

**Государственное учреждение
«Санкт-Петербургский научно-исследовательский
психоневрологический институт имени В.М. Бехтерева
Федерального агентства по здравоохранению
и социальному развитию»**

**СИНДРОМЫ ФАНТАЗИРОВАНИЯ У ДЕТЕЙ:
КЛИНИКА И СИСТЕМАТИКА**

Пособие для врачей

Санкт-Петербург
2010

УДК: 616.453 — 053.2

Синдромы фантазирования у детей: клиника и систематика. Пособие для врачей. — СПб: СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, — 2010. — 30 с.

**Утверждено Ученым Советом
СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева от 22.10.2009 г.**

Пособие составлено сотрудниками отделения детской психиатрии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева и посвящено одной из актуальных проблем психиатрии — синдромам фантазирования в детском и подростковом возрасте. Новой является предлагаемая авторами синдромальная феноменологическая классификация вариантов фантазирования у детей в структуре различных психических заболеваний и расстройств. Выделение клинических вариантов синдромов фантазирования позволяет диагностику и дифференциальную диагностику психических заболеваний и расстройств у детей и подростков.

Пособие предназначено для психиатров, психологов, неврологов, педиатров.

Составители: руководитель отделения, главный научный сотрудник, д.м.н. И.В. Макаров, младший научный сотрудник И.В. Кравченко.

© СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева

ВВЕДЕНИЕ

Патологическую фантастику, вслед за Г.Е. Сухаревой, принято считать наиболее характерной патологией в клинике психических заболеваний детского и подросткового возраста (Мамцева В.Н., 1964; Руднева И.К., 1985). Описываемый феномен с начала XX века в отечественной литературе по детской психиатрии выделялся в виде отдельного синдрома, именуемого чаще всего синдромом патологического фантазирования, реже синдромом бредоподобных фантазий. Однако, в виду феноменологической неясности, авторы избегали давать точное определение, ограничиваясь указанием на его принадлежность «к так называемым предпочтительным синдромам детского возраста» (Руднева И.К., 1985).

Типичное для словарей¹ определение, думается, отражает только часть явления — фантазирование патологическое — склонность психически больного и пациента с психопатией к сочинению неправдоподобных историй, в которые он верит. Таким образом, несмотря на продолжительную историю изучения феномена, до сих пор отсутствует удовлетворительное определение понятия (Гурьева В.А. и соавт., 1994).

Феномен описывался под разными названиями (цит. по: Руднева И.К., 1985): «золотая пора детской лжи», «мифомания», «*mania fantastica*», «грезоподобное фантазирование», «патологическое фантазирование», «аутистическое фантазирование», «бредоподобное фантазирование». Известная сложность с пониманием явления и, следовательно, определением понятия, могла возникнуть в самом начале исследований, когда А. Delbrück (1891) выделил «*pseudologia phantastica*», подразделив понятие на три группы — фантазии, псевдология и ложь. В дальнейшем в литературе сам термин получал полярные интерпретации, а его три варианта смешались в общее представление о «лгунах и фантастах». Второй опубликованный труд, касающийся изучаемой нами проблемы, — доклад Th. Ziehen на парижском конгрессе в 1900 году, где он описал «*paranoia phantastica*» как пу-

¹ Большой медицинский энциклопедический словарь (см. список литературы в конце пособия).

бертатный психоз (Ziehen Th., 1900), тем самым положив начало мнению о возможности фантазий составлять сущность психоза.

В нашей стране наиболее детальное изучение патологического фантазирования встречается на примере больных малопрогредиентной шизофренией (Симсон Т.П., 1948; Мамцева В.Н., 1957; Чехова А.П., 1963; Руднева И.К., 1985). Рассмотрение патологического фантазирования лишь в рамках шизофрении встречало обоснованную на наш взгляд критику (Мнухин С.С., 2008). Феномен получил описание и в рамках других нозологий: истерической психопатии (Хромов Н.А., 1958), шизоидной психопатии (Шевалев Е.А., Райхман Д.И., 1940), в том числе и у детей и подростков с формирующейся шизоидной психопатией (Леденев Б.А., 1977). Исследованы различия варианта данного феномена у лиц с истерическими и шизоидными чертами (Буренина Н.И., 1997б), фантазирование в рамках непроцессуального варианта *verschröbene* (Буренина Н.И., 1997а; Воронков Б.В., 2009), психогений (Говсеев А.А., 1894 - цит. по: Гурьева В.А. и соавт., 1994), сравнение особенностей патологического фантазирования у подростков с различным типом характеров (Гурьева В.А. и соавт., 1994), отражение работы по поиску дифференциально-диагностических критериев между нозологическими группами: шизофрения, психопатии, органические поражения головного мозга (Лашкова А.В., 2000).

Результатом изучения феномена явилось признаваемое большинством авторов представление о патологическом фантазировании — «склонности к болезненным вымыслам» (Гурьева В.А. и соавт., 1994), как о синдроме нозологически не специфичном (Пакшвер И.Г., 1962; Гурьева В.А. и соавт., 1994; Лашкова А.В., 2000), встречающемся в разном возрасте и имеющим различную психопатологическую суть (Ковалев В.В., 1979; Гурьева В.А. и соавт., 1994). Даны описания синдромов патологического фантазирования (Ковалев В.В., 1979), телесных фантазий (Буренина Н.И., 1997а), визуализации представлений (Леденев Б.А., 1974; Чубариков В.И., 1999), девиантного обсессивного фантазирования, фантазирования садистического характера и фантазирования, связанного с нарушениями влечений (Ковалев В.В., 1979), ипохондрического фантазирования (Корень Е.В. и соавт., 2008).

Следующим эволюционным шагом стало выделение обобщенных критериев, позволяющих рассматривать фантазирование как психопатологический феномен, выявляется совокупность признаков: вымыслы становятся более значимы, чем реальные факты, готовность к перевоплощению в вымышленные образы, такое вживание в вымыслы, когда нарушается грань между фантазией и действительностью, появляются расстройства поведения, сопряженные с содержанием фантазий (Гурьева В.А. и соавт., 1994). Имеются и другие критерии (Лашкова А.В., 2000), но приведенные представляются нам более ясными и простыми в оценке. Поскольку критерии «патологичности» в известной мере условны, в нашей работе для оценки тяжести состояния мы ограничивались признаками дезадаптации.

В виду естественности фантазирования для здоровых детей, недостаточной ясности синдромальных границ феномена, невозможности отделить полностью фантазирование от остальных психических процессов, термин «патологическое фантазирование» не представляется нам единственно возможным. Все чаще исследователи (Лашкова А.В., 2000) используют термин феномен фантазирования, подразделяя это явление на непатологическую и патологическую разновидности. Думается, что подобное понимание не всегда облегчает сложности в терминологии, поскольку норма является ситуационным оптимумом. То есть нормально не то, что стандартно, а то, что оптимально для индивида в определенный момент, в конкретной ситуации (Зайчик А.Ф., Чурилов Л.П., 1999). Поэтому более удачным вариантом нам представляется использование термина «синдромы фантазирования».

Важно отметить, что в случаях патологии фантазирование отражает нарушения, имеющие отношение ко всей психике ребенка: особенностям конституции и возможным процессам декомпенсации, нарушения гармонизации личности, тем нарушениям субстрата резидуально-органической и дизонтогенетической этиологии, которые влияют на физиологические отношения отделов головного мозга и таким образом сказываются на особенностях мышления, работоспособности, внимании, снижении способности к торможению и контролю в эмоциональной и дви-

гательной сферах. Эти влияния мы постарались отразить в нашей работе.

Показания и противопоказания к применению метода

Предлагаемая методика диагностики и типологии синдромов фантазирования применима у детей и подростков, страдающих любыми психическими расстройствами. Методика не имеет противопоказаний, но содержит ограничения, связанные с тем, что для проведения некоторых диагностических процедур имеются противопоказания.

Противопоказанием к проведению магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга является наличие искусственного водителя ритма и инородных металлических тел. В этих случаях рекомендуется проведение компьютерной томографии (КТ). Высокий уровень гиперактивности в полной мере не позволяет осуществить психологическое тестирование, проведение нейрорадиологических и функциональных методов исследования (МРТ, электроэнцефалографии (ЭЭГ) и др.).

Для составления полного представления о состоянии больного, как правило, помимо общепринятых клинических обследований, необходимо включать МРТ головного мозга, ЭЭГ, психологическое обследование. Диагностика психопатологического состояния пациентов проводилась в соответствии с критериями МКБ-10 и традиционной клинической оценкой отечественной школы психиатрии, а также с учетом моделей диагностики психических расстройств, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации¹. Во всех случаях ведущим методом обследования пациентов был клинико-психопатологический. Больные были обследованы как амбулаторно, так и стационарно в период с 2003 по 2008 г. Катамнестические наблюдения составили от 0 до 5 лет.

Материалом исследования стали 78 больных (из них 62 - мальчики) в возрасте от 4 до 16 лет со следующими психическими заболеваниями и расстройствами:

органические психические расстройства – 26 больных

¹ Клиническое руководство: модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств / Под ред. В.Н. Краснова, И.Я. Гуровича. - М., 1999. - 224 с.

психопатии – 12 больных
детский аутизм – 11 больных
расстройства адаптации – 9 больных
задержки темпа психического развития – 6 больных
умственная отсталость – 5 больных
невротические расстройства – 5 больных
шизофрения – 4 больных

Типология и клиника синдромов фантазирования у детей

Синдромы фантазирования у детей и подростков были разделены на следующие клинические варианты:

- фантазирование с визуализацией (вербализацией) представлений — 14 больных
- фантазирование с тематикой вымышленных миров — 11 больных
- фантастические истории (16 больных):
 - фантазирование с тематикой необычных историй
 - фантазирование с повышенной лживостью («лгуны и фантасты»)
 - сексуальные оговоры и самооговоры
- игровые перевоплощения — 11 больных
- фантазирование с преобладанием особых увлечений — 14 больных
- компенсаторное фантазирование (12 больных)

Фантазирование с визуализацией (вербализацией) представлений. На момент осмотра возраст детей варьировал от 6 до 12 лет (в среднем $9,4 \pm 1,8$ г.). Во всех случаях основные жалобы детей или же их родителей касались возникновения неприятных визуализированных или вербализированных представлений, расстраивающих и пугающих ребенка. Визуализированные образы отражали опасения и страхи пациента – пауки, насекомые, герои страшных мультфильмов или сказок, последствия конфликтов в семье. Все дети данной группы были изначально склонны к фантазированию, легкому возникновению эйдетических образов, в дальнейшем принявших навязчивый характер, а главное произвольность возникновения визуализаций, что и приводило к дезадаптации больного. Двое из

обследованных нами пациентов были способны также произвольно вызывать приятные визуализированные и вербализированные представления. Так, например, мальчик 8 лет «слушал» музыку из любимых мультфильмов, перед сном «просматривал» понравившиеся ему эпизоды. Подобные приятные для ребенка визуализации периодически возникали и произвольно. Думается, что произвольность – результат мечтаний как активного процесса, что позволяло этим детям «видеть» или «слышать» более ясно, чем при произвольном возникновении тех или иных образов. Однако приятные визуализированные (вербализированные) представления в наших наблюдениях не являлись ведущими, всегда уступая место неприятным переживаниям, а, соответственно, снижению настроения, ухудшению успеваемости в школе, ночным и дневным страхам, неприятным постоянным предчувствиям. Наиболее частым механизмом возникновения навязчивых визуализированных представлений является наличие у больного страха или опасения, что он сейчас столкнется со своим страхом; в дальнейшем ребенок представляет значимый для него объект повышенной рефлексии, «видит» или «слышит» яркий в своей реальности образ. Так, пациент, боящийся пауков, почувствовал, как что-то коснулось его щеки, тут же «понял», что это паутинка, — и сразу «увидел» у себя на руке «трехсантиметрового паука», причем в предшествующих опасениях больному наиболее страшно было бы увидеть паука именно на руке. Для описания явлений визуализированных и вербализированных фантастических представлений обычно использовались образные выражения, яркие и запоминающиеся фразы, при этом характерно непостоянство деталей воображаемого, склонность к добавлению в рассказ новых деталей и эпизодов. К сожалению, при оценке состояния таких пациентов нередки диагностические ошибки, когда визуализированные и вербализированные представления с повышенной склонностью к фантазированию расцениваются как зрительные или слуховые галлюцинации, что ведет обычно к выставлению диагноза шизофрении и соответствующей терапии. Действительно в ряде случаев навязчивые визуализированные представления могут трансформироваться в галлюцинации воображения Дюпре (что само по себе еще не означает

наличия у пациента эндогенного психоза), а при шизофрении — и в псевдогаллюцинаторные явления. Однако, по нашим наблюдениям, фантастические визуализированные представления возникают как раз не при шизофрении, а в рамках невротических расстройств, неврозоподобных и иных органических психических нарушений, при психическом инфантилизме, формирующихся психопатиях.

Для больных данной группы характерны:

1. легкая перинатальная патология в анамнезе;
2. значимые трудности адаптации в детском саду и в детском коллективе вообще, что прослеживается и в школе;
3. ухудшение состояние связано с конфликтными ситуациями, значимыми переживаниями. Тогда же и визуализированные представления учащаются, приобретая навязчивый характер, усиливается их неприятное содержание, как отражение настроения (но и их содержание влияет на колебания настроения);
4. Тревожность, мнительность, склонность к страхам, для некоторых детей — к постоянной рефлексии. Неуверенность в себе. Не все имеют интеллект выше среднего, некоторые — невысокую интеллектуальную норму. В большинстве случаев отмечается либо рассеянное, неустойчивое внимание, повышенная истощаемость, либо головные боли напряжения;
5. Более или менее выраженные, при обследовании, косвенные признаки резидуально-органической патологии головного мозга (в ЭЭГ повсеместно – умеренные диффузные изменения биоэлектрической активности (БЭА) коры головного мозга и глубоких структур с пароксизмальными явлениями при гипервентиляции).

Приводим характерный клинический случай.

Наталья С., 12 лет.

Госпитализирована в стационар в апреле 2006 года. ДИА-ГНОЗ: резидуально-органическое поражение головного мозга.

Обсессивно-компульсивное расстройство с навязчивой визуализацией представлений.

Жалобы при госпитализации: на состояния плаксивости, связанные с периодически возникающими «воображениями» — реалистическим представлением увиденного ранее или предполагаемых неприятных ситуаций, имеющих печальные последствия; со слов матери, может «нафантазировать себе проблемы».

АНАМНЕЗ: наследственность и семейная ситуация благополучны. Девочка от I беременности, протекавшей без патологии, I родов. Отмечена родовая травма, однократное обвитие пуповиной, гипертензионный синдром в период новорожденности. Развивалась по возрасту. С 4 мес. после перевода на искусственное вскармливание стала плохо спать. После года на фоне высокой температуры отмечались аффективно-респираторные приступы, в ЭЭГ без пароксизмальности. С 2 лет 4 мес. в детском саду, адаптировалась постепенно, оставалась там без желания, с детьми общалась хорошо. С 6 лет в логопедическом детском саду (дисграфия, путает буквы, заменяет буквы, буквы в одном слове разного размера, слова в предложении меняет местами). С детства характерны трудности с сосредоточением, ошибки по невнимательности, повышенная отвлекаемость, непоседливость.

За 2–3 года до госпитализации девочка стала жаловаться на регулярные ночные кошмары, иногда головную боль по утрам. Периодические жалобы на усталость, утомляемость. На момент осмотра обучается в 4 классе, коррекционной школы, успевает на «4 и 5», ходит в художественную школу с интересом. Имеет одну подругу, общается с одноклассниками, но дети иногда «её обзывают, считают странной». Свойственны склонность к одиночеству, замкнутость.

Диагноз невролога: энцефалопатия смешанного генеза, ММД, неврозоподобное состояние. При проведении КТ выявлено умеренное расширение боковых желудочков головного мозга.

По словам девочки, впервые «воображения» появились во втором классе, после черепно-мозговой травмы, подробности которой точно не может вспомнить, а мать считает «неправдой». Девочка рассказала, что, выйдя из класса и проходя у лестницы, её «как будто толкнул мальчик или сама оступилась» и в следующий момент уже вспоминает себя лежащей внизу («рюкзак

оказался спасителем»); «придя в сознание», отмечала, что «очень сильно кружилась голова, трудно было открыть глаза», при этом «шишки» не было, а была «внутренняя рана». В школе и раньше «детей боялась потому, что они быстро бегают». Девочка добавляет, что в состоянии «затуманенного» сознания неожиданно увидела свою бабушку: «как будто она умерла и летала вокруг меня, или бегала, выглядела как приведение, но с ногами, как человек... казалось сначала, что это может быть прабабушка-приведение... подошла близко ко мне... вдруг она размножилась, их стало много». Когда девочка очнулась, то обнаружила рядом обеспокоенную подругу. Понимает нереальность пережитых ощущений. С этого случая отмечает появление у нее плаксивости, объясняя это тем, что стало тяжело учиться, стала получать двойки. Очень эмоционально рассказала о своих переживаниях: «ревела, ой-ой, как ревела... получала двойку и очень сильно горевала».

Повторный случай необычных, пугающих переживаний через год летом: во время прогулки в деревне оказалась на перекрестке двух дорог - «нехороший крест»; во время прогулки думала о домашних, находясь в центре «креста», представила, как родные находятся по его четырем сторонам. Они выглядели как вполне реальные люди: появились «не по желанию... думала, но видеть не хотела; когда видела, это пугало... почему они явились, если я просто о них мечтала?». Ещё один эпизод переживаний отмечался через год. В дальнейшем, видимо с общим снижением настроения, визуализации учащаются. Возникают они на фоне усиления тревоги, в связи с воспоминаниями о разговорах подруг и одноклассников. В таких случаях, девочка «представляет себе» какую-то ситуацию, не обязательно существовавшую, а даже и предполагаемую, на фоне тревожных переживаний, что «так было» и «неожиданно» видит то, о чем только что думала — «как-будто мозги включаю и вижу перед глазами». Иногда представления бывают не пугающего, а приятного характера. К примеру, комичная для девочки сцена с нелюбимым преподавателем физкультуры: «я сижу в одном месте, а вижу, как церковь, которую видела раньше в другом месте, падает на учителя».

В ОТДЕЛЕНИИ: однократно визуализированные представления на тему фантазий дня рождения и сбора одноклассников: «вспоминаю друзей, подруг, у меня даже глаза горят, потому что их было много». Во время наблюдения отмечались тревожность, быстрая истощаемость, рассеянность, невнимательность. По словам девочки, ей все время «хотелось плакать», особенно когда разговаривала с незнакомыми людьми. Адаптировалась в отделении постепенно, в контакт вступала без инициативы, держалась неуверенно, выглядела растерянной. Постепенно познакомилась с детьми, успокоилась. Психотической симптоматики не выявлено. Отметила, что именно «дурацкие фантазии» и стали причиной ее неприятностей и попадания в больницу.

Фантазирование с тематикой вымышленных миров.

Возраст детей варьировал от 9 до 12 лет (в среднем $11,0 \pm 0,6$ г.). Возраст начала формирования фантазий о вымышленных мирах точно определить достаточно трудно, но, по всей видимости, это происходило не ранее 6 – 7-летнего возраста. Следует отметить, что для детей этой группы была характерна склонность к повышенному фантазированию и ранее — с 3 – 5 лет, причем на значимые для ребенка или удивляющие других темы. Обычно родители этих пациентов жаловались на появившееся непослушание ребенка, его раздражительность, неусидчивость, а высказывания о появившемся «своём» мире расценивались родными как наиболее тяжелое проявление психического заболевания, что можно объяснить значительным влиянием данного типа фантазирования на поведение.

Как правило, детьми выдумывался какой-либо один мир, в котором они «существовали», но во всех случаях можно было проследить исходную идею, взятую из реальной жизни. Так, мир «Нейовы» — у мальчика, который с матерью посещал заседания секты Иеговы. В этом мире он «жил» вместе со своими «пчелами», некоторые из которых «ведьмели», потому что не хотели постигать «Истину». При выдумывании нескольких миров, в которых ребенок «существовал», все равно оставался один, «доминирующий», наиболее значимый мир. Кроме этого, выдуманные миры могли последовательно сменять друг друга, отражая, например, сверхценные увлечения больного — «мир часов», «мир радиол», «мир в плоском представлении — в виде карт — Арка-

дия», «мир С.К.Р.И.Л.», являющийся по своей сути набором значимых для ребенка объектов, над которыми он «король», где живет его погибшая собака «Люфань», существуют роботы с полными различиями.

Мир, выдуманный ребенком, приводил к ухудшению школьной успеваемости, конфликтам с родителями, отгороженности от окружающих. Такие миры могут быть яркими и захватывающими, примитивными или странными, но в любом случае они отражают уровень развития интеллекта больного, степень его эмоциональной дифференцированности и зрелости и характерологические особенности. Важно отметить, что вымышленный мир соответствует содержанию переживаний, стремлений и интересов ребенка, не является для него неожиданным, пугающим или разочаровывающим. В противном случае (что возможно) речь идет о шизофреническом процессе с нарушением основ психики и несоответствии содержания переживаний в вымышленном мире и истинных чаяниях и стремлениях ребенка.

Еще одной особенностью пациентов, склонных к фантазированию с тематикой вымышленных миров, является выдумывание «своего» языка, «своих» непонятных другим слов. Думается, что подобная деталь определяется отчасти тем, что «свой мир» должен быть интересным, увлекательным, часто поражающим окружающих, а «особый» язык придает больший интерес возникшему «миру» в глазах ребенка. Высказывания детей о наличии в выдуманных ими мирах сами по себе не должны приводить к почти автоматической диагностике шизофрении. В наших наблюдениях большинство детей не стремились заменить реальный язык придуманным, они лишь говорили о наличии «особого языка» в «их мире». Ни в одном случае появление вымышленного языка не коррелировало с обеднением общения или утратой социальных связей. В двух случаях коммуникативные навыки больных были низкими, но эта особенность наблюдалась у них и ранее.

Следует также отметить, что в большинстве случаев синдром фантазирования с выдуманным ребенком миром наблюдался у пациентов с шизоидными или же истероидными чертами характера. В ряде случаев речь шла также о наличии у этих больных истероформных и шизоформных расстройств. Выдуман-

ные миры находят свое отражение и в рисунках детей, в их дневниках, постоянных рассказах, к которым пациенты постоянно возвращаются.

Приводимое наблюдение иллюстрирует всё вышесказанное.

Ольга Л., 11 лет 10 мес.

Диагноз: истерические расстройства поведения. Синдром фантазирования.

ЖАЛОБЫ: бурная фантазия, разговаривает вслух с воображаемыми персонажами. Непослушание, постоянные обманы родных. Случай воровства.

ИЗ АНАМНЕЗА: Мать очень эмоциональна, демонстративна, в разговоре нетерпелива и противоречива — внешне привлекательна, отталкивающая в общении. Отец общается с дочерью, как со взрослой, «сюсюкание оставляя матери». Родители восхищаются успехами дочери, она кумир семьи, в тоже время лишена теплого эмоционального контакта.

Беременность I, токсикоз на всем протяжении. Антибиотики на ранних сроках и перед родами (не исключено, что проводилась терапия заболевания, передающегося половым путем). Была беспокойной. После рождения отмечен диатез, «покрывалась красной коростой», до сих пор страдает от кожного заболевания.

Развивалась с опережением, рано проявила себя как умный неординарный ребенок, чем восхищала родителей. В детском саду не умела общаться с детьми. Всегда испытывала трудности в общении: дети, в связи с кожным заболеванием, считали её заразной (на теле высыпания постоянны, по временам проявляются на открытых участках кожи). Дискомфорт от высыпаний: «все чешется», необходимость диеты. С 3-х лет фантазировала во время игр с отцом. Родители рано начали развивать ребёнка, до школы отец познакомил её с греческой мифологией, что произвело на неё большое впечатление. В детском саду вслух разговаривала с вымышленными друзьями, одного из мальчиков называла своим «любовником».

На момент осмотра заканчивает 6 класс гимназии, учится хорошо. Дети не принимают. Может прямо на уроке заговорить с возникшими фантастическими образами.

Демонстративна. При этом не имеет друзей, дети её избегают и считают заразной в связи с кожным заболеванием. Недавно украла у знакомых деньги, «купила девочкам пирожные», о чем не сожалеет. Дома до недавнего времени являлась объектом восхищения и гордости родителей. Непослушна и лжива. Склонна к фантазированию, яркие эйдетические способности, развитое воображение. При всем этом содержания фантазий родителям не раскрывает и фантазирует «для себя». Увлечена мифами Древней Греции и историей Древнего мира, имеет не по возрасту обширный кругозор в этой области. Давно имеет собственную, изобретенную ею, мифологическую систему, где ключевой фигурой является она сама. Психологу охотно раскрыла свою мифологическую систему (вымышленный мир), артистично представила сценку, в которой она (богиня) борется с силами зла. Эти фантазии ей мешают и имеют определенное влияние на поведение: вживается в образ, а это невозможно, например, на уроке, когда необходимо «принимать меры» в отношении вражеских сил зла. К вниманию относится очень отзывчиво, радуется возможности увидеться с собеседником вновь. С психологом охотно беседует на темы «проекта» мира. Яркость переживаний и способность вживаться в образ, захваченность фантастическим миром приводят к трудностям в обучении в школе, в общении с детьми, поэтому девочка хотела бы избавиться от них (возможно больше формально).

ФАНТАЗИРОВАНИЕ: давно имеет изобретенную ею сложную мифологическую систему, в которой «живет» уже несколько лет. В этой мифологической системе Оля является главной величайшей и всемогущей богиней, у неё есть муж и много любовников, земных и небесных. Она сама произошла от Величайшего Основателя Вселенной. Так же есть множество персонажей, представляющих силы добра и зла. Легко провоцируется на демонстрацию фантазирования: «с изменившейся мимикой стала указывать в пространство кабинета считать «телохранителей»»; далее по просьбе «неспособного их видеть психолога» описывает: «как японские воители»; после этого девочка стала разговаривать с «ними», отдавая «им» какие-то приказания. В беседе девочка назвала несколько вымышленных имен, олицетворяющих силы зла; затем (артистично), сказав - «позво-

лите?»,- встала, стала расхаживать по кабинету, как будто разминаясь перед выступлением, потом изобразила сцену метания камней, со словами: «Вот вам, вот вам!». Объяснила, что всемогущая богиня борется с силами зла, которые постоянно чинят ей какие-то препятствия; она уничтожает их огненными шарами и другими способами; но иногда ей «приходится очень нелегко в этой борьбе». Сцены «расправы» повторяются, на уроках приходится уходить в туалет, «чтобы справиться с ними». Дома, чтобы родители не ругались, Оля закрывается в своей комнате, и находится в мире своих фантазий.

Письменно изложила «проект» собственной мифологии, с главами «Сотворение мира», «Рождение Великой Богини», «Свадьба Великой Богини» и т.д., приложила генеалогическое «дерево богов». Показывала своеобразные магические рисунки, в виде симметричных фигур, причем хранить и раскладывать их можно только в определенном порядке, иначе «мне будет кердык».

Интересно, что, несмотря на поглощенность фантазиями, устремление в выдуманный мир, девочка страдает от этих фантазий, вероятно, в рамках эмоциональной зависимости, застревания на них, и, в конечном счете, сужением разнообразия своей жизни и подчиненности процессу фантазирования.

Фантастические истории. Возраст детей на момент первого осмотра варьировал от 11 до 14,5 лет (12,1±1,3 г.). Наряду с жалобами родителей на фантазирование детей, отнесенных к этой группе, у них отмечены также прогулы школы, конфликтность и повышенная возбудимость, уходы из дома. У пациентов, склонных к продукции фантастических историй, кроме разной степени выраженности резидуально-органического поражения головного мозга наблюдались и различные нарушения воспитания в семье (как гипо-, так и гиперопека). Обследованные больные подразделялись по особенностям своего характера на две основные подгруппы – пациентов с шизоидными чертами и дети, относимые к конституционально-слабому типу (преобладание истерических и тревожно-мнительных черт). Следует заметить, что больные с шизоидным радикалом всегда имели трудности с адаптацией в детском саду, затем и в школе, были замкнутыми, малообщительными, но при беседе легко «уходили» в фантазирование, быстро увлекались, нисколько не заботясь о

правдоподобии своих высказываний. Специфика этих пациентов состоит и в том, что они часто разговаривают сами с собой, много жестикулируют, быстро бывают захвачены своими фантазиями. Они непоследовательны, смешливы, что в ряде случаев доходит до дурашливости. Своими фантазиями эти дети любят поразить окружающих, причем поразить неприятно, по возможности даже шокировать.

У больных второй подгруппы заметны повышенная возбудимость, демонстративность, они склонны фантазировать, чтобы вызвать зависть других детей, удивить взрослых, всегда стремятся к преувеличению, фантазии обращают к своей выгоде, отличаются «безудержностью» в выдумках и рассказах. Как правило, у этих детей массивное фантазирование служит средством привлечения и удержания внимания окружающих, жалости со стороны взрослых или сверстников.

Группа условно была подразделена на три клинических варианта.

1. **Фантазирование с тематикой необычных историй.**

У этих пациентов не наблюдается систематической лживости, выгода не ставится основной целью. Скорее речь идет о необычно развитом воображении с повышенной склонностью придумывать всевозможные истории. Одна из основных черт такого фантазирования — легкая провоцируемость на выдумывание всевозможных историй, пугающих, удивляющих или веселящих окружающих.

2. **Фантазирование с повышенной лживостью («лгуны и фантасты»).**

Обычно фантазирование этих детей оценивается как лживость – «не понять, где фантазирует, а где врет». Как правило, фантазии больных данной подгруппы направлены на вызывание жалости окружающих, окрашены желанием выделиться или сильно удивить. Фантазии всегда находятся в рамках бытовой ситуации, имеют черты сугубой практичности, но неустойчивы, массивны, быстро меняются на новые при разоблачении и осмеянии со стороны других детей или взрослых. Эти особенности и приближают подобные выдумки именно к фантазированию, а не к обману, для

которого правдоподобность является все-таки стержневой чертой.

3. **Сексуальные оговоры и самооговоры.** Для детей этой подгруппы характерны постоянные рассказы о том, как их «растлевают» окружающие, больные жалуются на неоднократные случаи сексуального насилия в их адрес, могут обращаться в милицию, правозащитные органы, на работу тех лиц, которые бывают вовлечены в их фантазии. В других случаях дети рассказывают о том, как они сами совершали «изнасилования», развратные действия», для них характерны открытая сексуальная бравада с разнообразнейшими самооговорами на сексуальные темы.

Завершение описания рассматриваемого клинического варианта фантазирования иллюстрируем типичным примером.

Даниил Г., 13,5 лет.

ДИАГНОЗ: Шизоидная психопатия. Декомпенсация. Патологическое фантазирование.

Госпитализировался впервые в связи с трудным поведением, агрессией в адрес матери.

ИЗ АНАМНЕЗА: в семье дисгармоничные отношения. Родился вне брака, отец старше матери на 15 лет, музыкант, ребёнком не интересуется. Мать мало занимается воспитанием, стесненные финансовые условия. Проживают совместно с бабушкой, которая имеет странности в поведении — позволяет себе ходить по квартире в обнаженном виде. В квартире содержатся 10 кошек и собака.

Мальчик от II беременности, угроза прерывания на всем протяжении. Роды I срочные, кефалогематома левой теменной области. При рождении масса 3500, рост 52см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. На 5-е сутки переведен с тяжелым состоянием (симптомы угнетения ЦНС) в соматический стационар, находился в реанимации.

До года наблюдался неврологом с диагнозом «перинатальная энцефалопатия» гипоксически-травматического генеза, среднетяжелое течение. До 14 лет страдал энурезом. Характерные

частые воспалительные заболевания ЛОР-органов, наблюдался нефрологом с обменной нефропатией.

Всегда был малообщительным, замкнутым. Не смог адаптироваться в детском саду, был «изгоем». Обучается в массовой школе с 7 лет, сменил несколько школ, по рекомендации невролога переведен на надомное обучение.

В 10 лет убил свою собаку «из-за того что кусала... сначала я её поддушивал, а затем посадил в пустую коробку из-под телевизора, и она там задохнулась; после этого намотал ей телефонный провод на шею, вроде бы сама, чтобы мама не ругала».

На фоне пубертатного криза, с 13 лет снизилась успеваемость, нарастали раздражительность и агрессивность, крайне негативно реагировал на замечания матери, мастурбировал. Начал общаться с асоциальными подростками, охотно рассказывал им о том, как мать «растлеивает его, сексуально домогается». Подростки «брали квартиру штурмом», чтобы помочь другу, пытались взломать дверь.

В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ: не отмечалось нарушения сознания и психотической симптоматики. Для мальчика характерны отсутствие эмоциональной дифференцированности. Легко возбудим. Эгоцентричен. Критика к своим поступкам снижена. Внимание быстро истощаемое. Школьная мотивация ослаблена. Интеллектуально представляется на уровне невысокой возрастной нормы. При беседах открыто и охотно, часто с хохотом, рассказывал о сексуальных притязаниях со стороны матери. В отделении систематически мастурбировал, шокировал других детей разговорами на сексуальные темы, был обнажен в высказываниях. Например, рассказывал, как «занимался оральным сексом с собакой и кошкой». В фантазировании преобладала явная сексуальная тематика с подробными рассказами о том, как мать «домогается» его, пытается его «растлить», а также вымышленные рассказы подростка о его «постоянных сексуальных и ужасных» действиях с собакой и кошкой.

Игровые перевоплощения. На момент осмотра возраст детей составил от 4 до 10 лет ($7,3 \pm 0,9$ г.). Для больных этой группы было характерно наличие утверждений, что они являются каким-либо животным, сказочным персонажем или, реже, неодушевленным предметом. В одном случае отмечалось пере-

воплощение в другого человека. Так, девочка 10 лет (диагноз - шизофрения) стала говорить о том, что она – это не она, а «Тим Яковлевич Мебель», просила называть ее именно так, по имени-отчеству. Наиболее частым вариантом игровых перевоплощений стало «превращение» ребенка в одно из домашних животных: собаку, кошку, домашнюю птицу, черепаху. При этом больной начинает вести себя соответственно произошедшим переменам – лаять, мяукать, шипеть, перемещаться на четвереньках, есть из миски и т.п. Попытки родственников наказать ребенка или заставить его вести себя «правильно» не дают результата, но могут вызвать агрессию или психомоторное возбуждение. При перевоплощении в неодушевленный предмет больной считает себя, как правило, одним из предметов мебели (стол, стул, кресло) или бытовых приборов (утюг). В одном случае ребенок утверждал, что он – торшер, а источником света являются его глаза, если надавить ему в область носа, который и служит выключателем.

Если в 3-5 лет у детей отмечались относительно небогатые фантазии, то в школьном возрасте их фабула менялась, прежде всего - в соответствии с полученными знаниями и опытом. Так, дети могут представлять себя героями мультфильмов или фильмов, а отступления от сюжета увиденного определяется уровнем развития интеллекта и эмоциональности. Следует отметить, что при шизофрении игровые перевоплощения сопровождаются немотивированными стойкими нарушениями поведения, структурными расстройствами мышления, отличаются особой устойчивостью. Пациенты с игровыми перевоплощениями вне рамок эндогенных психозов всегда доступны контакту, самостоятельны, хотя имеющиеся у них фантазии и определяют возникшую дезадаптацию. Сами по себе игровые перевоплощения не должны становиться основанием для установления диагноза шизофрении, если они не сопровождаются специфической для этого заболевания симптоматикой. Вне рамок эндогенных психозов фантазирование с игровыми перевоплощениями наблюдается при детском аутизме, шизоидной психопатии, резидуально-органических психических расстройствах.

Следующий пример иллюстрирует вариант стойких перевоплощений у одного из наших пациентов.

Больной У., 14 лет.

Диагноз: ранний детский аутизм. Синдром фантазирования, игровые перевоплощения.

Госпитализировался второй раз, в связи с отказом от посещения школы, неадекватным поведением.

Данных об отягощенной наследственности нет. Проживает с матерью и старшим братом в отдельной квартире. Отец проживает отдельно последние 7 лет.

Мальчик от 5-й, нормально протекавшей, беременности, вторых срочных родов. Вес при рождении 3500 г, длина 51 см. С рождения был спокойным, практически не плакал, отличался «пассивностью», «был прелестный, как игрушка», «тяжелый», когда его брали на руки. Моторное развитие по возрасту. Речевое развитие с опережением: первое слово на первом году жизни — «часы», в дальнейшем - «речь, как у взрослого», любил изменять окончания слов.

Избегал игрушек, предпочитая им различные не игровые предметы — бумагу, воду, утюг, песок. Постоянно стремился все разобрать, откручивал водопроводные краны, разбирал их; посещая зоопарк, не смотрел на животных, а бежал в туалет, где откручивал все краны и уносил их с собой. Отказывался расставаться со старыми вещами; сталкиваясь с чем-то новым подолгу ощупывал эту вещь руками, «как слепой». До 4 лет не расставался с соской, ел после принуждения, был крайне капризен и избирателен в еде. В 4 года решил, что «пора расстаться с соской», выкинул её в печку. После этого начал есть за столом с использованием всех столовых приборов крайне аккуратно, медленно и красиво.

В 3 года пошел в детский сад. Не плакал, с детьми не общался, проводя время около воспитателя. В детском саду обращал на себя внимание странным поведением и высказываниями: «Эти девочки мне так нравятся, что хочется их изрубить на кусочки и посадить в клумбу, чтобы выросли цветы». Дома поддерживал идеальный порядок, категорически возражал, чтобы кто-либо трогал его вещи, общался только с матерью. Иногда мог подойти к спящему члену семьи и ткнуть его пальцем в глаз или ударит в живот. К разводу родителей отнесся равнодушно.

В школе с 7 лет. С детьми не общался, школу посещал лишь потому, что «это надо». Материал усваивал плохо. С 3 класса переведен на индивидуальное домашнее обучение.

С раннего детства у мальчика наблюдаются различные ритуалы: перед сном складывает вещи в определенном порядке, к еде приступает только в определенное время, с определенными столовыми приборами, личный туалет осуществляет по 1,5 — 2 часа строго в определенной последовательности. Примерно с 3-х лет интересовался косметикой, красил губы, причесывался много, много времени проводил перед зеркалом. В последующем самостоятельно ходил покупать себе косметику, сам гладил и стирал свое белье.

С 5 – 6 лет стал самостоятельно ходить в баню, выбирал определенный банный день, отведенный для пенсионеров. В бане знакомился с пожилыми людьми, подолгу обсуждал с ними текущие политические события, говорил о «невоспитанности современной молодежи».

Наблюдался в диспансерном отделении но не получал лечения из-за отказа матери. В 10 лет был госпитализирован в психиатрический стационар в связи с неадекватным поведением — ходил с палочкой, «как пенсионер», кричал, подсаживался на скамейки к старикам, активно пользовался косметикой, красил волосы, говоря, что «в наше время это приемлемо». В стационаре говорил о том, что он - «старый человек, 61 года, прошедший войну, проработавший на заводе», делал замечания персоналу, говоря молодым людям, что ещё «молоды зелены». По выписке продолжал посещать баню в пенсионный день, общался преимущественно со стариками на улице, написал заявление с требованием направить его в «персональный санаторий для пенсионеров».

За несколько месяцев до повторной госпитализации увлекся исламом, стал общаться с женщиной мусульманкой, которую называл мамой. Утверждал, что это и есть его настоящая мать, а та, с которой он жил, «просто соседка». Активно посещал мечеть, прошел обряд обрезания, покрасил волосы и брови в черный цвет, принял новое имя — Мухамед Мяксудович Атаулин, «настоящий татарин». К матери стал обращаться на «Вы», так как это лишь «соседка». Сам покупал себе продукты (на свою

пенсию), продолжил общение со стариками, ходил на прием к депутату, требовал выдать ему талоны на питание, обращался с жалобами в ЖЭК на недостаточно хорошее бытовое обслуживание, писал письма в газеты, в том числе от имени Мухамеда Атаулина. Дважды самостоятельно госпитализировался в соматические стационары — вызывал скорую помощь, предъявлял соматические жалобы. В поведении, манере двигаться копирует стариков — шаркает ногами, крихтит, причитает, ворчит. Дал согласие матери на повторную госпитализацию, чтобы «подкопить пенсию».

В отделении: в ясном сознании. О себе рассказал, он Мухамед, татарин, ему 14 лет. Одновременно сообщает, что ему 63 года, он пенсионер, ветеран ВОВ: «Я не знаю, как это произошло, видимо дед какой-то умер, его жизнь перешла ко мне». Периодически гримасничает, неестественно смеется. При общении с персоналом ведет себя подобно старику — говорит медсестре: «Ты, голубушка моя, супчик-то наливай погуще да пожирней», на прогулках сидит на скамейке по стариковски скрестив руки на груди. Рассказывает многочисленные, насыщенные подробностями истории своей жизни, о войне, работе на заводе. В речи периодически использует неологизмы — «шунька» — змея, «кяря» — мышка и др.

При осмотре психолога: методика Векслера — ВИ-80, НИ-69, ОИ-72. Отмечены нарушения функции произвольного внимания, памяти, мотивационного компонента, эмоциональная уплощенность, формальность.

Рентгенограмма черепа: признаки внутрочерепной гипертензии.

МРТ головного мозга: патологии не выявлено.

В отделении последовательно был выставлен диагноз «шизофрения, простая форма», «шизофрения, параноидная форма», далее мнение специалистов склонилось к диагнозу раннего детского аутизма, сопровождающегося бредоподобным фантазированием с игровыми перевоплощениями.

Катамнестические наблюдения (5 лет) не выявили нарастания специфической шизофренической симптоматики, однако у пациента сохранялись явления синдрома фантазирования.

Фантазирование с преобладанием особых увлечений.

На момент осмотра возраст больных составил от 6 до 13 лет (10,3±1,0 г.). У всех детей отмечались неконтактность, различной степени выраженности эмоциональная недифференцированность, в целом – аутистические (шизоидные) черты, определявшие облик пациента и клиническую картину заболевания. Среди детей и подростков с фантазированием с преобладанием особых увлечений наблюдались больные с шизоидной психопатией, органическим аутизмом («шизоформные органики» в понимании С.С. Мнухина и его школы), легкой умственной отсталостью с шизоформным синдромом.

Все дети имели трудности адаптации в детском саду – «тяжело привыкал», «не мог адаптироваться», «к детям не стремился», могли быть агрессивны и жестоки по отношению к сверстникам (кидались песком, били), но обычно лишь в случаях, когда другие пытались с ними играть, шумели, проходили мимо. В школе больные этой группы также были дезадаптированы, но часто начинали общаться с детьми, однако общение сводилось к разговорам на интересующие их темы увлечений и сверхценных интересов.

Увлечения могут быть самыми различными, их особый характер определяется узостью интереса и необычностью. Тема увлечения всегда соответствует интеллектуальному уровню конкретного ребенка, интерес должен его удовлетворять, обладать достаточной глубиной для реализации познавательной активности пациента. Областями особых увлечений чаще всего становятся коллекционирование (электропровода, радиодетали, мусор, пыль, баночки и пузырьки, камни, металлы или другие материалы и мн. др.), страсть к линиям и развязкам метрополитена, маршрутам движения другого городского транспорта, схемам электрических цепей, планам эвакуации, географическим картам и т.п. Обычно увлечение носит сверхценный характер, занимает значительную часть времени ребенка, всегда сопровождается фантазированием на тему своих занятий, охотно обсуждается. У ряда больных сверхценные увлечения в младшем возрасте постепенно перерастают в активное изучение энциклопедий, атласов, учебников, откуда черпаются идеи для собственных фантазий и «изобретений». Думается, что это является признаком

большой сохранности интеллекта, признак эволюции воображения и творчества вслед за дифференциацией и развитием мышления. Интересной представляется та особенность, что в случаях с выраженной социальной дезадаптацией вследствие охваченности своим увлечением (частая смена школ, трудности в обучении, контактах со сверстниками, конфликты, отключение электричества в домах, перерезание проводов, похищение электросчетчиков и т.д.) эти дети мирно посещают радиокружки, секции по интересам, где имеют друзей среди авторитетных для них взрослых.

В качестве характерного примера приводим следующее наблюдение.

Иван Г., 12 лет.

Диагноз: шизоидная психопатия.

Наблюдается психиатром в связи с нарушениями поведения, агрессивностью.

Родился от поздней беременности, протекавшей на фоне хронической фетоплацентарной недостаточности, внутриутробной гипоксии плода. После рождения наблюдался неврологом по поводу перинатальной энцефалопатии. Раннее психомоторное развитие протекало без отставания. В детский сад пошел с 2 лет, где всегда играл один, много фантазировал, придумывал новые слова, мог ударить подошедшего к нему ребенка. В школе был медлительным, не успевал за темпом работы класса, к контакту с другими детьми не стремился, вследствие чего обучался индивидуально на дому.

С раннего детства у мальчика отмечался интерес к электричеству и радиотехнике. В школьные годы стал рисовать электроцепи, большую часть времени проводил, наблюдая за работой электриков в подъездах, стал собирать электродетали, неоднократно вскрывал распределительные щиты в домах, обесточивал несколько зданий, два раза получал сильный удар током, чему был рад — «это меня Бог окрестил электричеством, чтобы я был электриком». Стал также посещать кружок радиоэлектроники, читать специальную литературу по интересующей его теме. Дома агрессивен к матери и бабушке, может ударить, ругается когда его отвлекают от изучения электрических цепей, вскрыл в квартире все электророзетки «с целью изучения и об-

думывания». На беседу с врачом пришел с карманами, набитыми электрическими деталями, охотно их демонстрирует, развничивает, сожалеет, что в стационар, куда его направляют, «нельзя взять все запасы накопленных деталей», однако утешается тем, что «будет о них думать», «воображать, как они работают».

Компенсаторное фантазирование. На момент осмотра возраст пациентов варьировал от 9 до 14,5 лет ($11,5 \pm 0,7$ г.). В поле зрения психиатра пациенты попадали в связи с нарушениями поведения, конфликтностью, суицидными высказываниями. Согласно В.В. Ковалеву, компенсаторный механизм фантазирования универсален. Фантазирование возникает с целью уравновесить влияние фрустрации и связано с самыми значимыми переживаниями для данного индивида. В целом компенсаторное фантазирование является инструментом защиты. Нахождение мотивации к фантазированию, доказательство его компенсаторной природы или иной достаточно сложно и выходит за рамки данного пособия. К этому типу фантазирования мы отнесли лишь те случаи, где содержание фантазий полностью определялось фрустрирующей ситуацией.

Среди вариантов компенсаторного фантазирования выделяются рассказы и массивное фантазирование на темы придуманного друга (при отсутствии такового в реальности), лидерства в коллективе детей (когда на самом деле ребенок подвергается насмешкам или является изгоем), оправдания своих проступков (чаще характерно для пациентов с невысоким интеллектом или с умственной отсталостью). Дети с историческими чертами характера в большинстве случаев активно фантазируют на темы «расправ над обидчиками», собственной смерти, которая «тяжким бременем упала на головы родных и одноклассников», когда «все плачут, но уже поздно». В некоторых случаях, чаще для преодоления сенсорной депривации, процесс фантазирования занимает ребенка, позволяет ему улучшить настроение, когда, например, когнитивные расстройства или выраженная истошаемость внимания не позволяют ему удовлетворить познавательные способности всецело за счет реальности.

Иллюстрацией может служить следующее наблюдение.

Света С., 6 лет.

Диагноз: резидуально-органическое поражение головного мозга. Синдром фантазирования.

Обратились с целью уточнения диагноза и коррекции терапии. За 8 мес. до госпитализации в наш стационар девочка лечилась в стационаре по месту жительства, где был поставлен диагноз: шизофрения, детский тип; получала терапию в виде комбинации двух нейролептиков.

ИЗ АНАМНЕЗА: Родители имеют высшее образование, в личности тормозимые черты. Бабушка (по линии матери) была склонна к фантазированию.

Беременность I, поздняя. Осложнения течения беременности: на фоне прерывания, нефропатии, гипертонии. Родилась Кесаревым сечением. К концу первого месяца жизни выявлено: начальная дилатация желудочковой системы головного мозга, очаговый перивентрикулярный отек в затылочной и таламической областях обоих полушарий, субарахноидальные уплотнения, по ходу сylvиевых борозд. В 3 мес. после сильно перегрева в закрытом помещении долго кричала, затем появились аффективно-респираторные приступы. Позднее, если поступали против её воли, сильно раздражалась, топала ногами (не туда поставили игрушку).

Тяжело привыкала к новому. Требовала повышенного внимания. Всегда любила «порассуждать по-взрослому», любила играть, придумывая игры: «белочка пропала – все отправились на поиски белочки».

В детском саду с 3 лет, адаптировалась медленно, уходила с обеда. Была медлительной, неуклюжей, её торопили. С детьми отношения не складывались. Рисовала и играла одна. Очень хотела иметь друзей, но чтобы те играли по её правилам.

Посмотрев фильм «Приключения Электроника», очень прониклась темой дружбы: «мама, давай заведем мне подружку, похожую на меня». Просила многократно показывать этот фильм, отказалась ходить в детский сад. Через месяц родители заметили, что девочка «погружается в свои мысли», «сама себе улыбается — фантазирует на темы фильма». Сердилась, если её отвлекли: «ты перебила мои мысли, и я забыла то, что хотела сказать Сыроежкину» (главный герой фильма). По словам бабушки, девочка «ушла в этот фильм», и все герои стали её друзьями. По совету психолога, родители предложили проговаривать фантазии

вслух. Сначала такое «общение» имело вид диалогов, постепенно «игра» стала захватывать девочку все больше — она «общалась» с героями и на улице, и дома, диалог сменился монологом — разговаривала, как с существующим лицом. Но, комментируя: «Ой, Сережа пришел», отмечала что «это в моих мыслях». Появились страшные сны, подолгу не могла заснуть. Изменилась в поведении, вела себя, «как маленький ребёнок» (залезала под стол). На обращения родителей реагировала не сразу, была «полностью погружена в себя». За полтора месяца до госпитализации в наше отделение, после просмотра нового фильма «Лукоморье» появилась «новый друг Вова», с которым также «беседовала».

Находясь в стационаре стала вести себя адекватно, играла с детьми, но в случае, если ее не принимали или смеялись над ней сразу же начинала «общаться» с персонажами фильмов, «разговаривала» с ними, на обращения соседей по палате не реагировала.

Невролог – синдром внутричерепной гипертензии, ст. субкомпенсации. Миотонический синдром. Резидуально-органическое поражение головного мозга.

КАТАМНЕЗ через два года: на фоне ноотропной, дегидратационной терапии, психокоррекционных занятий девочка успешно подготовилась к школе. Поступила в класс подготовленной, адаптировалась, успешно учится, имеет друзей. Инфан- тильна, впечатлительна.

Эффективность использования метода

Выделение клинических вариантов синдромов фантазирования у детей позволяет улучшить диагностику психических заболеваний и расстройств, а также дифференциальную диагностику, избежать диагностических ошибок. По нашим наблюдениям, у 24% пациентов психопатологический анализ фантазирования позволил изменить выставленный ранее диагноз (шизофрения) на другой, менее тяжелый. Катамнестические наблюдения подтвердили полученные ранее диагностические данные.

ЛИТЕРАТУРА

1. Большой медицинский энциклопедический словарь. 4-е издание, испр. и доп. — М., Рипол Классик. — 2007. — 960 с.
2. Буренина Н.И. Патологические телесные сенсации в форме телесных фантазий (типология, клиника, терапия). — Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — М., 1997. — 23 с.
3. Буренина Н.И. Психопатологическая дифференциация патологических телесных сенсаций // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1997. — № 5. — С. 22—26.
4. Воронков Б.В. Детская и подростковая психиатрии.— СПб.: Наука и Техника, 2009.— 240 с.
5. Гурьева В.А., Семке В.Я., Гиндикин В.Я. Психопатология подросткового возраста. - Томск: 1994. — С. 108 — 120.
6. Зайчик А.Ф., Чурилов Л.П. Основы общей патологии. Часть 1. Основы общей патофизиологии. (Учебное пособие для студентов медВУЗов) — СПб.: ЭЛБИ — СПб, 1999. — С. 13.
7. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста (руководство для врачей). — М.: Медицина, 1979. — 608 с.
8. Корень Е.В., Марченко А.М., Трайнина В.А. Феномен «ипохондрического фантазирования» в структуре ипохондрических расстройств у детей и подростков // Актуальные вопросы детской психиатрии. Мат-лы межрегиональной науч.-практич. конфер. Киров, 11 декабря 2008 г. — Киров: МИАЦ, 2008. — С. 43 — 46.
9. Лашкова А. В. Синдром патологического фантазирования у подростков в судебно-психиатрической клинике. — Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — М.: 2000. — С. 3.
10. Леденев Б.А. Некоторые особенности интересов, увлечений и фантазий у детей и подростков с формирующейся шизоидной психопатией // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1977. — № 10. — С. 1529 — 1532.
11. Леденев Б.А., Шевченко Ю.С. Феномен визуализирован-

- ных представлений у детей и подростков // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1974. — № 10. — С. 1818 — 1823.
12. Личко А.Е. Подростковая психиатрия. 2-е изд., перераб. и доп. — Л.: Медицина, 1985. — 416 с.
 13. Макаров И.В. Лекции по детской психиатрии.- СПб.: Речь, 2007. — 293 с.
 14. Мамцева В.Н. Клиника, лечение и профилактика вяло протекающей шизофрении у детей. — Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — М., 1957. - 14 с.
 15. Мамцева В.Н. Синдром бредоподобных фантазий (самооговоры) у подростков, у подростков страдающих шизофренией // Проблемы психоневрологии детского возраста. Отв. ред. проф. Д.Д. Федотов. — М., 1964. — С. 38.
 16. Мнухин С.С. Хрестоматия по психиатрии детского возраста. — СПб.: Изд-во Р.Асланова «Юридический центр Пресс», 2008. — 315 с.
 17. Пакшвер И.Г. Об особой форме синдрома бредоподобных фантазий у детей // Вопросы психиатрии детского возраста. Ин-т психиатрии АМН СССР. — М., 1962. — С. 196.
 18. Руднева И.К. Особенности малопрогрессирующей шизофрении у детей с синдромом патологического фантазирования. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — М.: 1985. — С. 1 — 4.
 19. Симсон Т.П. Шизофрения раннего детского возраста. — М.: 1948. — С. 74 — 82.
 20. Хромов Н.А. К физиологическому анализу истерической псевдологии // Вопросы психиатрии и неврологии. Сб. трудов ленинградского научного общества неврологов и психиатров. Выпуск III. — Л., 1958.
 21. Чехова А.П. Течение шизофренического процесса, начавшегося в детском возрасте. — М., 1963. — С.46 — 48.
 22. Чубариков В.И. Феномен визуализированных представлений у больного олигофренией в степени имбецильности в зрелом возрасте // История городского медицинского объединения им. С.П. Боткина и современное состояние

- специализированной медицинской помощи. — Орел, 1999. — С. 282 — 284.
23. Шевалев Е.А., Райхман Д.И. Сб. невропсихиатрических работ, посвященных юбилею Р.Я. Голант. — Л., 1940. — С.37 — 50.
 24. Delbrück A. Vgl., 1891. — S. 122 — 124; vgl. auch Schaps 1982. — S. 102 — 106.
 25. Ziehen Th. Les psychoses de la puberte. Congre international de medecine. — Paris, 1900.