

Аномальные увлечения у детей и подростков: клиника, динамика, социальная дезадаптация

И.И.Сергеев, Р.В.Дейч

Кафедра психиатрии и медицинской психологии ГОУ ВПО РГМУ, Москва

Разнообразные по содержанию патологические увлечения («патологические хобби», по А.Еличко [1], «странные увлечения», по Р.А.Наджарову [2], «духовные влечения», по Л.Б.Дубницкому [3], включая «запойное чтение», по М.Ш.Вроно [4, 5]) описаны у больных шизофренией [2, 3, 6–8]. Кроме того, они представлены в литературе как проявление декомпенсации расстройств личности шизоидного круга [9, 10]. В немногочисленных публикациях представлен анализ клиники и динамики патологических увлечений у детей и подростков [1, 11, 12], в единичных работах проанализированы болезненные хобби у взрослых [13, 14]. Вместе с тем к настоящему времени симптоматика, варианты и динамика болезненных увлечений разработаны недостаточно. Так, не существует общепринятых критериев, которые позволяют относить то или иное увлечение к разряду патологических. По мнению А.Еличко [1], для патологических увлечений характерна их вычурность, необычность; напряженность, озлобление при попытке помешать заниматься любимым делом, заполняющим всю жизнь в ущерб учебе, сну, отдыху, работе; непродуктивность (отсутствие реального результата), часто сочетающаяся с поражающей неосведомленностью в данной области, несмотря на многочасовые занятия. В.В.Ковалев [15] относил односторонние, аффективно заряженные хобби к синдрому сверхценных интересов и увлечений в форме конкретной деятельности, указывая на их принадлежность к эволютивнымrudimentам сверхценных идей у взрослых. К облигатным признакам этих расстройств он относил аффективный, идеаторный компоненты, а также компонент болезненно усиленного влечения.

Цель настоящей публикации – клиническое, с привлечением анамнестических данных, изучение структуры, динамики патологических увлечений у детей и подростков и их влияние на социальную адаптацию. В разработку включены 56 больных в возрасте от 5 до 16 лет, находившихся на лечении в детской психиатрической больнице №6 (главный врач – В.Ю.Кожевникова) с 2004 по 2008 г., у которых в клинической картине ведущее или существенное место занимали патологические хобби. Мальчики численно значительно преобладали над девочками (74,6 и 25,4% соответственно). Обследованы больные различных возрастных групп – раннего возраста (9,5%), дошкольного и младшего школьного (33,3%), подросткового возраста (57,2%). Средний возраст на момент обследования составил $11,9 \pm 1,9$ года. Начало болезненных хобби приходилось на возраст от 3 до 13 лет, средний возраст $8,9 \pm 3$ года.

Признаки отграничения патологических увлечений от нормальных хобби в детском и подростковом возрасте уточнялись по мере накопления клинических наблюдений и были использованы для отбора материала: а) необычная устойчивость и длительность; б) однобокость по содержанию; в) ослабление или утрата прежних детских интересов и увлечений; г) восприятие окружающими (в первую очередь родителями) как чрезмерные, «ненормальные»; д) нарушение социальной адаптации ребенка.

Следует отметить, что направленность и содержание аномальных хобби соответствовали нормальным увлечениям, распространенным в детском и подростковом возрасте: увлечение животными (определенными видами либо животными в целом), растениями; компьютерными и видеониграми; одним из видов транспорта; увлечение,

связанное с «кумиром» – любимой музыкальной группой, исполнителем, спортивной командой; приобретение знаний. И вместе с тем они приобретали черты патологичности за счет чрезмерной охваченности, особой аффективной заряженности, а также нелепой, подчас гротескной реализации.

Так, при увлечении каким-либо транспортом (например, трамваем, троллейбусом) больные совершали долгие поездки на излюбленном транспортном средстве, обычно без определенной цели, по одним и тем же маршрутам, собирали специальную литературу, изображения, модели транспортных средств, вычерчивали бесмысленные схемы движения автобусов, поездов. В итоге почти вся их деятельность так или иначе была связана с транспортом. В ряде случаев поездки были сопряжены с пропусками школы, самовольными уходами из дома на несколько суток. У детей раннего возраста увлечение проявлялось в многочасовых играх с моделями транспортных средств или их изображениями. Дети дошкольного возраста стремились проводить все время в местах скопления излюбленного вида транспорта (например, рядом с железнодорожными путями и развязками), многочасовым рассматриванием проезжающих поездов.

При увлечениях, связанных с учебой в школе или приобретением знаний, преобладала деятельность, напоминающая учебную. Больные занимались чтением учебников, энциклопедий, руководств, выполнением различных письменных заданий, составлением конспектов и т.д. Однако «учебная» деятельность больных отличалась низкой продуктивностью, занимала большую или всю свободную часть времени, иногда с попытками занятий по ночам, во время еды, поездок в транспорте, в сочетании с отказом от еды и сна. Иногда «занятия» сводились к бессмысленному многочасовому перелистыванию страниц книги, переписыванию одного и того же текста. Больные отказывались расставаться с учебниками, тетрадями, прятали их, повсюду носили их с собой, не разрешали окружающим прикасаться к их книгам, тетрадям. В ряде случаев уже на ранних этапах имели место попытки «совершенствовать» методику обучения путем изобретения собственных «методов запоминания», ведения специальных тетрадей и конспектов и т.д. При этом значительные затруднения вызывали попытки родителей отвлечь ребенка от занятий, переключить его внимание, заставить следовать режиму, эти попытки вызывали у больных выраженные истероэкспlosивные реакции с криками, плачем, бранью, двигательным возбуждением.

В случаях патологических увлечений животными большую часть времени посвящали общению с излюбленным видом животных (например, с кошками, собаками, лошадьми). Они стремились постоянно находиться среди животных, проводили дни в питомниках, приютах для бездомных животных – подкармливали их, приводили домой, подолгу выгуливали их. Иногда увлечение больных было связано с домашними котом или собакой, при этом дети проводили время в многочасовых играх с ними, придумываний и изготовлении различных «приспособлений» – ловушек, домиков, написание бесчисленных рассказов и рисование комиксов, посвященных животному. В раннем и дошкольном возрасте такие увлечения проявлялись в длительном разглядывании изображений и фигурок животных, играми с ними, стремлением бывать рядом с животными на улице. При патологических хобби, связанных с разведением растений, боль-

Таблица 1. Диагностические рубрики по МКБ-10 патологических интересов и увлечений

Диагностические рубрики	Абс.	%
Расстройства «шизофренического спектра» – 71%	Шизофрения	22 38,6
	Шизотипическое расстройство	14 23,4
	Шизоидное расстройство личности	5 10
Прочие расстройства – 29%	Органическое расстройство	6 10,6
	Умственная отсталость	2 4,5
	Истероидное расстройство личности	3 5,2
	Диссоциальное расстройство личности	4 8,7

ные все время проводили в устроенных ими «оранжереях», захламляли квартиру, разбрасывали землю и удобрения, разливали воду, что приводило к конфликтам с родителями, соседями.

При увлечениях, связанных с видеоиграми, больные стремились проводить время за домашним компьютером или в компьютерных игровых клубах. Иногда после долгих поисков родителям приходилось уводить детей домой из клуба силой. В большинстве случаев дети совершали кражи денег и вещей у родителей и знакомых с целью оплаты компьютерных игр в клубах.

При аномальных увлечениях, связанных с «кумирами» – рок-исполнителями, известными киноактерами, спортсменами, больные стремились как можно чаще бывать на концертах, спортивных матчах, смотреть телепередачи с участием «кумира». Они занимались собирательством бесчисленных плакатов, фотографий, журналов, проводили время в обществе «единомышленников», иногда образовывали особые фан-клубы. С целью заработать деньги на билеты, покупку музыкальных и видеозаписей, фотографий, журналов больные выпрашивали деньги у родных, совершили мелкие кражи, иногда занимались сбором бутылок на улицах. Болезненное увлечение сопровождалось частыми конфликтами с родителями, сужением круга общения.

Отдельную группу наблюдений составляли «особые» увлечения, подчас необычные по тематике: вулканы, сбор цветного лома, счет и цифры, стихийные бедствия (ураганы, наводнения, землетрясения) и др., либо предметом увлечения являлся собственно определенный вид деятельности (например, продолжительная бесцельная ходьба).

Выявлены некоторые закономерности формирования психопатологической структуры и динамики аномальных увлечений. Преморбидные особенности были представлены как личностными, так и биологическими факторами. Среди личностных особенностей больных чаще отмечались шизоидные, неустойчивые или истероидные черты. При шизоидном преморбиде (67% наблюдений) увлечения возникали, преимущественно, аутохтонно, характеризовались особой отвлеченностью, вычурностью содержания, иногда нелепостью и утрированностью поведения. При этом у 51,8% больных с шизоидным преморбидом наряду с патологическими увлечениями выявлялись также нарушения инстинктивной деятельности – сексуальная расторможенность с акселерацией психосексуального развития, первверсии, нарушения по агрессивно-садистическому типу, нарушения пищевого поведения, инстинкта самосохранения. Увлечения, сформировавшиеся у детей с неустойчивыми (15,7%) и истероидными (17,3%) личностными особенностями, напротив, отличались большей обыденностью, инфантильностью, понятной связью между содержанием и обстоятельствами, способствующими их возникновению. Резидуально-органическая недостаточность перинатального генеза установлена в 63,2% наблюдений и расценивалась нами как один из вероятных предрасполагающих факторов развития аномальных увлечений.

Чаще начало увлечений носило аутохтонный характер, без видимой связи с событиями либо прежними интересами (72% случаев), однако в 28% наблюдений увлечению предшествовало какое-либо внешнее воздействие: знакомство с другими увлекающимися детьми, случайное событие, вызвавшее интерес к определенному занятию или предмету. Влияние близких, друзей, иногда случайных знакомых заключалось в вольном или невольном «вовлечении» больных в свой круг, в котором определенное

хобби уже существовало, а также прямое привлечение внимания и пробуждение интереса ребенка к той или иной тематике.

Патологические увлечения у детей выявлены при различных психических расстройствах, которые стали причиной госпитализации (табл. 1). Большинство (71%) наблюдений отнесено к расстройствам «шизофренического спектра» – шизофрении (38,6%), шизотипическим расстройствам (23,4%), шизоидным расстройствам личности (10%). Вместе с тем 29% наблюдений относились к психическим заболеваниям иной природы – органическому поражению головного мозга (10,6%), расстройствам личности по диссоциальному (8,7%), истероидному (5,2%) типам, легкой умственной отсталости (4,5%).

Анализ структуры аномальных увлечений включал оценку облигатных составляющих синдрома – аффективной, идеаторной и компонента влечений. Степень выраженности компонента влечений, проявлявшаяся в «ожваченности» больных своей деятельностью, как и других составляющих, обнаружила значительную вариативность. Это послужило основанием для клинического разделения всех случаев патологических хобби на варианты стадии – «односторонние» (59,5%), «сверхченные» (29,5%) и «сверхченно-бредовые» (11,0%).

Болезненные увлечения, отнесенные к группе односторонних, проявляли следующие признаки:

- устойчивость и длительность (дети занимались излюбленным хобби часами, стараясь использовать все свободное время; интерес к определенной теме не угасал в течение многих месяцев или лет);
- однобокость содержания (интерес узконаправленный, ограничен рамками излюбленного сюжета, неохотно переключались на другие занятия);
- прежние детские интересы и увлечения (например, просмотр мультфильмов, телепередач, прогулки и т.д.) постепенно отходили на задний план, хотя окончательно не утрачивались;
- окружающими (в первую очередь родителями) воспринимались как чрезмерные, «ненормальные» (родители пытались отвлечь, переключить внимание ребенка, заинтересовать его чем-то новым);
- принципиальная возможность коррекции (прекращали заниматься излюбленным хобби при запрете со стороны родителей, изменении места жительства, госпитализации);
- способствовали развитию семейной дезадаптации (конфликты с родными – отказывались выполнять обязанности по дому, проводить время с семьей, однако при этом продолжали посещать школу, как правило, справлялись с учебой).

Приводим наблюдение, иллюстрирующее формирование увлечения одностороннего характера.

Андрей X, 13 лет. В возрасте 8 лет без видимой причины проявился интерес к цветам. Постепенно собрал дома коллекцию разнообразных растений, в основном экзотических – орхидей, африканских пальм, кактусов и т.д. Все свободное время стремился ухаживать за цветами. Превратил одну из комнат в квартире в теплицу, полностью засаженную цветами. Ввиду неприспособленности городской квартиры к такого рода использованию возникли различные неприятности – прогнил пол, паркет, облезли обои, осыпалась штукатурка на стенах и т.д. Поливая цветы, периодически заливал водой нижних соседей. Запрещал родным от-

Таблица 2. Возрастная динамика патологических увлечений у детей и подростков

Возрастная группа	Клинические особенности	Формы реализации	Абс.	%
Ранний возраст (0–4 года)	Преобладание компонента влечений, слабая выраженность аффективной и идеаторной составляющей	Примитивность реализации (манипулирование предметами увлечения – картинками, фигурами, мелкими деталями, длительное их рассматривание, стремление находиться с ними рядом)	5	9,5
Дошкольный и младший школьный возраст (4–11 лет)	Сочетание эмоционального, когнитивного и компонента влечений	Усложнение и разнообразие форм реализации (коллекционирование предметов, связанных с объектом увлечения, длительные сюжетные игры, рисование)	19	33,3
Подростковый возраст (12–15 лет)	Максимальная идеаторная разработка с относительно слабой выраженностью аффективного компонента и компонента влечений	Максимальное разнообразие и сложность форм реализации (накопление и изучение специальной литературы – справочников, энциклопедий, склонность к упорному образному фантазированию на соответствующую тему)	32	57,2

крыть окна, так как боялся заморозить цветы. Изучал специальную литературу по цветоводству. Стал менять общаться со сверстниками, перестал проявлять интерес к общению с родными. В школу ходил, однако учебой интересовался мало, успеваемость снижалась. По собственной инициативе добился создания в школе живого уголка, перенес туда часть цветов из дома, проводил там много времени. Госпитализирован после очередного конфликта с родителями, при котором отмечено резкое психомоторное возбуждение. В отделении поведение было утюдоченным, участвовал в групповых занятиях. При этом повышенного интереса к цветам, растениям не выказывал, рассказывал о своем увлечении неохотно.

Более выраженные увлечения отнесены нами к группе сверхценных. Они возникали на основе уже имеющихся односторонних увлечений, соответствовали им по содержанию и вместе с тем приобретали некоторые дополнительные черты:

- особая аффективная заряженность в сочетании с болезненным влечением к данному занятию (попытки отвлечь ребенка сопровождались яркими, аффективно насыщенными протестными реакциями с плачем, злостью, яростью);
- доминирование в психической жизни ребенка (занимали все его мысли, в значительной степени определяли его поведение);
- практически полный отказ от наиболее распространенных в детском возрасте занятий (таких как общение со сверстниками, прогулки, просмотр телепередач, фильмов, игр);
- сверхценные увлечения фигурировали в предъявляемых родителями жалобах как ведущие. Они часто являлись основным поводом для обращения к психиатру;
- возможность частичной коррекции (при запрете или невозможности заниматься любимым делом могли временно отвлечься, при попытке переубеждения выказывали формальную критику к своему поведению, на короткий период удавалось добиться коррекции наиболее грубых нарушений поведения);
- значительная социальная дезадаптация (невозможность жить в семье из-за постоянных конфликтов – захламляли квартиру, портили мебель, уходили из дома на несколько дней и т.д.; прогуливали школу, откладывались выполнять домашние задания).

Следующее наблюдение иллюстрирует пример поведения ребенка с увлечением сверхценного характера.

Артем Е., 13 лет. Полтора года назад увлекся сбором цветного металлом, который сдает за деньги. Увлечение появилось после случайного события – незнакомая женщина на улице поинтересовалась, где находится пункт сбора цветных металлов. Стал собирать цветной лом, постепенно стал посвящать этому занятию все свободное время. Разработал маршруты, включ-

шавшие в себя наиболее крупные промышленные свалки в его микрорайоне. В школу ходил с набором инструментов (отвертка, магнит и т.д.) с тем, чтобы всегда быть готовым разобрать случайную находку, вероятно содержащую цветные металлы. Захламил квартиру, в которой живет с матерью и бабушкой. Прихожая была завалена несколькими полуразобранными телевизорами, холодильниками. На вырученные деньги приобрел некоторые бытовые приборы – микроволновую печь, видеомагнитофон. Забросил все другие занятия, увлечения, лишь иногда смотрел телевизор. Постепенно перестал ходить в школу, был оставлен на второй год в связи с неуспеваемостью.

Патологические увлечения с максимальной охваченностью, сопровождавшиеся нарушениями субпсихотического или психотического уровня и особенно выраженной дезадаптацией, были отнесены к группе сверхценно-бредовых:

- они возникали на основе имевших место односторонних, а затем сверхценных увлечений по механизму сверхценного бредообразования (разработка бредовой фабулы полностью или частично соответствовала характеру увлечения);
- поведение больного полностью определялось фабулей сверхценно-бредового симптомокомплекса;
- аномальные увлечения фигурировали в предъявляемых родителями жалобах как ведущие;
- не поддавались коррекции, переубеждению;
- сопровождались грубой социальной дезадаптацией (вплоть до снижения способности к самообслуживанию и инвалидизации) ребенка.

В следующей иллюстрации представлено формирование у ребенка патологического хобби сверхценно-бредового характера.

Юра М., 12 лет. В школе получил две «4» по предметам, по которым успевал только на «отлично». Начал усиленно заниматься дома, стремясь исправить отметки. Все большее времени стал проводить за занятиями – сидел с утра до ночи, ничем другим не занимался, прерываясь только на еду и сон. Стал заниматься по «собственной» программе, постепенно забросил школьные задания. Для того чтобы лучше усваивать материал, придумал собственную «систему запоминания». Стал иногда зажимать руками уши – в транспорте, затем и дома. Объяснял это тем, что его отвлекают громкие звуки, разговоры окружающих – «мешают повторять». Стал отказываться от еды, питья, перестал мыться, говорил, что все это мешает ему «учить». Постепенно перестал ходить в школу, проводил время, сидя без движений, в окружении книг. Становился все более скрытым, напряженным. Через 2–3 мес после начала усиленных занятий начал высказывать идеи о том, что злые «бессмыслицы» мешают ему приобретать знания, «отнимают» их. Боялся того, что его «заколдуют». Писал в тетради специальные «молитвы» от колдовства, для « получения знаний». Однажды

Таблица 3. Связь между выраженностью социальной дезадаптации и клиническим вариантом патологических увлечений

Клиническая форма аномальных хобби	Выраженность дезадаптации
Односторонние	Преимущественно на уровне семьи конфликты с родными, уходы из дома, отказ от домашних дел, ограничение контактов с окружающими
Сверхценные	На уровне семьи и школы невозможность жить в семье из-за постоянных конфликтов – захламление квартиры, порча мебели, уходы из дома; прогулы школы и отказ от учебы
Сверхценно-бредовые	Фактическая инвалидизация, многократные госпитализации; ограниченная способность к самообслуживанию, необходимость в уходе, невозможность обучения

ды неожиданно напал на мать, пытался ее ударить. Госпитализирован в неотложном порядке.

При анализе динамики патологических увлечений выделено 2 основных варианта их течения: непрерывный и приступообразный. При непрерывном течении (64% наблюдений) увлечение формировалось постепенно, существовало длительно (до 8 лет) и носило постоянный характер (являясь по предложенной клинической дифференциации односторонними либо сверхценными). Вместе с тем при непрерывном течении отмечено периодическое изменение его содержания, объекта увлечения. Типична была внезапная, без видимых причин утрата интереса к деятельности, составлявшей основу интересов ребенка на протяжении длительного времени, с «переключением» на новый объект. При приступообразном течении (36% наблюдений) формирование увлечения происходило в одночасье, отмечалась быстрая клиническая трансформация (от односторонних к сверхценным и далее к сверхценно-бредовым) с последующей редукцией клинических проявлений.

Прослеживались и особенности клинической структуры патологических увлечений в зависимости от возраста ребенка (табл. 2). Так, в раннем возрасте (9,5% наблюдений) преобладало манипулирование предметами увлечения (картинками, игрушками; мелкими предметами, такими как лампочки или провода и т.д.), однообразное длительное их рассматривание, стремление находиться с ними рядом. Для аномальных увлечений в данном возрасте отмечено преобладание компонента увлечений при относительно слабой выраженности аффективного и идеаторного компонентов. В дошкольном и младшем школьном возрасте (33,3%) происходило формирование «активного интереса» – накопление информации о предмете увлечения, попытки идеаторной разработки, проявляющиеся преимущественно в форме собирательства, коллекционирования (игрушки, альбомы и сборники с изображениями предмета хобби), а также сюжетных игр. В этом возрасте преобладающей становилась эмоциональная заряженность интересов, доминировал аффективный компонент патологического увлечения. Наконец, в подростковом возрасте (57,2% наблюдений) болезненные хобби характеризовались большей сложностью и зрелостью, разнообразием, максимальной идеаторной разработкой (изучением специальной литературы: справочников, энциклопедий, поиском информации в компьютерных сетях и т.д.). Отмечена также склонность к активному образному фантазированию на соответствующую тему.

Наиболее ярко своеобразие возрастной динамики патологических хобби прослеживалось у больных с началом в раннем возрасте и длительным непрерывным течением. Приведем наблюдение.

Витя Б. В возрасте 3 лет особый интерес ребенка ставил вызывать транспортные средства – автомобили, трамваи, корабли и т.д. На улице мог часами стоять у дороги и смотреть на проезжающие машины. Увидев на картинке изображение парусника, длительное время зачарованно рассматривал его. При попытке увести наблюдали бурную реакцию с плачем и криками. Дома занимался тем, что рассматривал и раскладывал картинки с изображением машин и кораблей, проводил за этим занятием все свое время. В возрасте 6 лет по-прежнему был охвачен своим увлечением. В основном

любил играть в игрушечные корабли, которых у него накопилось несколько десятков. Постоянно рисовал разнообразные кораблики, лодки и яхты. Длительно рассматривал энциклопедии и книги с изображением кораблей. Задавал родителям множество вопросов о кораблях, их устройстве, видах и т.д. В возрасте 12 лет стремился читать книги и справочники про корабли, уговаривал родителей покупать их. При чтении художественной литературы выбирал «морские» сюжеты сказок и рассказов. Любил фантазировать на эту тему, представлял себя капитаном корабля или яхты. Пытался делать новые модели, изобретал различные приспособления для кораблей, вел альбом с чертежами и схемами.

Во всех наблюдениях патологические увлечения сопровождались нарушением социальной (школьная, семейная) адаптации детей и подростков. Выраженность расстройств адаптации коррелировала с их клинической формой (табл. 3). В случаях увлечений одностороннего характера нарушение адаптации ограничивалось рамками семьи. Поглощенность детей своим увлечением приводила к ослаблению контактов с родными и сверстниками, отказу от выполнения своих обязанностей по дому, в некоторых случаях дети проводили на улице день и более, захламляли квартиру, заливали водой и т.д. Подобное поведение приводило к постоянным конфликтам с родителями, что являлось дополнительным дезадаптирующим фактором. Психопатоподобные нарушения поведения являлись непосредственной причиной госпитализации ребенка в психиатрический стационар. Вместе с тем для «односторонних» увлечений была типична относительная сохранность школьной адаптации – дети продолжали учиться, посещать школу, делать домашние задания.

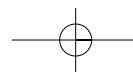
В отличие от односторонних интересов сверхценные хобби сопровождались нарушениями как семейной, так и школьной адаптации. В таких случаях нарушения поведения в семье сочетались с проблемами в школе – прогулами, отказом от посещения уроков и выполнения домашних заданий, существенным снижением успеваемости. В ряде случаев дети полностью отказывались от посещения школы. Выраженная охваченность детей своим увлечением являлась основной причиной обращения к психиатру и госпитализации ребенка.

Наконец, патологические увлечения сверхценно-бредового характера, как правило, приводили к глубокой социальной дезадаптации ребенка (вплоть до инвалидизации). Наличие расстройств психотического уровня приводило к многократным госпитализациям в психиатрический стационар и, как правило, являлось причиной снижения способности к самообслуживанию (за счет отказа от еды, нарушения навыков опрятности) и невозможности обучения в школе.

Таким образом, представленные результаты исследования свидетельствуют о вариативности клиники и динамики патологических увлечений у детей и подростков, их существенном дезадаптирующем влиянии.

Литература

1. Личко А.Е. Шизофрения у подростков. Л.: Медицина, 1989; 16–9.
2. Найджаров Р.А. Клиника неблагоприятно текущей юношеской («ядерной») шизофрении. Автореф. дис. ... докт. мед. наук. М., 1965.
3. Дубницкий Л.Б. Особые сверхценные образования типа «метафизической интоксикации» при юношеской шизофрении. Автореф. дис. ... кан. мед. наук. М., 1977.



4. Вроню М.Ш. Шизофрения у детей и подростков. Особенности клиники и течения. М.: Медицина, 1971; 59–60.
5. Вроню М.Ш. Нарушения поведения у детей и подростков. Особенности клиники, терапии и социальной адаптации. М., 1981; 33–41.
6. Морозов В.М. К вопросу о сверхценных идеях. О параноическом развитии личности, параноической реакции и отношении к шизофрении. Труды МОЛМИ 1 «Памяти Ганнушика». М., 1934; 4: 338–48.
7. Hasenfus N, Magaro P. Creativity and schizophrenia: an equality of empirical constructs. Br J Psychol 1976; 129: 346–9.
8. Hermelin B, O'Connor N, Lee S, Treffert D. Intelligence and musical improvisation. Psychol Med 1989; 19 (2): 447–57.
9. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. М.: Медгиз, 1955; 1: 364–5.
10. Kretschmer E. Schizophrenie und Pubertätskrisen und ihre seelsche Führungen. Monatschr Psychiat Neurol 1953; 125 (516): 562–71.
11. Бесчастный А.А., Урицкий Б.Л., Щербакова С.В., и др. Диагности- ческое значение синдромов сверхценных увлечений и интересов у подростков. Актуальные проблемы современной психиатрии и наркологии. Сб. материалов научно-практической конференции, посвященной 100-летнему юбилею РПБ №1. Министерство здравоохранения Республики Башкортостан. Уфа, 1994; 27–30.
12. Скроцкий Ю.А. Увлечения в психопатологии подросткового возраста. Патологические нарушения поведения у подростков. Под. ред. А.Е. Личко. Тр. Ленингр. науч.-исслед. психоневр. ин-та им. Бехтерева. Ленинград, 1973; 31–7.
13. Брагин Р.Б. Нозологические, динамические и терапевтические особенности сверхценных образований при шизофрении. Шизофрения: новые подходы к терапии. Сб. науч. работ. Харьков, 1995; 2: 16–9.
14. Сергеев И.И., Малиновка С.А. Патологические интересы и увлечения при шизофрении. Журн. неврол. и психиат. им. Корсакова 2008; 5: 54–67.
15. Ковалев В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. М.: Медицина, 1985.

Актуальные проблемы роста в детском возрасте

Л.А.Щеплягина

ФГУ ФНКЦ детской гематологии, онкологии, иммунологии Росздрава, Москва

Линейный рост – это биологический процесс, который имеет фундаментальное значение для физического и психологического развития растущего организма. У человека конечная программа роста состоит в достижении не только репродуктивного, но интеллектуального и социального совершенства.

С позиций биологии и генетики рост – это генетически запограммированный процесс увеличения массы тела, линейных и объемных размеров организма при оптимальном поступлении ингредиентов питания и благоприятных условиях окружающей среды. В геноме зародыша содержится полная генетическая программа онтогенеза, поэтапная реализация которой определяет его definитивный рост и, более того, весь жизненный цикл организма. Это достигается последовательным переключением, активацией или репрессией генов, контролирующих синтез структурных и функциональных белков организма.

В сущности нормальный рост подчинен закономерностям мультифакториального (или многофакторного) наследования: множество генов регулируют линейный и объемный рост, синтез гормонов и тканевых факторов роста, онкогенов и антионкогенов, половых гормонов, клеточных рецепторов, а их эффекты модулируются влиянием внешней среды.

Линейный рост является одним из главных индикаторов здоровья. В настоящее время интенсивно изучаются различные аспекты физиологического роста и причин его нарушений у детей. В целом установлено, что с возрастом размеры тела увеличиваются. При этом скорость роста на разных этапах возрастного развития существенно отличается. Ее показатели наиболее высокие до 2 лет и с 12 до 15.

Нормальные процессы роста требуют согласованной работы многих гормональных, метаболических, ростовых и других факторов, вовлеченных в «гипоталамо-гипофизарную – ростовую ось». Особое место уделяется соматотропному гормону (СТГ), гормону роста (ГР), инсулиноподобному фактору роста-1 (ИРФ-1), а также белкам, которые транспортируют ИРФ.

Выделяют большое число других факторов, способных влиять на линейный рост.

Среди них особое место занимает питание. Известно, что макронутриенты обеспечивают организм «строительными блоками» и энергией, необходимой для роста и развития ребенка. В то же время микронутриенты являются незаменимыми для реализации процессов роста. Нутриенты практически имеют для роста такое же значение, как ИРФ-1 и транспортирующие его белки.

По данным ВОЗ, более 230 млн. населения имеют задержку роста вследствие недоедания. Вместе с тем, есть многочисленные научные наблюдения о том, что обогащение диеты белком положительно влияет на рост, особенно в раннем возрасте. Отмечается, что полноценное обеспечение белком особенно важно в периоды интенсивного роста ребенка. Есть экспериментальные данные о том, что дефицит белка во время беременности приводит к уменьшению размеров и веса плаценты и отрицательно отражается на размерах плода. Отмечается, что лица 12–27 лет, получавшие в раннем возрасте добавки белка к питанию, имели больше рост и мышечную силу. При этом количество жировой ткани не увеличивалось. Доказана связь между потреблением белка детьми в возрасте 2,5 лет и уровнем циркулирующего ИРФ-1. Предполагают, что существует связь между пищевыми пептидами, образующимися из коровьего молока, с различными эндокринными системами. В последнее время появились публикации о том, что при растительной диете уровень ИРФ-1 ниже, а связывающих его белков (СБ) – выше. Снижение потребления белка до уровня менее 50% от нормы приводит к снижению ИРФ-1 и увеличению уровня ИРФ СБ-2 в крови у детей и взрослых, что позволяет считать ИРФ СБ-2 маркером эффективности коррекции у детей с выраженной недостаточностью питания.

Отмечается также наличие прямой связи роста с обеспечением витаминами В₁₂, В₆, витамином Д, кальцием. Доказано, что рост ниже у детей, недостаточно получавших перечисленные выше витамины и другие нутриенты. Установлено, что добавление железа к рациону способствует увеличению массы и длины тела, особенно у детей с анемией. Отмечается, что прием железа, дополнительно к питанию детей первого года жизни, ведет к повышению гемоглобина и длины тела. Длительный дефицит потребления витамина А сопровождается снижением длины тела. В то же время коррекция его дефицита ведет к нормализации ростовых процессов. Доказана эссенциальность цинка для роста. Установлено, что постоянный дефицит потребления цинка сопровождается снижением темпов роста ребенка как антенатально, так и постнатально.

Существуют многочисленные наблюдения, свидетельствующие о том, что назначение цинка невысоким детям способствует увеличению скорости роста. Есть данные, что добавление цинка в течение 5 месяцев детям в возрасте от 4 до 36 мес с задержкой роста ($Z\text{-score} < -2SD$) приводит к увеличению длины и массы тела. Разница соответствующих показателей у детей в зависимости от получения цинка отмечалась уже через 2–3 мес. За период получе-