

Клиническая типология синдрома фантазирования у детей и подростков

И.В. Макаров, И.В. Кравченко
Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева

Резюме. В статье приведена клиническая типология синдромов фантазирования у детей от 3 до 16 лет с различными психическими заболеваниями и расстройствами. Выделены следующие варианты синдрома фантазирования: 1. Фантазирование с сенсорализацией представлений; 2. Фантастические истории (подразделяются на 5 вариантов: 2.1. Легко провоцируемые фантазии с ситуационно-обусловленным содержанием, 2.2. Фантазирование с повышенной лживостью, 2.3. Сексуальные оговоры и самооговоры, 2.4. Фантазирование на темы вымышленных миров, 2.5. Фантазирование на тему вымышленного друга, 3. Игровые перевоплощения; 4. Фантазирование с преобладанием особых увлечений.

Ключевые слова: синдромы фантазирования, патологическое фантазирование, детская психиатрия.

The clinical typology of syndromes of fantasizing in children and adolescent

I.V. Makarov, I.V. Kravchenko
V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute, Saint Petersburg, Russia

Summary. The article describes the clinical typology of the syndromes of fantasizing in children from 3 to 16 years old with various mental illnesses and disorders. The following variants of the syndrome of fantasizing were picked out: 1. fantasizing with sensorialization of mental images, 2. on the subject of fantastic stories (divided into 5 different: 2.1 easily provoked fantasies with situation-conditioned content, 2.2. fantasizing with heightened falsehood, 2.3. sexual slander allegations against others and oneself, 2.4. fantasizing about imaginary worlds, 2.5. fantasizing on the theme of a fictional friend), 3. playing transformation, 4. fantasizing with a predominance of especial immersions.

Key words: syndromes of fantasizing, pathological fantasy, children psychiatry

Введение*. Патологическую фантастику 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. Из-за феноменологической неясности авторы избегали давать определение понятия, ограничиваясь указанием на его принадлежность «к так называемым предпочтительным синдромам детского возраста» (Руднева И.К., 1985). Несмотря на продолжительную историю изучения феномена, до сих пор отсутствует удовлетворительное определение этого состояния (Гурьева В.А. и соавт., 1994). Типичное для слюварей** определение — «фантазирование патологи-

ческое — склонность психически больного и пациента с психопатией к сочинению неправдоподобных историй, в которые он верит» — отражает только часть явления. Как справедливо замечает В.И. Крылов (2012а, б), и до настоящего времени патология воображения является мало разработанным разделом семиотики психических расстройств. 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 Anton Delbrück (1891) выделил «pseudologia phantastica», подразделив понятие на три группы — фантазии, псевдология и ложь. Второй опубликованный труд, касающийся изучаемой нами проблемы, — доклад Т. Цихена на парижском конгрессе в 1900 году, где он описал «paranoia phantastica» как пубертатный психоз (Ziehen Th., 1900), тем самым впервые высказав мнение о возможности фантазий составлять сущность психического расстройства.

В нашей стране наиболее детальное изучение патологического фантазирования встречается на

* Ранее нами были опубликованы работы, посвященные разработке классификации синдрома фантазирования у детей (Макаров И.В., Кравченко И.В., 2010, 2011), но полученные новые данные вынудили вернуться именно к этой части исследований, предложив несколько иную, исправленную, типологию, что и нашло здесь свое отражение.

** Психиатрический энциклопедический словарь / Й.А. Стоиленов, М.Й. Стоиленова, П.П. Коева и др. — К.: МАУП, 2003. — С. 1058.

примере больных малопрогрессирующей шизофренией (Симсон Т.П., 1948; Мамцева В.Н., 1957; Чехова А.П., 1963; Руднева И.К., 1985). Рассмотрение патологического фантазирования преимущественно 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 (Леденёв Б.А., 1977). Исследованы различия варианта данного феномена у лиц с истерическими и шизоидными чертами (Буренина Н.И., 1976), фантазирование в рамках неперцептуального 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 (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 имеющем 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., 1997), визуализации представлений (Леденёв 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 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.

Целью исследования стала разработка клинической систематики синдрома фантазирования у детей и подростков вне зависимости от его нозологической принадлежности.

Материалом исследования стали 102 больных (из них 74 мальчика) в возрасте от 3 до 16 лет с органическими психическими расстрой-

ствами, психопатиями, детским аутизмом, расстройствами адаптации, задержками темпа психического развития, умственной отсталостью, шизофренией. Во всех случаях ведущим методом обследования пациентов был клинико-психопатологический. Дополнительно всем пациентам проводилась электроэнцефалография (в 27 случаях) и магнитно-резонансная томография головного мозга, они консультировались неврологом и психологом. Больные были обследованы как амбулаторно, так и стационарно в период с 2003 по 2012 г. Катамнестические наблюдения составили от 0 до 8 лет. В работе использовался статистический метод с определением среднего значения при среднем отклонении.

Результаты исследования. Синдром фантазирования у детей и подростков был разделен на следующие клинические варианты:

1. Фантазирование с сенсореализацией представлений.
2. Фантастические истории:
 - легко провоцируемые фантазии с ситуационно-обусловленным содержанием,
 - фантазирование с повышенной лживостью,
 - сексуальные оговоры и самооговоры,
 - фантазирование на темы вымышленных миров,
 - фантазирование на тему вымышленного друга,
3. Игровые перевоплощения,
4. Фантазирование с преобладанием особых увлечений.

Фантазирование с сенсореализацией представлений. Включает в себя такие группы (описываемые в прошлом различными авторами), как *Anschauungsbilder*, *visual perseveration*, *auditory perseveration*, варианты *paliopsia*, *palinacousis* и *somatic fantasies*. В этих случаях речь шла о пациентах с вербализацией или визуализацией представлений, что позволяет использовать единый термин «сенсореализация». 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 — к непроизвольности 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. Думается, что произвольность — результат

мечтаний как активного процесса, что позволяло этим детям «видеть» или «слышать» более ясно, чем при непроизвольном 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 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. 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 нередко 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, невротоподобных и иных органических психических нарушений, при психическом инфантилизме, формирующихся психопатиях.

Для больных данной группы характерны: перинатальная органическая патология в анамнезе; значимые трудности адаптации в детском коллективе; ухудшение состояния связано с конфликтными ситуациями, значимыми переживаниями, при этом визуализированные представления учащаются, приобретая навязчивый характер, усиливается их неприятное содержание как отражение настроения (хотя их содержание также влияет на изменения настроения); тревожность, мнительность, склонность к страхам, неуверенность в себе. В большинстве случаев отмечается либо рассеянное и неустойчивое внимание, повышенная истощаемость, либо головные боли напряжения; признаки резидуально-органической патологии головного мозга.

Фантастические истории. Возраст детей на момент первого осмотра варьировал от 11 до 14,5 года ($12,1 \pm 1,3$ г.). Наряду с жалобами родителей на фантазирование детей, отнесенных к этой

группе, у них отмечены также прогулы школы, конфликтность и повышенная возбудимость, уход 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. Обследованные больные подразделялись по особенностям своего характера на две основные подгруппы — пациентов с шизоидными чертами и дети, относимые к конституционально-слабому типу (преобладающие истерические и тревожно-мнительные черты). 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 пациентов с фантастическими историями подразделяется на 5 клинических вариантов, приведенных ниже.

Легко провоцируемые фантазии с ситуационно-обусловленным содержанием. 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.

Фантазирование с повышенной лживостью. Включает в себя группу «лгунов и фантастов» в понимании Э. Крепелина, pseudologia phantastica, mythomania, Munchausen's syndrome, pathological lying. 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 неупорядочены, 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.

Сексуальные оговоры и самооговоры. Включает в себя false sexual allegations. 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 место службы тех лиц, которые бываю вовлечены в их фантазии. Фантазирование может сопровождаться многочисленными «правдивыми» подробностями «сексуальной агрессии» в адрес такого пациента, что в свою очередь приводит к следственным действиям, касающимся всех лиц, вовлеченных в фантазирование. 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.

Фантазирование на темы вымышленных миров. 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, 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 — Аркадия» и т.п. Мир, выдуманный ребенком, приводил к ухудшению школьной успеваемости, конфликтам с родителями, отгороженности от окружающих.

Такие миры могут быть яркими и захватывающими, достаточно простыми или странными, но в любом случае они отражают уровень развития интеллекта больного, степень его эмоциональной дифференцированности и характерологические особенности. Важно отметить, что вы-

мышленный мир соответствует содержанию переживаний, стремлений и интересов ребенка, не является для него неожиданным, пугающим или разочаровывающим. В противном случае 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 больничных 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. 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 резидуально-органических расстройств.

Фантазирование на тему вымышленного друга. В этих случаях пациент погружается в мир фантазий, в котором постоянно общается с вымышленным другом (товарищем), причем данное общение постепенно становится основным, во многом вытесняющим другие интересы и увлечения. Обычно подобное фантазирование обусловлено компенсаторными механизмами и развивается у ребенка с нехваткой действительных друзей и круга единомышленников или хотя бы приятелей.

Игровые перевоплощения. Включает в себя часто используемые зарубежными авторами термины Lycanthropy, Zooanthropismus. 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 перевоплощение в другого человека. Так, девочка 10 лет 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).

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 определяются 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 наблюдалось нами при детском аутизме, шизоидной психопатии, резидуально-органических психических расстройствах.

Фантазирование с преобладанием особых увлечений. Включает в себя термин *pathological hobbies*, используемый некоторыми зарубежными авторами. На момент осмотра возраст больных составил от 6 до 13 лет ($10,3 \pm 1,0$ 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, легкой умственной отсталостью.

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 большей сохранности интеллекта, признаком 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, а также, например, 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.

Заключение. Ввиду 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 «синдром фантазирования».

Важно отметить, что в случаях патологии фантазирования отражает нарушения, имеющие отношение ко всей психике ребенка: особенностям конституции и возможным процессам декомпенсации, нарушениям 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 двигательной сферах.

В.В. Ковалев считал универсальным компенсаторный механизм фантазирования. Во многом мы

согласны с подобной точкой зрения. На наш взгляд, среди вариантов адаптивно-компенсаторного фантазирования (удачным представляется именно такой термин) 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 «тяж-

ким 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 истощаемость внимания не позволяют ему удовлетворить познавательные способности всецело за счет реальности. Однако кроме адаптивно-компенсаторного механизма развития фантазирования у детей и подростков мы дополнительно выделяем также механизмы замещения (аутистический) и утрированных демонстративных реакций.

Литература

1. Буренина Н.И. Патологические телесные сенсации в форме телесных фантазий (типология, клиника, терапия). — Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — М. — 1997. — 23 с.
2. Буренина Н.И. Психопатологическая дифференциация патологических телесных сенсаций // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1997. — № 5. — С. 22–26.
3. Воронков Б.В. Детская и подростковая психиатрия. — СПб.: Наука и Техника. — 2009. — 240 с.
4. Гурьева В.А., Семке В.Я., Гиндикин В.Я. Психопатология подросткового возраста. — Томск. — 1994. — С. 108–120.
5. Зайчик А.Ф., Чурилов Л.П. Основы общей патологии. Часть 1. Основы общей патофизиологии: Учебное пособие для студентов медвузов. — ЭЛБИ-СПб. — 1999. — С. 13.
6. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста (руководство для врачей). — М., Медицина. — 1979. — 608 с.
7. Корень Е.В., Марченко А.М., Трайнина В.А. Феномен «ипохондрического фантазирования» в структуре ипохондрических расстройств у детей и подростков // Актуальные вопросы детской психиатрии. Материалы межрегиональной научно-практич. конфер. Киров, 11 декабря 2008 г. — Киров: МИАЦ. — 2008. — С. 43–46.
8. Крылов В.И. Психология и психопатология воображения (когнитивные функции и воображение) // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2012. — № 3. — С. 4–14.
9. Крылов В.И. Психология и психопатология воображения (эмоционально-мотивационная сфера и воображение). Часть II // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2012. — № 4. — С. 4–10.
10. Лашкова А.В. Синдром патологического фантазирования у подростков в судебно-психиатрической клинике. — Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — М. — 2000. — С. 3.
11. Леденёв 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.
12. Леденёв Б.А., Шевченко Ю.С. Феномен визуализированных представлений у детей и подростков // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1974. — № 10. — С. 1818–1823.
13. Личко А.Е. Подростковая психиатрия. 2-е изд., перераб. и доп. — Л.: Медицина. — 1985. — 416 с.
14. Макаров И.В., Кравченко И.В. Синдромы фантазирования у детей и подростков // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. — 2011. — № 1. — С. 18–22.
15. Макаров И.В., Кравченко И.В. Синдромы фантазирования у детей: клиника и систематика (пособие для врачей). — СПб.: СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева. — 2010. — 30 с.
16. Мамцева В.Н. Клиника, лечение и профилактика вяло протекающей шизофрении у детей. — Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — М. — 1957. — 14 с.
17. Мамцева В.Н. Синдром бредоподобных фантазий (самооговоры) у подростков, страдающих шизофренией / Проблемы психоневрологии детского возраста. Отв.ред. проф. Д.Д. Федотов. — М. — 1964. — С. 38.
18. Мнухин С.С. Хрестоматия по психиатрии детского возраста. — СПб.: Изд-во Р. Асланова «Юридический центр Пресс». — 2008. — 315 с.
19. Пакивер И.Г. Об особой форме синдрома бредоподобных фантазий у детей // Вопросы психиатрии детского возраста. Ин-т психиатрии АМН СССР. — М. — 1962. — С. 196.
20. Психиатрический энциклопедический словарь / И.А. Стоименов, М.И. Стоименова, П.П. Коева и др. — К.: МАУП. — 2003. — С. 1058.
21. Руднева И.К. Особенности малопрогредиентной шизофрении у детей с синдромом патологического фантазирования. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — М. — 1985. — С. 1–4.
22. Симсон Т.П. Шизофрения раннего детского возраста. — М. — 1948. — С. 74–82.
23. Хромов Н.А. К физиологическому анализу истерической псевдологии // Вопросы психиатрии и неврологии. Сб. трудов ленинградского научного общества неврологов и психиатров. Выпуск III. — Л., 1958.

24. Чехова А.П. Течение шизофренического процесса, начавшегося в детском возрасте. — М. — 1963. — С. 46–48.
25. 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.
26. Шевалев Е.А., Райхман Д.И. Сб. невропсихиатрических работ, посвященных юбилею Р.Я. Голант. — Л. — 1940. — С. 37–50.
27. Delbrück A., 1891. — *Die pathologische Lüge und die psychisch abnormen Schwindler // Eine Untersuchung über den allmählichen Übergang eines normalen psychologischen Vorgangs in ein pathologisches Symptom.* — Stuttgart: Enke, 1891. — P. 122–124.
28. Ziehen Th. *Les psychoses de la puberté. Congrès international de médecine.* — Paris. — 1900. — P. 5–28.

Сведения об авторах

Макаров Игорь Владимирович — д. м. н., руководитель отделения детской психиатрии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, главный детский специалист-психиатр Минздрава в СЗФО. E-mail: ppsy@list.ru

Кравченко Илья Владимирович — м. н. с. отделения детской психиатрии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. E-mail: bambbr@mail.ru