра поликлинической педиатрии. ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2.
E-mail: tatyanagabrusskaya@yandex.ru.

Gabrusskaya Tatyana Viktorovna — Associate Professor, Department of Polyclinics Pediatrics. Saint-Petersburg State Pediatric Medical University of Health Ministry of Russia. 2, Litovskaya st., St. Petersburg, 194100, Russian Federation.
E-mail: tatyanagabrusskaya@yandex.ru.

Волкова Наталья Леонидовна — врач-ординатор. Педиатрическое отделение № 4. ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2.
E-mail: kl9nflik_mail.ru@mail.ru.

Volkova Natalya Leonidovna — Pediatrician. Pediatric Department №4. Saint-Petersburg State Pediatric Medical University of Health Ministry of Russia. 2, Litovskaya st., St. Petersburg, 194100, Russian Federation.
E-mail: kl9nflik_mail.ru@mail.ru.

© С.А Кулаков

РГПУ имени А.И. Герцена

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ И МЕТОДИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ ПРЕПОДАВАНИЯ ПСИХОТЕРАПИИ КЛИНИЧЕСКИМ ПСИХОЛОГАМ

Резюме. В преподавании психотерапии клиническим психологам сделан акцент на полипрагматических, синтетических, трансгеоретических, мультимодальных тенденциях в понимании психотерапии. Приведенные алгоритмы построения психотерапевтического диагноза позволяют будущему специалисту осуществить как планирование психотерапии, так и минимизацию ошибок при проведении психотерапевтических вмешательств.

Ключевые слова: психотерапия; методология; методика преподавания.

Мир современного человека — это созданная им с помощью вербальных и образных знаковых средств интегральная репрезентация действительности, включающая в себя множество контекстов и смысловых паттернов, мир, в котором множественность внутреннего Я вступает в сложные взаимосвязи с множественностью возможных миров.

Психотерапия как наука находится пока еще в процессе становления. Интегрируются различные направления, ранее считавшиеся несовместимыми. В настоящее время можно говорить о возрастающих полипрагматических, синтетических, трансгеоретических, мультимодальных тенденциях в понимании психотерапии, что во многом совпадает с состоянием психотерапии в мировой практике [1]. Интегративная психотерапия — это нечто большее, чем просто набор различных техник или сплав различных теорий: не что иное, как синтез философии и науки, эмпирического и феноменологического подходов, исследовательской работы и практики. На современном этапе разработка интегративной модели психотерапии может включать в себя принципы и методы феноменологического подхода (экзистенциальной терапии, гештальт-терапии), а также методы поведенческого и когнитивного подходов. Будучи привлеченными в качестве дополнительных средств для реализации целей интегративной психотерапии, они выполняют разные задачи в той или иной плоскости нарушенных отношений. Так, принципы феноменологического подхода создают условия, необходимые для изменений — осознанности, самопринятия и спонтанности. Приемы гештальт-терапии, воздействуя в большей степени на эмоциональный аспект отношений, способствуют освобождению подавленных чувств, и в то же время осознанию (а затем и интеграции) противоречивых тенденций личности. Методы когнитивного подхода напрямую воздействуют на нарушенные отношения (иррациональные, дисфункциональные убеждения, установки), на их осознание и последующую коррекцию; методы поведенческой терапии — на коррекцию дезадаптивных стереотипов поведения. С точки зрения интегративной терапии, спонтанность и аутентичность важны для полноценного развития человека на каждом этапе жизни и преодоления кризисов, каждый из которых ставит новые задачи развития, и открывает возможности для нового. Целью интегративной психотерапии является содействие целостности человека как качеству его бытия и максимальной реализации в интрапсихическом, межличностном и социально-политическом пространствах с учетом индивидуальности, а также внутренних и внешних ограничений.

Большинство современных теоретиков психодинамического, гуманистического и когнитивного подходов согласны с тем, что на людей значительное влияние оказывают текущие межличностные системы.

УДК: 378:159.9

Таблица 1

Представления о структурно-динамических характеристиках психики в основных направлениях современной психотерапии: тенденции к сближению (Холмогорова А. Б., 2011)

Направления психотерапии / Характеристики психики	Психодинамическая терапия	Когнитивно-поведенческая терапия	Экзистенциальная терапия, экзистенциальный анализ
Структура	Система представлений о себе и о мире (объектные репрезентации)	Система представлений о себе и о мире (когнитивные схемы: убеждения и верования)	Система представлений о себе и о мире (концепция «Я»)
Микродинамика	Отражение реальности (защитные механизмы)	Отражение реальности (когнитивные искажения)	Отражение реальности (искажения внутреннего опыта)
Макродинамика	Ранний опыт, характер привязанности (стадии развития объектных отношений)	Ранний опыт, характер привязанности (формирование когнитивных схем)	Ранний опыт, характер привязанности (формирование концепции «Я» и ценностей)

В таблице 1 показаны современные представления о структурно-динамических характеристиках психики.

Бессознательное понимается как текст, а окружение как ноосфера, то есть ментальная, интрапсихическая, смысловая репрезентация «Я» и объекта. Три направления, существовавшие в XX столетии, дополняя друг друга, начали интегрироваться. В рамках самого психоанализа завоевывает место совершенно новая для психоанализа проблематика, связанная с изучением развития в полном смысле этого слова в виде категорий интернализации, межличностной коммуникации и отношений. В структуре субъективной реальности различают «внешний мир» — образы объективной реальности и «внутренний мир» — настроения, состояния, представления о себе, рефлексивные процессы и т. п.

Три положения психодинамического подхода: подчеркивание важности изучения уз привязанности с родительскими фигурами в раннем детстве для понимания актуальных межличностных проблем; признание существенной роли психотерапевтических отношений в эффективности терапии; видение конечной цели терапии не столько в модификации поведенческих схем, сколько в прояснении и изменении интрапсихических моделей и схем, сложившихся в раннем детстве в результате дисфункциональных семейных отношений, разделяется представителями других психотерапевтических отношений.

В эклектизме делается акцент на технической, практической стороне, на избирательном использовании различных видов вмешательства в применении к конкретной ситуации, а *интеграция чаще ассоциируется с синтезом единой теории на основе различных подходов*. Особое внимание следует обращать на пациентов с пограничной личностной организацией, у которых, несмотря на внешнюю компенсацию и отсутствие какой-либо симптоматики, сохраняется слабое или расщепленное Эго, приводя к внезапным декомпенсациям после многих лет «спокойного периода».

В обучении студентов психотерапии мы сталкиваемся со следующими трудностями профессионального обучения и человеческими факторами:

- разнородность представлений о консультировании и его механизмах;
- неумение синтезировать и интегрировать знания, полученные в ходе прохождения курса психиатрии;
- отсутствие навыков сбора анамнеза;
- слабое использование студентами времени, отведенного на самостоятельное изучение дисциплин;
- нежелание заниматься волонтерской деятельностью в клинике с целью приобретения опыта работы.

Все это приводит к тому, что, начав заниматься практической психологией и консультированием клиентов и пациентов, молодые специалисты делают акцент на техниках, а не на понимании проблем пациента с позиций современной синергетической модели.

В ходе многолетнего преподавания данной дисциплины мы разработали ряд клинико-психотерапевтических алгоритмов, освоение которых помогает молодому специалисту избегать тактических ошибок. Остановимся на некоторых из них.

Первый алгоритм относится к формированию навыков проведения первого интервью, включения па-

Таблица 2

Фазы и цели интегративной психотерапии

Фаза 1. Первое интервью, показания	
Цели	Средства
• Точное и полное понимание жалоб пациента (симптомы поддерживают гомеостаз, сохраняют самоуважение) • Установление доверительных отношений • Постановка пробного клинико-психотерапевтического диагноза • Оценка расстройства с точки зрения психодинамики (внутриличностный конфликт, дефицит развития, степень отделения селфа от объекта, селф-репрезентация и объект-репрезентация, личностные расстройства, механизмы защиты, их генетические, метапсихологические источники). Качество объектных отношений – способность поддерживать отношения. Оценка общего функционирования Эго в свете предшествующих вопросов касательно возраста и стадии развития • Дискуссия по этиологии расстройства • Диагностика ресурсных и слабых сторон пациента (в прошлом и настоящем) • Степень толерантности по отношению к фрустрации • Дискуссия о прогнозе • Информация о терапии • Обсуждение целей • Выбор подходящих терапевтических методов. Амбулаторная психотерапия? Стационарная психотерапия? Сочетание с лекарственной терапией? Какие конкретно методы? • Согласие стать психотерапевтом данного пациента или направление к другому психотерапевту • Информированное согласие (сеттинг)	• Интервью/анамнез, честность и открытость • Эмпатическое понимание, слушание, (психотерапевт в роли доброй, внимательной матери, мудрого и поддерживающего отца) • Гипотетико-дедуктивный метод • Эвристическое мышление • Формирование диагностического впечатления • Концептуализация обследования • Предоставление информации • Экспериментально-психологические методы • Личностные и клинические тесты • Параклинические методы • Терапевтический контракт
Фаза 2. Создание терапевтических отношений и объяснение проблемы и целей терапии	
Цели	Средства
• Ролевое структурирование (объяснение пациенту его роли — роли пациента) • Формирования ожидания позитивных изменений • Выражение разнообразных аффектов по отношению к психотерапевту и ходу психотерапии	• Терапевтические отношения • Проявление положительного принятия и эмпатии • Пояснение терапевтических «правил игры» • Центральная конфликтная тема отношений — CCRT
Фаза 3. Психотерапевтические вмешательства	
Цели	Средства
• Изменение симптомов • Раскрытие важной информации о себе • Осознавание • Формирование наблюдающего Эго и рефлексивности вместо катарсиса • Выражение личных и значимых чувств • Исследование тем, которые ранее были болезненны для пациента • Изменение представлений о себе, адекватное самопринятие • Ассертивность (компетентность в совладании/преодолении трудностей) • Анализ мотивов поведения и эмоций • Анализ причинно-следственных связей • Реорганизация личностного смысла • Прояснение и изменение интрапсихических моделей и схем, сложившихся в раннем детстве • Активация ресурсов • Замена «деструктивного нарратива» на позитивный нарратив • Изменение структуры личности (усиление Эго: способность противодействовать фрустрации, удерживать импульсы Ид, связанные с «эросом» и «танатосом») • Улучшение межличностных отношений	• Влияние общих факторов: катарсис, эмпатия, доверие, интуиция, моделирование, готовность психотерапевта к риску • Непрерывное наблюдение и проверка гипотез • Анализ переноса или сопротивления • Описание этапов нормального развития • Метафорическое мышление • Непрерывное наблюдение и оценка течения терапии • Выносливость терапевта • Контейнирование чувств • Применение конкретных психотерапевтических техник • Домашние задания, повышающие рефлексивность пациента • Где было Ид, там станет Эго • Комбинация индивидуальной и семейной психотерапии • Супервизия
Фаза 4. Оценка до и после окончания терапии	
Цели	Средства
• Психодиагностика достижения терапевтической цели • Формальное окончание терапевтических отношений	• Сокращение терапевтических контактов • Диагностика, супервизия • Соглашение об окончании терапии

циента в психотерапию, фазам психотерапии и подбору психотерапевтических вмешательств (табл. 2).

Для тех пациентов, у которых при обращении обнаружены развернутые признаки эмоциональных и поведенческих расстройств, краткосрочная психотерапия в любой форме не поможет быстро решить проблемы и служит лишь этапом интегративного вмешательства. Учитывая медленный темп продвижения пациентов к осознанию своих трудностей из-за наличия клинической симптоматики и психологических защит, следует предоставлять им возможность встречаться с психотерапевтом по мере необходимости, организовывать группу поддержки, рекомендовать долгосрочную индивидуальную или семейную психотерапию.

Планирование терапии подразумевает использование полученной в ходе обследования информации для составления плана лечения и оценки его эффективности.

Рассмотрим последовательно некоторые варианты концептуализации случая.

Многоосевой подход DSM-IV-TR

Пятиосевая классификационная система была разработана для того, чтобы обеспечить систематизированную структуру для полной описательной оценки психического состояния пациента и общего функционирования. Оси включают:

Ось 1. Клинические расстройства.

Ось 2. Расстройства личности, задержка психического развития.

Ось 3. Общие соматические расстройства.

Ось 4. Психосоциальные проблемы.

Ось 5. Глобальная оценка функционирования.

Диагнозы по оси 1 охватывают те клинические синдромы, которые развиваются, как правило, в период поздней юности или зрелости. Расстройствами, кодируемыми по оси 1, являются диссоциативные и соматоформные расстройства (они частые спутники обращения за медицинской помощью к врачам общей практики), биполярное расстройство, наркотическая и алкогольная зависимость. Они чаще положительно реагируют на медикаментозное лечение и психотерапию. Расстройства по оси 2 трудно поддаются терапии или требуют увеличения ее продолжительности. Ось 3 отражает главным образом соматические проблемы, часть из которых может отражать психосоматические расстройства. Ось 4 регистрирует психосоциальные стрессоры, воздействующие на пациента в течение последних 12 месяцев, которые имеют отношение к обострению текущего психического расстройства. Стрессор следует описывать настолько детально, насколько это необходимо для того, чтобы показать, как он нарушает функционирование пациента. Отмечать следует даже слабые стрессоры, если они фигурируют в клинической картине. Ось 5 регистрирует общий уровень функционирования пациента как во время оценки, так и на протяжении последнего года (от 100 баллов — высший уровень функционирования — до 0 — неадекватная информация). У пациентов могут присутствовать несколько диагнозов по каждой оси.

Мультимодальный профиль Лазаруса — специфически организованный вариант системного анализа, проводимый по семи направлениям — BASIC–ID (по первым английским буквам: behavior, affect, sensation, imagination, cognition, interpersonal relation, drugs — поведение, аффект, ощущения, представления, когниции, интерперсональные отношения, лекарства и биологические факторы). В практике это необходимо для планирования вариантов психотерапии и для обучения начинающих психологов методам интегративной психотерапии. Использование мультимодального профиля позволяет лучше войти в проблему пациента, он соотносится с многоосевой диагностикой психических расстройств, дает возможность одновременно наметить варианты психотерапевтической работы.

Многолетнее применение этих схем выявило как преимущества, так и недостатки их практического применения. Основным недостатком является отсутствие духовного уровня (экзистенциальные универсалии), что в случае игнорирования или невнимания к таким, например, феноменам, как «свобода, ответственность, выбор», может приводить к ошибкам планирования психотерапии и рецидивам симптомов у пациента.

Мнемоническая формула диагностики и терапии Селигмен «DO A CLIENT MAP»

Удобной для запоминания формой концептуализации оказалась мнемоническая формула, предложенная Л. Селигмен, DO A CLIENT MAP [2]. Каждая буква в начале слова обозначает определенный блок концептуализации. Рассмотрим этот подход.

Diagnosis — диагноз: может включать многоосевой, психодинамический, клинический или любой другой вариант диагноза в зависимости от принадлежности специалиста к определенной школе диагностики и терапии.

Objectives — цели терапии.

Asessment — необходимая диагностика: параклинические и экспериментально-психологические методы, назначаемые в ходе ведения пациента.

Clinician — характеристика клинициста: стиль работы, терапевтические отношения.

Location — локализация терапии: амбулаторное или стационарное лечение. В некоторых случаях стационарное лечение полезно тем, что может дать возможность оторваться от интенсивного вовлечения в жизнь пациента его семьи.

Intervention — планируемое вмешательство.

Emphasis — направленность терапии: директивная, недирективная, симптомо-центрированная,

личностно-ориентированная, поведенческая или аффективная ориентация.

Nature — природа терапии: индивидуальная, семейная, групповая.

Timing — частота сеансов, продолжительность терапии и т. п.

Medication — медикаменты. Формирование (подбор) адекватного фармакологического (фармакотерапевтического) фона.

Adjunct — дополнительные ресурсы, которые могут потребоваться: группа поддержки, супервизия, обучение.

Prognosis — Прогноз.

Цветок потенциалов Ананьева

Проанализировав данные литературы последних лет, Ананьев рекомендует использовать следующие уровни для анализа информации, полученной у пациента.

- Уровень телесных ощущений и реакций (психофизический). Характер функционирования психики является определяющим, когда речь заходит о телесном, или физическом, здоровье индивида.
- Уровень образов и представлений. Позитивные (ресурсные) образы и представления способствуют формированию здоровых установок личности, тогда как негативные подкрепляют болезненные состояния.
- Уровень чувств — способность человека адекватно выражать свои чувства, понимать и без оценки принимать чувства других.
- Уровень самосознания и рефлексии. Сформированная эго-идентичность и целостный позитивный образ «Я» в значительной степени обеспечивают здоровье личности, тогда как нарушение самосознания приводит к психическим расстройствам.
- Социокультуральный уровень: акцент на межличностных системах (семейная система, разнообразные аспекты этнической психологии, дискурсы).
- Духовный уровень. Болезнь может рассматриваться как этап духовного становления личности и личностного роста. Учитывается иерархия ценностей личности. С принятием решения, с выбором сопряжена ответственность человека за свою жизнь.
- Креативный уровень (творческий аспект здоровья). Способность человека к созидающей активности, стремление к творческому самовыражению в жизни.
- Экологический уровень: включает условия проживания, материальные условия, качество жизни.

Известно, что применение психотерапии требует от пациента много сил от его Эго, чтобы противостоять симптомам, с одной стороны, отвечать требованиям психотерапевтического процесса, с другой стороны. Одной из ошибок психотерапевта при проведении супервизорских сессий является несоответствие темпа психотерапевта и темпа восприятия пациента.

Студенты на 4 курсе пишут курсовую работу, цель которой концептуализировать случай и определить цели и варианты психотерапии, на 5 курсе в рамках дисциплины супервизия им необходимо провести краткосрочную психотерапию (консультативную психотерапию 1–3 сеанса) с пациентами и письменно оформить развернутое психотерапевтическое заключение.

Наш опыт показал полезность использования данных приемов, способствующих лучшему пониманию проблем пациента, где теория в наибольшей степени приближена к современной практике.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Александров А.А.* Интегративная психотерапия. — СПб.: Питер, 2009.
2. Психиатрия и психотерапия: справочник / Герд Лаукс, Ханс-Юрген Мёллер; пер. с нем. 3-е изд. — М.: МЕДпресс-информ, 2012.
3. *Холмогорова А.Б.* Интегративная психотерапия расстройств аффективного спектра. — М.: ИД «Медпрактика-М», 2011.

METHODOLOGICAL AND METHODIC PRINCIPLES IN PSYCHOTHERAPY TEACHING OF CLINICAL PSYCHOLOGISTS

Kulakov S.A.

◆ **Resume.** In the sphere of psychotherapy teaching of clinical psychologists we focus on polypragmatic, synthetic, transtheoretic and multimodal tendencies of considering psychotherapy. Mentioned algorythms of formulating a psychotherapeutic diagnosis allow the future specialist to realise therapy planning as well as to reduce the mistakes during the process of psychotherapeutic interventions.

◆ **Key words:** Psychotherapy; methodology; the methodics of teaching.

◆ Информация об авторе

Кулаков Сергей Александрович — д. м. н., профессор кафедры клинической психологии. ФГБОУ ВПО «Российский государственный педагогический университет им. А. И. Герцена». 191186, Санкт-Петербург, наб. реки Мойки, д. 48, корпус 11. E-mail: kulaksergey@yandex.ru.

Kulakov Sergey Aleksandrovich — M.D., Professor, Head, Dept. of psychology. The federal state budget educational establishment of higher professional education "The Herzen State Pedagogical University of Russia". 48, building 11, nab. reki Moyki, St. Petersburg, 191186, Russia. E-mail: kulaksergey@yandex.ru.

© Е.Р. Зинкевич, А.Н. Корнев

ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России

Резюме. Статья посвящена пропедевтической практике, имеющей целью формирование одного из этапов профессионального самоопределения и «вживания» в профессию будущих клинических психологов. Авторы статьи рассматривают пропедевтическую практику как педагогическую технологию, предназначенную для применения в сфере подготовки специалистов помогающих профессий. Ее важной особенностью как педагогической технологии является направленность на формирование общекультурных и профессиональных компетенций обучающихся, связанных с личностными предпосылками, необходимыми в профессии клинического психолога.

Ключевые слова: феноменологический подход; пропедевтическая практика; педагогическая технология; профессиональные компетенции.

ПРОПЕДЕВТИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА КАК НОВАЯ ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ТЕХНОЛОГИЯ В ПОДГОТОВКЕ КЛИНИЧЕСКИХ ПСИХОЛОГОВ

В федеральном образовательном стандарте 2010 г. по специальности «клиническая психология» среди 44 общекультурных и профессиональных компетенций лишь в одной сформулированы требования к личностным качествам психолога: «готовность и способность к восприятию личности другого, эмпатии, установлению доверительного контакта и диалога, убеждению и поддержке людей». Из 44 компетенций — лишь одна посвящена тому, без чего психолог не сможет состояться вообще! Без нее все остальные компетенции практически становятся бесполезными.

Здесь уместно вспомнить о психологических допрофессиональных предпосылках, наличие которых создает необходимую базу для дальнейшего профессионального становления личности и овладения ею вышеупомянутым набором профессиональных компетенций. Более того, в профессиональной подготовке психолога личностная составляющая занимает очень большое место. Как известно, «<…> психологическая составляющая профессионализма — это не только осведомленность, но и воспитанность душевного склада человека» [2, с. 37].

Профессиональная подготовка клинического психолога наряду с теоретическими знаниями включает и практические навыки, без которых знания оказываются не работающими, не доступными для практического использования [1]. Среди большого числа необходимых профессиональных навыков на первое по значимости место можно поставить «технику установления контакта с клиентом» и владение клиническим интервью. Это подразумевает способность получать достоверную и разностороннюю информацию о субъекте посредством наблюдения за его свободным поведением. Такой навык представляется особенно необходимым в работе с людьми.

Однако среди диагностических навыков, которым учат будущего клинического психолога, превалируют экспериментально-психологические методики. Их общим свойством является необходимость создания особой, искусственной экспериментальной ситуации, в которую помещают испытуемого и посредством ряда воздействий, предъявления разных вопросов, заданий, стимулов изучают особенности его реакций.

Существует, как известно, и другой подход к изучению человека — наблюдение за ним в процессе его естественного поведения или в ходе неструктурированного, неформализованного общения с психологом. В этом случае основными способами получения информации являются наблюдение и «вчувствование», которые позволяют значительно глубже понять пациента. В отличие от вышеупомянутых аналитических способов, здесь доминирует холистический подход, предполагающий целостное видение всего паттерна поведения человека, а не его отдельных, вырванных из контекста, характеристик.

Применительно к психологии существует неклассическое разделение ее на «объясняющую психологию» и «понимающую психологию» [5]. Для понимающей психологии ценно не столько то,

УДК: 378:159.9

что измеряемо с помощью экспериментальных методов, сколько то, что может быть понято только с помощью вчувствования, инсайта врача или клинического психолога. В этом случае исследовательским инструментом по существу является сам психолог, его душевная конструкция, обогащенная профессиональным опытом и резонирующая переживаниям пациента. Прежде всего, это относится к плоскости переживаний пациента, измерить которые объективными методами крайне трудно, если вообще возможно. Практика общения с дипломированными клиническими психологами показывает, что они слабо владеют такими методами целостного изучения человека. Нередко они «не чувствуют партнера» по общению, а зачастую и не могут общаться так, чтобы партнер добровольно раскрылся. Такая ситуация связана с отсутствием навыков исследования-наблюдения, умений недирективным способом достичь самораскрытия, откровенности человека, что требует развитого чувства эмпатии, умения слушать и наблюдать, высокого социального интеллекта.

Подобные пробелы в профессиональной подготовке настолько серьезны, что лишают психолога возможности интегрировать полученные им отдельные сведения об испытуемом в нечто целое. В частности, в работе с детьми формализованные, тестовые методики исследования имеют особенно малую надежность и низкую валидность.

Для практикующего психолога особенно важно владеть арсеналом навыков, востребованных понимающей психологией. Он должен чувствовать человека, интуитивно схватывать его глубинную сущность, тонко резонировать с малейшими душевными движениями клиента. Особенно важно это при работе с детьми, которые чутко ощущают фальшь, равнодушие к себе. Психолог должен уметь не только «разъять целое на части», аналитически, категориально описать психологический статус, но и понять его целостную конструкцию, создать гештальт, отражающий базовые глубинные структурные основы индивидуальности. Все эти качества невозможно развить посредством теоретического изучения учебных курсов, они формируются только жизненной практикой общения с людьми. В связи с этим актуализируется вопрос пропедевтической подготовки на первых этапах психологического образования.

Поступив на психологический факультет, студент имеет смутное представление о своей будущей профессии (или не имеет его вовсе). Он еще не представляет специфики помогающих профессий — оказание помощи людям. Для того чтобы вовлечь студента в психологическую реальность, «заразить» психологическими интересами, сформировать особое видение человека и его проблем, понимание необходимости и возможности их разрешения, была разработана педагогическая технология пропедевтической практики для студентов 1 курса на факультете клинической психологии ГБОУ ВПО СПбГПМУ.

Сущностными характеристиками педагогической технологии являются «управляемость (диагностическое целеполагание, осуществление мониторинга учебного процесса, его необходимая коррекция); эффективность (соответствие образовательным стандартам, возможность достижения поставленных целей обучения, минимальные временные и экономические затраты); воспроизводимость (возможность применения другими преподавателями)» [3, с. 269].

По мнению С. Сполдинга, технология обучения «включает целостный процесс постановки целей, постоянное обновление учебных планов и программ, тестирование альтернативных стратегий и учебных материалов, оценивание педагогических систем в целом и установление целей заново, как только становится известной новая информация об эффективности системы» [7, с. 317].

Другие ученые, в частности П. Ф. Персиваль, Г. Эллингтон, высказывают точку зрения, что конструирование педагогических технологий «<…> имеет в своей основе системную методологию, позволяющую синтезировать педагогический опыт на основе таких различных областей знания, как психология, социология, профессиональный менеджмент и системный анализ <…>» [6, с. 13].

В нашем случае педагогическая технология выступает как «система функционирования всех компонентов педагогического процесса, построенная на научной основе, запрограммированная во времени и в пространстве и приводящая к намеченным результатам» [4, с. 4].

Целью пропедевтической практики является формирование первичных представлений студентов о феноменологии поведения детей в ситуациях межличностного взаимодействия.

Основной особенностью этого вида практики является погружение студентов в реальную ситуацию психологического взаимодействия с детьми и оказания им допрофессиональной помощи — все это моделирует их будущую профессиональную деятельность. В живом контексте общения с детьми студент начинает понимать сущность своей будущей профессии. Что, в свою очередь, создает предпосылки

для формирования профессиональной мотивации, которая в конечном счете и должна лежать в основе мотивации учения.

В основное содержание практики входит изучение студентами специфики взаимодействия с ребенком или подростком в условиях клиник Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии, освоение ими первичных умений устанавливать контакт с детьми, оказавшимися в трудной жизненной ситуации, и осуществлять совместную деятельность.

Пропедевтическая практика представляет собой индивидуальную и групповую работу студентов с детьми, которая включает в себя организацию досуга, общение с ребенком, наблюдение за его поведением и выделение индивидуальных его особенностей. Таким образом осуществляется постепенное становление психологических предпосылок, необходимых будущему специалисту помогающей профессии. Решение реальных задач, а также совместная деятельность с детьми образуют тот нужный контекст, в котором освоение профессии приобретает творческий и гуманистический смысл. Практическая деятельность в данной ситуации создает возможности для приобретения нового опыта распознавания и дифференциации феноменологии разных форм поведения детей. В качестве задач мы рассматриваем:

- осуществление профориентационной работы со студентами по специальности «детский клинический психолог»;
- развитие профессиональной мотивации и становление профессиональной позиции будущего детского клинического психолога;
- формирование способности к эмпатии, толерантности в отношении детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

В структуре педагогической технологии выделяются 4 этапа, которые позволяют последовательно сформировать необходимые компетенции будущего специалиста: подготовительный, проектировочный, преобразующий и аналитический этапы.

На подготовительном этапе осуществляется подготовка к деятельности в условиях клиники. Он включает в себя 4 семинара, на которых происходит знакомство студентов с особенностями проведения этого вида практики, ее целью и задачами. В процессе проведения семинаров осуществляется обогащение и расширение словаря студентов, необходимого для описания особенностей поведения ребенка (на допрофессиональном уровне). Студенты знакомятся с особенностями пребывания детей с соматической патологией в условиях стационара, осуществляется подготовка студентов к общению с ними, объясняется и демонстрируется процесс наблюдения за поведением детей, проводится обучение методике досуговой деятельности. На этом этапе студенты учатся вести дневниковые записи.

Проектировочный этап предполагает создание проекта вовлечения ребенка, находящегося в клинике, в различные виды досуговой деятельности.

На преобразующем этапе организуется посещение детей в клинике, наблюдение за особенностями их поведения и проведение досуговой деятельности с ними (индивидуально или в микрогруппе).

Аналитический этап посвящен анализу состоявшихся наблюдений и оформленных дневниковых записей, их обсуждению. Завершается пропедевтическая практика проведением круглого стола «Психологические проблемы детей, находящихся в условиях госпитализации» и презентацией портфолио.

Результаты анкетирования студентов (выборка составила 82 человека) убедительно доказывают, что данная педагогическая технология обеспечивает формирование умений чувствовать и видеть ребенка, понимать его эмоциональное состояние, «читать поведение». Кроме этого, используемая технология способствовала профессиональному самоопределению студентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Зеер Э.Ф.* Понятийно-терминологическое обеспечение компетентностного подхода в профессиональном образовании // Понятийный аппарат педагогики и образования: сб. науч. тр. Вып. 5; отв. ред. Е.В. Ткаченко, М.А. Галагузова.– М.: Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС, 2007.– С. 345–356.
2. *Климов Е.А.* Основы психологии: Учебник для вузов.– М.: Культура и спорт, ЮНИТИ, 1997.– 295 с.
3. Педагогика профессионального образования: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Е.П. Белозерцев, А.Д. Гонеев, А.Г. Пашков и др. // Под ред. В.А. Сластенина.– 3-е изд.– М.: Издательский центр «Академия», 2007.– 368 с.
4. *Селевко Г.К.* Педагогические технологии на основе дидактического и методического усовершенствования УВП.– М.: НИИ школьных технологий, 2005.– 288 с.
5. *Ясперс К.* Общая психопатология / Под ред. докт. мед. наук В.Ф. Войцеха и канд. филос. наук О.Ю. Бойцовой. – М., «Практика», 1997.– 1056 с.
6. *Cover F., Percival F., Ellington H.* A handbook of educational technology., 1984.– Education. – 248 p.
7. *Spaulding S.C.* Technological Devices in Education // The Encyclopedia of Educational Media.L., 1978.– 317 p.

PROPEDEUTIC PRACTICE AS THE NEW EDUCATIONAL TECHNOLOGY IN CLINICAL PSYCHOLOGISTS TRAINING

Zinkevich E. R., Kornev A. N.

◆ **Resume.** Article is devoted to the propaedeutic practice aiming the formation of one of stages of professional self-determination and entry into a profession of future clinical psychologists. Authors of article consider propaedeutic practice as the pedagogical technology intended for application in the sphere of training of specialists of helping professions. Its important feature as pedagogical technology is the orientation on formation of common cultural and professional competences being trained, connected with the personal preconditions necessary in a profession of the clinical psychologist.

◆ **Key words:** Phenomenological approach; propaedeutic practice; educational technology; professional competence.

◆ Информация об авторах

Зинкевич Елена Романовна — к.п.н., доцент кафедры общей и прикладной психологии с курсом медико-биологических дисциплин факультета клинической психологии. ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: lenazinkevcih@mai.ru.

Корнев Александр Николаевич — д.психол.н. профессор кафедры общей и прикладной психологии с курсом медико-биологических дисциплин. ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: k1949@ya.ru.

Zinkevich Elena Romanovna — PhD, Associate Professor, Department of general and applied psychology with a course of biomedical disciplines of the department of clinical psychology. Saint-Petersburg State Pediatric Medical University of Health Ministry of Russia. 2, Litovskaya St., St. Petersburg, 194100, Russian Federation. E-mail: lenazinkevcih@mai.ru.

Kornev Aleksandr Nikolayevich — MD, PhD, Professor, Department of general and applied psychology with a course of biomedical disciplines of the department of clinical psychology. Saint-Petersburg State Pediatric Medical University of Health Ministry of Russia. 2, Litovskaya St., St. Petersburg, 194100, Russian Federation. E-mail: k1949@ya.ru.

© О.С. Кульбах , В.А. Аверин, Е.Р. Зинкевич

ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России

Резюме. В статье актуализируется проблема системного подхода к формированию общекультурных и профессиональных компетенций в подготовке будущего врача. Рассматриваются трудности, объективные и субъективные факторы, препятствующие поступательному процессу формирования компетенций в медицинском вузе.

Ключевые слова: компетентностный подход; компетентность; компетенции; воспитательная система медицинского вуза.

ЕДИНСТВО ФОРМИРОВАНИЯ ОБЩЕКУЛЬТУРНЫХ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ В ПОДГОТОВКЕ БУДУЩЕГО ВРАЧА

В настоящее время как на уровне государственных структур, так и на уровне профессионального педагогического сообщества можно увидеть тенденцию понимания профессионального образования как процесса развития компетентности будущего специалиста. Обращение к идее компетентностного подхода инициировано в связи с общественной потребностью осмысления качества подготовки специалистов в профессиональной сфере.

Сегодняшнее время актуализирует компетентностный подход, который «<…> предполагает целостный опыт решения жизненных проблем, выполнения ключевых (т. е. относящихся ко многим социальным сферам) функций, социальных ролей, компетенций» [2, с. 11]. Реализуя компетентностный подход, мы осуществляем переориентацию оценки результата образования с понятий «подготовленность», «образованность», «общая культура», «воспитанность» на понятия «компетентность», «компетенции».

В Глоссарии терминов рынка труда, разработки стандартов образовательных программ и учебных планов (1997) под компетентностью понимают «<…> личные качества и опыт, которыми обладает человек: знания, образование, подготовку и другие личные характеристики, которые позволяют ему эффективно выполнять свою деятельность» [3, с. 63]. «Природа компетентности такова, что она, будучи продуктом обучения, не прямо вытекает из него, а является, скорее, следствием саморазвития индивида, его не столько технологического, сколько личностного роста, следствием самоорганизации и обобщения деятельностного и личностного опыта» [2, с. 14].

С точки зрения Э. Ф. Зеера, компетентности — это содержательные обобщения теоретических и эмпирических знаний. «Компетентности теоретического уровня обобщения отражают внутренние связи и отношения предметов и явлений действительности, их конкретизация выражается в понятиях, законах, принципах. Эмпирические компетентности отражают внешние свойства предметов и явлений. Они имеют прикладной, действенный характер. Конкретизация этого уровня обобщения состоит в словах-терминах, символах, знаках, процессуальных знаниях, иллюстрациях, примерах» [4, с. 347].

Необходимо уточнить, что в системе высшего профессионального образования компетентность рассматривается важнейшей характеристикой успешности и результативности образования студентов. И. А. Колесникова отмечает, что компетентность — это интегральная личностная характеристика, отражающая готовность и способность человека выполнять профессиональные функции, способность к деятельности подходить «со знанием дела». В этом смысле компетентность понимается как личностное качество человека в системе специализированной профессиональной деятельности [5].

Обобщая сказанное, можно сделать вывод, что профессиональная компетентность интерпретируется учеными как «<…> категория, интегрирующая такие характеристики субъекта, как глубокое понимание существа выполняемых задач и проблем; хорошее знание опыта, имеющегося в данной области, активное овладение его лучшими достижениями; умение выбирать средства и способы действия, адекватные конкретным обстоятельствам места и времени; чувство ответственно-

УДК: 378: 614.23

сти за достигнутые результаты; способность учиться на ошибках и вносить коррективы в процесс достижения целей» [8, с. 281–282].

Существуют различные подходы к определению понятия «компетенции», среди них:

- подход, основанный на понимании особенностей личности будущего специалиста;
- подход, предполагающий выполнение задач профессиональной деятельности;
- подход, детерминирующий управление результатами профессиональной деятельности.

Таким образом, компетенции — это некоторые внутренние, потенциальные, сокрытые психологические новообразования (знания программы (алгоритмы) действий, системы ценностей и отношений), которые проявляются в компетентностях человека как актуальных, деятельностных проявлениях.

Обозначим эти основные компетенции.

Первая группа — компетенции, относящиеся к самому человеку как личности, субъекту деятельности, общения:

- компетенции здоровьесбережения;
- компетенции ценностно-смысловой ориентации в социуме;
- компетенции интеграции;
- компетенции гражданственности;
- компетенции самосовершенствования.

Вторая группа — компетенции, относящиеся к социальному взаимодействию человека и социальной сферы:

- компетенции социального взаимодействия;
- компетенции в общении.
- Третья группа — компетенции, относящиеся к деятельности человека:
- компетенция познавательной деятельности;
- компетенции деятельности;
- компетенции информационно-технологические.

Компетенции, проявляясь в поведении, деятельности человека, становятся его личностными качествами. Соответственно, они становятся компетентностями, которые характеризуются и мотивационными, и ценностно-смысловыми, и регуляторными составляющими, наряду с когнитивными составляющими (знанием) и опытом.

Профессиональная компетентность врача является комплексной характеристикой, отражающей его ведущую способность — быть субъектом собственной профессиональной деятельности. Субъектность врача выступает в качестве системообразующего принципа, придающего относительную целостность и внутреннюю согласованность этой модели деятельности. Она выражается в смысловых установках, в способности к построению и проектированию собственной медицинской практики и самосовершенствованию.

В Федеральном государственном образовательном стандарте высшего профессионального образования по направлению подготовки (специальности) 060 101 «Лечебное дело» (квалификация (степень) «специалист») заявлено, что выпускник должен обладать совокупностью общекультурных и профессиональных компетенций.

С нашей точки зрения, профессиональные компетенции формируются на основе общекультурных компетенций личности. В свою очередь, общекультурные компетенции — это результат целенаправленной, систематической воспитательной работы со студентами.

В предложенной ниже таблице 1 мы осуществили попытку соотнести общекультурные компетенции сегодняшнего студента с содержанием дисциплин образовательной программы, которая рассматривается как образовательный маршрут будущего врача.

Профессиональное становление личности — это целостный целенаправленный процесс — от формирования профессиональных намерений до полной реализации себя в деятельности, основанный на овладении общекультурными и профессиональными компетенциями. Дальнейшее развитие личности в процессе овладения профессией определяется требованиями ведущей деятельности в этой профессии. Реализуя себя в этой деятельности, личность постепенно изменяется, что приводит к перестройке профессиональных мотивов, формированию новых свойств и качеств.

Профессиональное становление предполагает использование совокупности приемов воспитательного воздействия на студента, его включение в различные виды деятельности, целью которых является формирование системы профессионально важных качеств и свойств личности, — общекультурных и профессиональных компетенций.

Можно выделить специфические качества личности, которые могут способствовать успешной самореализации в определенных видах профессиональной деятельности и неспецифические качества, важные для любого вида профессиональной деятельности. К неспецифическим качествам относится высокий уровень развития общего интеллекта, ответственность, дисциплина, самоконтроль, профессиональная самооценка, являющаяся важным компонентом профессионального самосознания, эмоциональная устойчивость. К специфическим качествам личности, определяющим успешность врачебной деятельности, обычно относят: ценностное отношение к работе, внимательность, ответственность, терпение и терпимость, интуицию, доброту, эмпатию и толерантность. Этот перечень

Таблица 1

Соответствие общекультурных компетенций содержанию дисциплин образовательной программы по направлению подготовки «Лечебное дело»

Общекультурные компетенции	Учебные дисциплины
Способность и готовность анализировать социально-значимые проблемы и процессы, использовать на практике методы гуманитарных, естественно-научных, медико-биологических и клинических наук в различных видах профессиональной и социальной деятельности	Философия Предметы математического и естественно-научного цикла Предметы профессионального цикла
Способность и готовность к анализу мировоззренческих, социально и личностно значимых философских проблем, основных философских категорий, к самосовершенствованию	Философия
Способность и готовность к анализу значимых политических событий и тенденций, к ответственному участию в политической жизни, к овладению основными понятиями и закономерностями мирового исторического процесса, к уважительному и бережному отношению к историческому наследию и традициям, к оценке политики государства; знать историко-медицинскую терминологию	Философия История Отечества Латинский язык
Способность и готовность анализировать экономические проблемы и общественные процессы, использовать методику расчета показателей экономической эффективности; знать рыночные механизмы хозяйствования, консолидирующие показатели, характеризующие степень развития экономики	Правоведение Экономика
Способность и готовность к логическому и аргументированному анализу, к публичной речи, ведению дискуссии и полемики, к редактированию текстов профессионального содержания, к осуществлению воспитательной и педагогической деятельности, к сотрудничеству и разрешению конфликтов, к толерантности	Психология и педагогика Предметы математического и естественно-научного цикла
Способность и готовность овладеть одним из иностранных языков на уровне бытового общения, к письменной и устной коммуникации на государственном языке	Иностранный язык
Способность и готовность использовать методы управления, организовать работу исполнителей, находить и принимать ответственные управленческие решения в условиях различных мнений и в рамках своей профессиональной компетенции	Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения
Способность и готовность осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдать правила врачебной этики, законы и нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну	Биоэтика История медицины Предметы профессионального цикла

специфических качеств врача обусловливается самим характером и особенностями медицинской практики.

Овладение общекультурными и профессиональными компетенциями осуществляется как в процессе обучения, так и в ходе воспитания. Обращает на себя внимание, что неспецифические качества во многом поддерживаются процессом обучения, в то время как специфические качества развиваются благодаря воспитанию. Рассматривая проблему воспитания студентов в медицинском вузе, следует принять во внимание, что понятие «врач» является комплексным и многоплановым. Поэтому подходить к вопросу формирования общекультурных и профессиональных компетенций также следует системно, организуя единство учебной и внеучебной воспитательной работы. Такой подход должен отразиться на становлении культуры будущего врача. Культура врача — это стержень его деонтологически и психологически грамотного клинического мышления и поведения, нравственного самосознания.

В рамках понятия «культура» выделяется несколько сфер:

- духовная культура — это внутренняя культура, глубоко личностный пласт жизненных приоритетов, ценностей и вектор нравственного самосовершенствования человека и общества;
- образованность — система знаний, формирующая мировоззренческую позицию индивида, обеспечивающая его личностное развитие и стремление к самосовершенствованию;
- социальная культура — культура человека как члена общества;
- профессиональная культура — культура человека в реализации своей профессиональной деятельности;
- физическая культура — культура и гигиена тела.

Культура реализует свою функцию развития личности только в том случае, если она активизирует, побуждает ее к деятельности. Чем разнообразнее и продуктивнее значимая для личности деятельность, тем эффективнее происходит овладение общечеловеческой и профессиональной культурой [1].

Традиционно в образовательном учреждении реализуются различные направления воспитания. Блоки дисциплин, представленные в учебных планах медицинских специальностей, дают возможность получения:

- нравственно-деонтологического; эстетического, физического, гражданско-патриотического и интернационального воспитания (гуманитарный блок);
- умственного, экологического воспитания (блок естественно-научных дисциплин);
- профессионального воспитания — во время производственной практики и непосредственно в учебном процессе как в аудитории, так и при выполнении внеаудиторной самостоятельной работы.

Трудно переоценить воспитательный потенциал гуманитарных курсов, в процессе изучения которых формируются мировоззрение и ценностные ориентации студентов. Содержание этих дисциплин, логика построения учебных программ, а также методы обучения и средства способствуют формированию общекультурных компетенций. Блок фундаментальных и естественно-научных дисциплин способствует выработке интеллектуальных умений научного мышления, тем самым также способствуя развитию общекультурных компетенций. Вклад блока профессиональных дисциплин в становление общекультурных компетенций заключается не в приложении полученных ранее интеллектуальных умений, развитии творческого начала личности, но и в дальнейшем качественном развитии всех сфер врачебной культуры.

В качестве объективных механизмов воспитательного воздействия и взаимодействия взрослых с подрастающим поколением всегда выступали непосредственное общение, деятельность и порождаемые ими взаимоотношения. Именно эти механизмы способны влиять и воздействовать как на всестороннее развитие личности, формирование необходимых привычек и навыков, так и на становление ее сознания, самости и самостоятельности.

Классик отечественной педагогики К. Д. Ушинский считал, что в сравнении с другими воспитательными влияниями — методами и средствами обучения, социально-психологическим климатом («духом заведения») и т. п. — личностное воздействие на «молодую душу» является наиглавнейшим. Большую роль в воспитании играет личность педагога, его педагогическое мастерство, знание психологии студентов [9].

Однако врачи-преподаватели медицинского вуза менее всего обращают внимание на организацию воспитательного процесса как через предмет, так и во внеучебное время. Преподаватели сводят качество образования к результатам учебной деятельности студентов, не интегрируя воспитание в процесс обучения, и тем самым подтверждают тот факт, что они подходят к целеполаганию своей обучающей деятельности с позиций знаниево-функциональной парадигмы.

«Формирование личности молодого специалиста высшей школы — управляемый и контролируемый процесс. Его становление есть результат целенаправленного воздействия и использования конкретно-избирательных методов воспитания и обучения со стороны ректората, деканатов, общественных организаций» [7, с. 94]. Нередко объективные трудности, возникающие на пути организации воспитательного процесса, связаны, с одной стороны, с отсутствием профессионального интереса к проблеме воспитания и воспитательной работе в вузе, а с другой стороны, с незнанием ее методики, непониманием того, что «мало учить, надо еще и воспитывать, а для этого нужна специальная организованная и систематическая подготовка» [10, с. 16].

Анализируя содержание тематики публикаций врачей-преподавателей, посвященных вопросам профессионального образования, можно увидеть, что они касаются исключительно обучения: его форм и методов, содержания, средств, тогда как вопросы воспитания оказываются вне плоскости интереса специалистов.

Чаще всего врачи-преподаватели принимают участие в конференциях разного уровня, посвященных не столько проблемам обучения и воспитания студентов медицинских вузов, сколько проблемам медицинского характера с учетом профиля клинической кафедры. Для преподавателей клинических кафедр педагогика и психология часто выступают демотивирующим началом, несмотря на то, что врачи-преподаватели демонстрируют интерес и уважение к новым для них знаниям, но педагогические и психологическое знание является для них несерьезным, второстепенным в сравнении с медицинскими вопросами.

Формирование общекультурных и профессиональных компетенций будущего врача — процесс длительный, сложный, подчас внутренне противоречивый, требующий не только профессионального внимания, но и личностного участия, в котором заявляют себя педагогические компетенции преподавателя медицинского вуза.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Аверин В.А., Зинкевич Е.Р., Кульбах О.С.* Теория и методика воспитательной работы в медицинском вузе: Учебное пособие для преподавателей.– Санкт-Петербург, изд-во ГПМА, 2011.– 83 с.
2. *Болотов В.А., Сериков В.* В Компетентностная модель: от идеи к образовательной программе // Педагогика.– 2003.– № 10.– С. 8–14.

3. Глоссарий терминов рынка труда, разработки стандартов образовательных программ и учебных планов. Европейский фонд образования.— ЕФО, 1997.— 276 с.
4. *Зеер Э.Ф.* Понятийно-терминологическое обеспечение компетентностного подхода в профессиональном образовании // Понятийный аппарат педагогики и образования: сб. науч. тр. Вып. 5; отв. ред. Е.В. Ткаченко, М.А. Галагузова.— М.: Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС, 2007.— С. 345–356.
5. *Колесникова И.А.* Основы андрагогики.— М.: ACADEMIA, 2003.— 240 с.
6. *Кульбах О.С., Зинкевич Е.Р.* К проблеме воспитания студентов медицинских вузов как неотъемлемой части профессионального образования // Мир науки, культуры, образования.— 2012.— № 4(35).— С. 178–181.
7. *Матюшкин И.Ф., Изуткин А.М.* Становление личности врача.— Горький, 1979.— 95 с.
8. *Рындак В.Г., Васильева Е.Л.* Структура профессиональной компетентности будущего специалиста и оценка уровня ее сформированности / Компетенции в образовании: опыт проектирования: сб. науч. тр.; под ред. А.В. Хуторского.— М.: Научно-внедренческое предприятие «ИНЭК», 2007.— С. 281–286.
9. *Ушинский К.Д.* Избранные труды. В 4 кн. Кн. 1: Проблемы педагогики / сост., вступ. ст., примеч. и коммент. Э.Д. Днепрова.— М.: Дрофа, 2005.— 638 с.
10. *Шабров А.В., Кучер В.В., Кузионов П.В., Ромашов П.Г.* Воспитательная работа со студентами в медицинском вузе.— СПб.: Издательство Медицинская пресса, 2006.— 352 с.

UNITY OF THE FORMATION OF GENERAL CULTURAL AND PROFESSIONAL SCOPES IN TRAINING OF THE FUTURE DOCTOR

Kulbakh O.S., Averin V.A., Zinkevich E.R.

◆ **Resume.** In the article the problem of systems approach to the formation of general cultural and professional scopes in training of future doctor is actualized. Are examined the difficulties, the objective and subjective factors, which impede the progressive process of the formation of scopes in medical Institute of Higher Education.

◆ **Key words:** competentnostnyy approach; competence; scope; the educational system of medical Institute of Higher Education.

◆ Информация об авторах

Кульбах Ольга Станиславовна — д.м.н.,профессор кафедры общей и прикладной психологии с курсом медико-биологических дисциплин факультета клинической психологии. ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: os_koulbakh@mail.ru.

Аверин Вячеслав Афанасьевич — д.психол.н., профессор, заслуженный работник высшей школы РФ, заведующий кафедрой общей и прикладной психологии с курсом медико-биологических дисциплин факультета клинической психологии. ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: avirin_psu@gpma.ru.

Зинкевич Елена Романовна — к.п.н., доцент кафедры общей и прикладной психологии с курсом медико-биологических дисциплин факультета клинической психологии. ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: lenazinkevich@mail.ru.

Kulbakh Olga Stanislavovna — MD, professor, Department of general and applied psychology with a course of biomedical disciplines of the department of clinical psychology. Saint-Petersburg State Pediatric Medical University of Health Ministry of Russia. 2, Litovskaya St., St. Petersburg, 194100, Russian Federation. E-mail: os_koulbakh@mail.ru.

Averin Vyacheslav Afanasyevich — Dr. psychol. sci., Professor, Head, Department of general and applied psychology with a course of biomedical disciplines of the department of clinical psychology. Saint-Petersburg State Pediatric Medical University of Health Ministry of Russia. 2, Litovskaya St., St. Petersburg, 194100, Russian Federation.
E-mail: avirin_psu@gpma.ru.

Zinkevich Elena Romanovna — PhD, Associate Professor at the Department of general and applied psychology with a course of biomedical disciplines of the department of clinical psychology. Saint-Petersburg State Pediatric Medical University of Health Ministry of Russia. 2, Litovskaya St., St. Petersburg, 194100, Russian Federation. E-mail: lenazinkevich@mail.ru.

ПРАВИЛА ДЛЯ АВТОРОВ

Утв. приказом Генерального директора ООО «Издательство Н-Л» от 01.03.08

НАСТОЯЩИЕ ПРАВИЛА ДЛЯ АВТОРОВ ЯВЛЯЮТСЯ ИЗДАТЕЛЬСКИМ ДОГОВОРОМ

Условия настоящего Договора (далее «Договор») являются публичной офертой в соответствии с п. 2 ст. 437 Гражданского кодекса Российской Федерации. Данный Договор определяет взаимоотношения между редакцией журнала «Педиатр» (далее по тексту «Журнал»), зарегистрированного Федеральной службой по надзору в сфере массовых коммуникаций, связи и охраны культурного наследия, именуемой в дальнейшем «Редакция» и являющейся структурным подразделением ООО «Издательство Н-Л», и автором и/или авторским коллективом (или иным правообладателем), именуемым в дальнейшем «Автор», принявшим публичное предложение (оферту) о заключении Договора. Автор передает Редакции для издания авторский оригинал или рукопись. Указанный авторский оригинал должен соответствовать требованиям, указанным в разделах «Представление рукописи в журнал», «Оформление рукописи». При рассмотрении полученных авторских материалов Журнал руководствуется «Едиными требованиями к рукописям, представляемым в биомедицинские журналы» (Intern. committee of medical journal editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals // Ann. Intern. Med. 1997; 126: 36–47).

В Журнале печатаются ранее не опубликованные работы по профилю Журнала.

Множественные и дублирующие публикации — это публикации статьи, материалы которой во многом совпадают с уже однажды опубликованными. Журнал не рассматривает работы, результаты которых по большей части уже были опубликованы или описаны в статьях, представленных или принятых для публикации в другие печатные или электронные средства массовой информации. Представляя статью, автор всегда должен ставить редакцию в известность обо всех направлениях этой статьи в печать и о предыдущих публикациях, которые могут рассматриваться как множественные или дублирующие публикации той же самой или очень близкой работы. Автор должен уведомить редакцию о том, содержит ли статья уже опубликованные материалы. В таком случае в новой статье должны быть ссылки на предыдущую. Копии таких материалов должны прилагаться к представляемой статье, чтобы дать редакции возможность принять решение, как поступить в данной ситуации. Не принимаются к печати статьи, представляющие собой отдельные этапы незавершенных исследований, а также статьи с нарушением «Правил и норм гуманного обращения с биообъектами исследований».

Размещение публикаций возможно только после получения положительной рецензии.

Все статьи, в том числе статьи аспирантов и докторантов, публикуются бесплатно.

ПРЕДСТАВЛЕНИЕ РУКОПИСИ В ЖУРНАЛ

Авторский оригинал принимает редакция. Подписанная Автором рукопись должна быть отправлена в адрес редакции заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении или передана в редакцию лично. Рукопись представляется в двух экземплярах (коллективная рукопись подписывается всеми соавторами). Вместе с авторским оригиналом на бумаге необходимо представить электронный вариант на CD, DVD или другом электронном носителе. Автор должен записать на носитель конечную версию рукописи и дать файлу название, состоящее из фамилии первого автора и первых 2–3 сокращенных слов из названия статьи. Информацию об оформлении можно уточнить на сайтах: http://nauka.gpma.ru и http://pediatr.gpma.ru.

СОПРОВОДИТЕЛЬНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

К авторскому оригиналу необходимо приложить экспертное заключение о возможности опубликования в открытой печати (бланк можно получить по запросу на адрес nl@n-l.ru).

Экспертное заключение должно содержать:

1) название статьи, которое должно быть кратким, но информативным;
2) фамилию, имя и отчество каждого автора с указанием высшей из имеющихся у него ученых степеней (званий) и членства в различных обществах;
3) название отдела (отделения) и учреждения, в котором выполнялась данная работа;
4) отказы от каких-либо прав, если таковые имеются;
5) информацию о предшествовавших или повторных публикациях или о представлении в другой журнал любой части этой работы;

6) заявление об отсутствии финансовых претензий автора к другим авторам и издательству;
7) заявление о том, что статья прочитана и одобрена всеми авторами, что все требования к авторству соблюдены и что все авторы уверены, что рукопись отражает действительно проделанную работу;
8) имя, адрес, телефонный номер и e-mail автора, ответственного за корреспонденцию и за связь с другими авторами по вопросам, касающимся переработки, исправления и окончательного одобрения пробного оттиска;
9) к рукописи необходимо прилагать все разрешения на воспроизведение уже опубликованного материала, использование иллюстраций или информацию, по которой можно установить личность людей, представленных на фотографиях, а также на указание фамилий лиц, внесших вклад в данную работу.

Рукопись считается поступившей в Редакцию, если она представлена комплектно и оформлена в соответствии с описанными требованиями. Предварительное рассмотрение рукописи, не заказанной Редакцией, не является фактом заключения между сторонами издательского Договора.

При представлении рукописи в Журнал Авторы несут ответственность за раскрытие своих финансовых и других конфликтных интересов, способных оказать влияние на их работу. В рукописи должны быть упомянуты все лица и организации, оказавшие финансовую поддержку (в виде грантов, оборудования, лекарств или всего этого вместе), а также другое финансовое или личное участие.

АВТОРСКОЕ ПРАВО

Редакция отбирает, готовит к публикации и публикует переданные Авторами материалы. Авторское право на конкретную статью принадлежит авторам статьи. Авторский гонорар за публикации статей в Журнале не выплачивается. Автор передает, а Редакция принимает авторские материалы на следующих условиях:

1) Редакции передается право на оформление, издание, передачу Журнала с опубликованным материалом Автора для целей реферирования статей из него в Реферативном журнале ВИНИТИ, РНИЦ и базах данных, распространение Журнала/авторских материалов в печатных и электронных изданиях, включая размещение на выбранных либо созданных Редакцией сайтах в сети Интернет в целях доступа к публикации в интерактивном режиме любого заинтересованного лица из любого места и в любое время, а также на распространение Журнала с опубликованным материалом Автора по подписке;

2) срок действия Договора — 5 лет. По истечении указанного срока Редакция оставляет за собой, а Автор подтверждает бессрочное право Редакции на продолжение размещения авторского материала в сети Интернет;

3) Редакция вправе по своему усмотрению без каких-либо согласований с Автором заключать договоры и соглашения с третьими лицами, направленные на дополнительные меры по защите авторских и издательских прав;

4) Автор гарантирует, что использование Редакцией предоставленного им по настоящему Договору авторского материала не нарушит прав третьих лиц;

5) Автор оставляет за собой право использовать предоставленный по настоящему Договору авторский материал самостоятельно, передавать права на него по договору третьим лицам, если это не противоречит настоящему Договору;

6) Редакция предоставляет Автору возможность безвозмездного получения одного авторского экземпляра из вышедшего тиража печатного издания с публикацией материалов Автора или получения справки с электронными адресами его официальной публикации в сети Интернет;

7) при перепечатке статьи или ее части ссылка на первую публикацию в Журнале обязательна;

8) Редакция вправе издавать Журнал любым тиражом.

ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА И ИЗМЕНЕНИЯ ЕГО УСЛОВИЙ

Заключением Договора со стороны Редакции является опубликование рукописи данного Автора в журнале «Педиатр» и размещение его текста в сети Интернет. Заключением Договора со стороны Автора, т. е. полным и безоговорочным принятием Автором условий Договора, является передача Автором рукописи и экспертного заключения.

ОФОРМЛЕНИЕ РУКОПИСИ

Текст статьи готовится на любом IBM-совместимом компьютере в программе MS Word, записывается на CD, DVD, дискету или другой электронный носитель, распечатывается в двух экземплярах и предоставляется в редакцию. Текст должен быть напечатан 14 кеглем через полтора интервала, без переносов, поля не менее 25 мм, содержать ссылки на все приложенные рисунки и таблицы. Рекомендуемые разделы: введение, изложение основного материала (методика, результаты исследования, обсуждение результатов), заключение (выводы), литература, ключевые слова (рус.), title, name, summary и key words (англ.). В конце статьи необходимо указать полные сведения об авторах на русском и английском языках (фамилию, имя, отчество, степень, должность, место работы, почтовый адрес места работы и e-mail каждого автора).

Таблицы должны быть напечатаны на отдельной странице каждая, иметь номер и название. Все графы должны иметь заголовки и быть заполнены. Сокращения слов в таблицах допускаются только в соответствии с ГОСТ-1-5-68. Повторять одни и те же данные в тексте, на рисунках и в таблицах не следует.

Рисунки, схемы, фотографии должны быть представлены в электронных точечных форматах tif (300–600 dpi, не менее 9 см шириной), bmp или в векторных форматах Adobe Illustrator (ai, eps), Corel Draw (cdr), Adobe Acrobat (pdf). **Если Вы вставили рисунок в MS Word, не забудьте приложить исходный файл.**

Суммарный объем. Оригинальная статья — до 15 страниц (требования к тексту: см. текст статьи), обзор — до 25 страниц, краткое сообщение — до 5 страниц.

Статья должна иметь (на русском и английском языках)**:**

1. **Заглавие**, точно отражающее содержание статьи.
2. **Фамилии, имена и отчества авторов.**
3. **Должность, звание, ученая степень каждого автора.**
4. **Полное название учреждений с почтовыми адресами и e-mail всех авторов.**
5. **Резюме** (половина стандартной страницы, **на русском и английском языках)**. Резюме не требуется при публикации рецензий, отчетов о конференциях, информационных писем. Статьям в разделе «Случай из практики» не требуется резюме, просьба указывать ключевые слова.
6. **Ключевые слова (на русском и английском языках):** от 3 до 10 ключевых слов или словосочетаний, которые будут способствовать правильному перекрестному индексированию статьи. Используйте термины из списка медицинских предметных заголовков (Medical Subject Headings), приведенного в Index Medicus (если в этом списке еще отсутствуют подходящие обозначения для недавно введенных терминов, подберите наиболее близкие из имеющихся).

Список литературы составляется только по работам, цитированным в тексте. Все работы, упомянутые в тексте, должны быть включены в список.

Список должен быть выстроен в алфавитном порядке, сначала русского, затем латинского алфавита.

Номера цитат и ссылок в тексте статьи должны быть указаны в квадратных скобках. Они должны соответствовать номерам в пристатейном списке литературы.

Сокращения названий иностранных журналов должны соответствовать сокращениям, принятым в Index Medicus. Если у статьи до 4 авторов, то они указываются все. Если авторов более четырех, то указывают первых трех, а далее следует «и др.». При указании нескольких статей одного автора их необходимо выстраивать в алфавитном порядке соавторов или названий.

Ссылки на патенты, полезные модели и тому подобное в список литературы не включаются, их оформляют в виде сносок в конце страницы текста.

Сокращения: для обозначения тома — Т., для номера — №, для страниц — С. В англоязычном варианте: том — Vol., номер — N, страницы — P.

Ответственность за точность сведений в списке литературы несет автор.

Примеры библиографических описаний:

а) книга: *Федоров С. Н.* Имплантация искусственного хрусталика. — М.: Медицина, 1997. — 207 с.

б) автореферат диссертации: *Курышева Н. И.* Особенности развития катаракты у больных первичной открытоугольной глаукомой: Автореф. дис. … канд. мед. наук. — М., 1996. — 20 с.

в) методические рекомендации: *Абдулкадырова М. Ж., Ефимова М. Н., Якубова Л. В.* Глаукома с низким давлением: диагностика, клиника, лечение: Метод. рекомендации // МНИИ ГБ им. Гельмгольца. — М., 1996. — 14 с.

г) статья из сборника: *Каланходжаев Б. А.* Малые тоннельные разрезы в хирургии катаракты // Евро-Азиатская конф. по офтальмохирургии, 2-я: Материалы.— Екатеринбург, 2001. — С. 25–26.

д) статья из журнала: *Большунов А. В., Ильина Т. С., Ермаков Н. В.* и др. Лазертерапия хронической буллезной кератопатии // Вестн. офтальмологии. — 1987. — № 6. — С. 38–40.

е) статья из иностранного журнала: *Epstein R. J., Fernandes A., Gammon J. A.* The correction of aphakia in infants with hydrogel extendedwear contact lenses // Ophthalmology. — 1988. — Vol. 95, N 8. — P. 1102–1106.

ж) тезисы в зарубежных сборниках: *Egorova E. V.* Surgical technology for prevention of posterior capcule opacification // Condress of the ESCRS, 19-th: Abstracts. — Amsterdam, 2001. — P. 226.

з) интернет-документы: *Медведев Б. Н., Прокипец А. Т.* Применение этилендиаминтетрауксусной кислоты в лечении лентовидной кератопатии. — 2008. — URL: http://www.oftalmika.com/stat_lentovid.html (дата обращения: 17.09.08).

РЕЦЕНЗИРОВАНИЕ

Статьи, поступившие в Редакцию, обязательно рецензируются. Если у рецензента возникают вопросы, то статья с комментариями рецензента возвращается Автору. Датой поступления статьи считается дата получения Редакцией окончательного варианта статьи. Редакция оставляет за собой право внесения редакторских изменений в текст, не искажающих смысла статьи (литературная и технологическая правка).

АВТОРСКИЕ ЭКЗЕМПЛЯРЫ ЖУРНАЛА

Редакция обязуется выдать Автору 1 экземпляр Журнала с опубликованной рукописью. Авторы, проживающие в Санкт-Петербурге, получают авторский экземпляр Журнала непосредственно в Редакции. Иногородним Авторам авторский экземпляр Журнала высылается на адрес автора, ответственного за получение пробных оттисков и авторского экземпляра Журнала.

АДРЕС РЕДАКЦИИ

Автовская ул., 17, офис 5А, Санкт-Петербург, 198152.

Тел.: (812) 784-97-51(50), факс: (812) 784-97-51(50); e-mail: nl@n-l.ru.