

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр
психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

На правах рукописи

КРАВЧЕНКО

Илья Владимирович

СИНДРОМ ФАНТАЗИРОВАНИЯ У ДЕТЕЙ:
КЛИНИКА, ДИНАМИКА, СИСТЕМАТИКА

Специальность: 14.01.06 – психиатрия

Диссертация

на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор

Макаров Игорь Владимирович

Санкт-Петербург

2021

ОГЛАВЛЕНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	4
ВВЕДЕНИЕ.....	5
ГЛАВА 1. АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.....	16
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.....	35
2.1. Материал и методы первого этапа исследования.....	35
2.2. Материал и методы второго этапа исследования.....	38
ГЛАВА 3. ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ФАНТАЗИРОВАНИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.....	45
3.1. Особенности начала детского фантазирования.....	45
3.2. Характеристика вариантов фантазирования.....	46
3.3. Характеристика источников сюжета фантазирования.....	52
3.4. Характеристика направленности фантазирования.....	54
3.5. Характеристика двигательной активности во время фантазирования.....	55
3.6. Характеристика мотивационной составляющей фантазирования	56
3.7. Особенности провоцируемости фантазирования и возможности его переключения.....	59
3.8. Некоторые аспекты микросоциальной дезадаптации исследуемых лиц.....	60
3.9. Заинтересованность родителей в профессиональной помощи в отношении особенностей фантазирования их детей.....	61
3.10. Корреляционный анализ факторов пола и возраста с основными качественными характеристиками фантазирования.....	62

3.11. Обобщенная картина особенностей физиологического фантазирования у детей и подростков.....	64
ГЛАВА 4. КЛИНИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫЕ ФОРМЫ АКТИВНОГО ВООБРАЖЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.....	69
4.1. Категории обращений и типовые варианты жалоб родителей в связи с клинически значимыми формами активного воображения....	69
4.2. Типовые варианты клинически значимых форм активного воображения.....	75
4.3. Особенности динамики клинически значимых форм активного воображения.....	84
4.4. Критерии патологичности фантазирования.....	88
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	91
ВЫВОДЫ.....	98
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	101
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	102
ПРИЛОЖЕНИЕ А — анкета опроса родителей здоровых детей «Особенности физиологического фантазирования детей и подростков».....	115
ПРИЛОЖЕНИЕ Б — таблицы цифрового материала глав № 3, 4.....	121

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- БЭА — биоэлектрическая активность;
- ВИП — вербальный интеллектуальный показатель;
- ГБДОУ — государственное бюджетное дошкольное образовательное учреждение;
- КЗФ АВ — клинически значимые формы активного воображения;
- МБОУ — муниципальное бюджетное общеобразовательное учреждение;
- МЗ РФ — Министерство здравоохранения Российской Федерации;
- МКБ — международная классификация болезней;
- МОУ СОШ — муниципальное образовательное учреждение «средняя общеобразовательная школа»;
- МРТ — магнитно-резонансная томография;
- НИП — невербальный интеллектуальный показатель;
- ОИП — общий интеллектуальный показатель;
- ОКР — обсессивно-компульсивное расстройство;
- ОНР — общее недоразвитие речи;
- СНР — системное нарушение речи;
- ТНР — тяжелое нарушение речи;
- ФГБУ НИПНИ им. В.М. Бехтерева – название ФГБУ НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева до 2018 года;
- ФГБУ НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева — федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации;
- ЭЭГ — электроэнцефалограмма.

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования.

С середины XIX века в психиатрической клинике поднимаются вопросы, касающиеся форм фантазирования, требующих отграничения лжи и бредовых построений. Люди склонные к фантазиям, напоминаям ложь, но без корыстной цели, встречаются в разных культурах, однако, несмотря на возможные последствия таких выдумок, изучению патологии фантазирования уделяется недостаточное внимание (Curtis D.A., 2020). Последствия фантазий, с которыми приходится сталкиваться юристам и врачам общесоматической практики, наиболее ярко высвечивают значимость данной темы. Например, такой вариант фантазирования, как сексуальные оговоры без корыстной цели, является причиной судебных разбирательств (Gross B., 2009), а синдром Мюнхгаузена, определяет часть необоснованных госпитализаций в соматический стационар (Dike C.C., 2005; Treanor K.E., 2012).

Появление дублирующих друг друга по смыслу терминов в отношении клинически значимых форм фантазирования (*pseudologia fantastica*, *mythomania*, *pathological lying*, *factitious disorder imposed on self*) и наполнение удачно звучащих терминов (синдром бредоподобных фантазий, *Munchausen syndrome*) расширенным смыслом, выходящим за рамки первоначального описания, являются маркером незавершенности дискуссии по исследуемой теме (Корень Е.В. и соавт., 2008; Treanor K.E., 2012).

В последние годы появилось все больше исследований, отмечающих широкое распространение фантазирования не только среди детей, но и среди взрослых (Фролов Б.С., Пашковский В.Э., 2004; Крылов В.И., 2012). Такое фантазирование принято называть повседневным и оценивать позитивно, указывая на его адаптирующую роль (Осорина М.В., Чечик А.А., 2013; Чечик А.А., 2015; Klinger E., 2009). Однако на протяжении XX века в отечественной психиатрической литературе фантазирование вспоминалось преимущественно в

связи с шизофренией (Симсон Т.П., 1948; Мамцева В.Н., 1957, 1964, 1973, 1976; Чехова А.Н., 1963; Мамцева В.Н. и соавт., 1977; Руднева И.К., 1985; Варавикова М.В., 1994). Подобная разница во взглядах на значение фантазий и как адаптирующего механизма, и как симптома шизофрении побуждает к поиску единой концепции роли фантазирования в науке и клинике.

Вопрос отграничения физиологических и патологических форм фантазирования имеет особую значимость для детских психиатров, поскольку именно в детском возрасте отмечается наибольшая склонность к фантазированию, а патологическую фантастику принято считать наиболее характерной патологией в клинике психических заболеваний детского и подросткового возраста (Мамцева В.Н., 1964; Руднева И.К., 1985).

Степень разработанности темы исследования.

Предпосылкой для объединения в единое понятие различных вариантов клинически значимых форм фантазирования послужила работа А. Delbrück (1891), в которой автор между ложью и фантазированием, то есть феноменом с корыстной мотивацией и феноменом без умысла, располагает новое понятие — псевдологию (*pseudologia phantastica*), объединяя тем самым весь диапазон форм фантазирования с разной степенью умысла и осознанности при их продукции.

Среди различных вариантов наименования патологии активного воображения (фантазирования) в нашей стране наибольшую известность получил термин «синдром патологического фантазирования», который впервые начал употребляться В.Н. Мамцевой с 50-х годов XX века и использовался для объединения некоторых вариантов фантазирования у детей, больных шизофренией (Мамцева В.Н., 1957, 1964, 1973, 1977; Чехова А.Н., 1963).

Значительно большую очерченность имеет термин «синдром бредоподобных фантазий», предложенный К. Virnbaum (1908), первоначально описанный лишь для форм фантазирования, имеющих отношение к реактивным психозам у взрослых, но в дальнейшем предлагавшийся к широкому использованию у детей как альтернатива синдрому патологического

фантазирования (Мнухин С.С., 1962). Это понятие получило меньшее распространение и не разрешило противоречия между звучанием термина и его смысловым наполнением. Указанное противоречие сводится к тому, что определения «патологическое» и «бредоподобное» не могут быть применены к таким клинически значимым формам фантазирования, отличия которых от физиологических форм крайне мало, но такие пациенты в силу разных причин попадают в поле зрения психиатра.

В зарубежной литературе наблюдается дублирование и неточное использование терминов, применяемых для обозначения проявлений фантазирования в клинике психических болезней (Dike С.С. et al., 2005), что потребовало работы по терминологическому согласованию (Treanor К.Е., 2012). В отечественной научной литературе аналогичного согласования не приводится. Важно отметить, что привычное для русскоязычных работ по психопатологии понятие «патологическое фантазирование» совершенно не встречается в публикациях зарубежных авторов. Отсутствует согласование иностранной и отечественной терминологии в отношении любых клинически значимых форм фантазирования. В то же время выделение подобных терминологических эквивалентов могло бы дать возможность учета опыта исследователей разных стран по вариативности, распространенности, динамике и, в конечном счёте, способствовало проведению сравнительного метаанализа исследований фантазирования.

Схожесть терминологического недопонимания в отношении синдромального обозначения особых форм фантазирования в отечественной и зарубежной литературе связана с потребностью практикующих клиницистов использовать термин, который имел бы ясное содержание и был бы удобен для объединения разнообразных вариантов патологии, связанной с фантазированием (Макаров И.В., 2019).

Решением затруднения при обозначении явно патологических или условно патологических фантазий может стать использование понятия «синдром

фантазирования» (Макаров И.В., 2013). Смысл термина достаточно ясен и полностью раскрывается его фразеологическим составом. Данное психопатологическое понятие объединяет формы фантазирования, имеющие клиническое значение для детского психиатра, при этом не важно, соответствуют ли (и насколько соответствуют) эти формы предлагавшимся критериям патологичности.

Важным этапом изучения патологических форм фантазирования в отечественной науке стало признание нозологической неспецифичности понятия «синдром патологического фантазирования» (Ковалев В.В., 1979; Гурьева В.А., 1986, 1994; Лашкова А.В., 2000). В вопросе о патологии фантазирования технически невозможно было обойти анализ критериев патологичности. Были предложены два варианта таких критериев для детско-подросткового возраста, но несмотря на их наличие, разделение патологических форм фантазирования от непатологических и поныне сохраняет существенную трудность (Лашкова А.В., 2000).

В чем же состоит переход от «хорошего» фантазирования к «плохому», то есть в чем суть патологичности фантазирования у детей? Для формирования ответа на этот вопрос целесообразно начать исследование, во-первых, с изучения того, что беспокоит родителей в фантазировании их детей, почему они решаются обратиться к психиатру. Во-вторых, целесообразно изучить характер проблем, с которыми сталкивается практикующий психиатр в отношении фантазирования детей. Если патологическое фантазирование является производным от непатологического (один феномен, а не два) или, другими словами, фантазирование — есть физиологический феномен, который может приобретать патологическую форму, то важно выявить и описать признаки, причины и вероятность такого перехода, а также возможность обратного перехода от патологической к физиологической форме феномена (возвращения к норме). Для решения этих задач патологическое фантазирование должно быть рассмотрено в контексте физиологического. Концептуальный подход в изучении клинически

значимых форм фантазирования, в котором патологическая динамика фантазирования исследуется в сравнении с физиологической (возрастной) динамикой, ранее не применялся и представляется актуальным и логически обоснованным. В подобном исследовании можно было бы опереться на выделенные в рамках концепции синдромокинеза варианты динамики психопатологической симптоматики (Крылов В.И., 2018): этапы — становления, формирования манифестного болезненного состояния, обратного развития; типы течения болезни — прогрессивный, регрессивный, повторяющийся; также частные варианты динамики — генерализацию, систематизацию, «кристаллизацию».

Изучение вариантов фантазирования (типологически подразделяемых по схожести темы и способа реализации воображения) в отечественной литературе на разнообразном в нозологическом и возрастном отношении материале не проводилось, а в зарубежной литературе все многообразие клинически значимых вариантов фантазирования ограничено одним вариантом — псевдологией. Исследования вариантов фантазирования среди здоровых детей проводились в отношении лишь одного варианта — визуализированных представлений (Кононова М.П., 1929) — и имеют вековую давность.

«Патология» создает сущностную противоположность понятию «нормы» (Мещеряков Б.Г., [ред.], 2009). Таким образом, для изучения «патологии» фантазирования особую важность имеет формирование представления о «норме» фантазирования у детей и подростков, что в полной мере относится к его вариантам, мотивационным механизмам, внешним проявлениям, возрастной динамике. Формирование целостного представления о патологии феномена фантазирования, помимо изучения типологии, невозможно без учета его динамики.

Цель исследования — установление наиболее значимых клинических и клинико-динамических характеристик патологических форм фантазирования у детей и подростков, а также разработка типологии данных состояний.

Задачи исследования:

- Изучить проявления, типологию и динамику физиологического (повседневного) фантазирования у детей, а также распространенность проблем, с ним связанных.
- Изучить симптоматику, типологию и динамику клинически значимых форм фантазирования у детей и подростков.
- Оценить применимость имеющихся критериев патологичности фантазирования к выявлению вариантов клинически значимых его форм.
- Разработать классификацию патологического фантазирования у детей и подростков на основе оценки его динамики.

Объект исследования — дети и подростки, имеющие выраженные проявления фантазирования, что стало причиной обращения к психиатру и проведением дифференциальной диагностики с продуктивной психотической или иной психопатологической симптоматикой. Группа сравнения - здоровые дети и подростки, посещающие общеобразовательные детские сады и школы.

Предмет исследования — вариативные и динамические характеристики фантазирования, факторы, определяющие клиническую значимость фантазирования.

Научная новизна исследования. Выявлены характерные черты возрастной динамики нормального фантазирования, прослеженные в пяти возрастных категориях от 3 до 17 лет. Предложена полная типология вариантов физиологического (повседневного) фантазирования детей и подростков, определена их распространенность в популяции, изучены факторы пола и возраста в структуре выделенных вариантов фантазирования, уточнен ряд характеристик онтогенеза фантазирования: возраст и варианты начала, возрастные изменения предпочтений источников сюжетов фантазий, их мотивации, направленности и внешнего проявления.

Впервые предложено понятие — «клинически значимые формы активного воображения» (КЗФ АВ). Уточнена их типология и динамика.

Предложен новый подход к оценке патологичности фантазирования — на основе оценки его динамики, с учетом чего и разработана классификация всех возможных форм патологического фантазирования у детей и подростков.

Теоретическая и практическая значимость исследования. Предложенное к использованию понятие — клинически значимые формы активного воображения — может являться удобным для практикующих психиатров при первичном осмотре пациента в качестве синдромального обозначения, а также в качестве заключительного синдромального диагноза в тех случаях, когда проведенная дифференциальная диагностика феномена фантазирования с психотической продуктивной симптоматикой имела решающее значение для уточнения нозологического диагноза, а само фантазирование по принятым критериям патологичности не подходило под определение синдрома патологического фантазирования.

Показан удельный вес в популяции заинтересованности родителей в консультации психиатра, разработана типология их жалоб на проявления фантазирования ребенка. Предложено направление проведения дифференциальной диагностики для практических детских и подростковых психиатров, что позволяет (с учетом ряда аспектов физиологического фантазирования, таких как типология вариантов и их распространенность, возраст начала фантазирования и закономерности его развития) избежать диагностических ошибок; показано, что ошибочна оценка фантазирования как патологического лишь по факту наличия определенного его варианта или по факту наличия внешних признаков фантазирования, а также «возрастному» фактору без учета других характеристик и всей динамики состояния.

Оценка патологичности фантазирования на основе предложенных вариантов динамики КЗФ АВ несет меньший риск субъективности и приближается к патогенетической оценке. Предложенная типология вариантов клинически значимых форм активного воображения поможет практикующему врачу точнее обозначить феномен фантазирования, а принцип учета динамики вариантов

воображения ребенка позволит оценивать тяжесть состояния и даст основу для прогнозирования.

Методология исследования.

Обеспечение принципа контролируемости исследования. Исследование не включало терапевтической составляющей, а представляло научную разработку описания и анализа феномена фантазирования в клинике детской психиатрии, а также подходов к ведению соответствующих пациентов — второй этап исследования. Необходимая для исследования контролируемость (относительность) была реализована сравнением с полученными данными изучаемого феномена на материале здоровых лиц — первый этап исследования.

Обеспечение принципа максимального охвата форм изучаемого феномена. В качестве подготовки исследования была изучена отечественная и зарубежная научная литература на предмет выявления всех вариантов фантазирования, описанных в клинике психических заболеваний, по результатам был проведен ряд оценочных практических исследований по изучению разнообразия этих вариантов на материале пациентов детского психиатрического стационара в НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, проводившихся в течении 2005-2012 гг. и 2013-2018 гг.

Обеспечение принципа сравнимости изучаемых данных. На этапе сбора информации использовались специально разработанные под цель и задачи исследования анкета для родителей здоровых детей и структурированное интервью для пациентов, имеющие в своей основе эквивалентные фиксируемые признаки и принципы описания данных. Вся работа проводилась на основе протокола исследования.

Соблюдение этического принципа исследования. Исследование было приведено к соответствию требованиям ГОСТ Р 52379-2005 (надлежащая клиническая практика), не противоречило «Закону о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 2 июля 1992 года № 3185-1, в редакции от 22.08.2004 г., в редакции от 06.04.2011 г. и в редакции от 19.07.2018 г. Также было разработано информированное согласие для родителей исследуемых

детей, исследуемых подростков 15-18 лет и информационное резюме для исследуемых детей.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

- Фантазирование у здоровых детей имеет сходство с вариантами патологического фантазирования по содержанию, проявлениям в зависимости от пола и возраста, но отличается своей динамикой.
- Клиническое значение фантазирования определяется самим поводом обращения к психиатру, необходимостью оценки его динамики для уточнения тяжести состояния и необходимостью дифференциальной диагностики вариантов непатологического фантазирования с психопатологической симптоматикой.
- Термин «клинически значимые формы активного воображения» (КЗФ АВ) является наиболее удобным и унифицированным для использования первичной психопатологической оценки состояния ребенка при обращении за психиатрической помощью; при анализе дальнейшего развития фантазирования необходимо уточнять, будет ли отнесен его установленный вариант к патологическому.
- Предложенная классификация патологического фантазирования позволяет дать его полную психопатологическую оценку, охватывает все возможные формы данного феномена.

Степень достоверности и апробация результатов работы. Результаты диссертации являются достоверными и обоснованными, что обеспечивается достаточным объемом клинических наблюдений и всего объема анализируемого материала, оптимальным выбором критериев включения пациентов, использованием комплекса валидных методов исследования, корректным применением статистических методов анализа данных.

Материалы диссертации изложены и обсуждены на конференции «IX Мнухинские чтения. Современные аспекты клиники, диагностики и лечения психопатологических синдромов в детской психиатрической практике.

Конференция, посвященная памяти профессора С.С. Мнухина» (Санкт-Петербург, 2010); Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Детская психиатрия: современные вопросы диагностики, терапии, профилактики и реабилитации» (Санкт-Петербург, 2014), а также трех региональных профильных научно-практических конференциях (Санкт-Петербург, 2016, 2017, 2019).

Результаты диссертационного исследования используются при проведении лекции «Синдром фантазирования у детей» для врачей-психиатров, клинических ординаторов, аспирантов и медицинских психологов в образовательном отделении НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, а также при проведении лекций и семинаров для психологов-педагогов, логопедов-дефектологов, детских психиатров и неврологов в Ленинградском областном центре психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи Всеволожского района Ленинградской области.

По теме диссертации опубликовано 17 научных работ, из них 1 публикация в журнале, индексируемом в международной базе данных Scopus, 4 - в журналах из Перечня ВАК, глава в научной монографии, глава в профильном руководстве для врачей, учебное пособие и методические рекомендации для врачей.

Использованные в диссертации анкетированный опрос родителей и формы информированного согласия, а также диссертационное исследование в целом получили *одобрения Независимого этического комитета* при НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева 20.04.2017 г. (№ ЭК-И-45/17, протокол № 4) и 21.05.2020 г. (№ ЭК-И-50/20, протокол № 6) соответственно.

Личный вклад автора. Материалы, использованные в диссертации, данные анализа научной литературы в этой области, получены в результате исследований, которые проводил лично диссертант. План и методология исследования разработаны автором самостоятельно. Автор лично обследовал каждого из пациентов, принимал участие в клинических разборах отделения детской психиатрии НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева. Доля личного участия диссертанта составляет: в получении и накоплении научной информации – до 100%; в

математико-статистической обработке полученных результатов – до 70%; в обобщении, анализе, интерпретации результатов исследований – до 80%.

Структура и объем диссертации.

Диссертация изложена на 155 страницах машинописного текста, построена по традиционному плану и состоит из введения, главы, посвященной аналитическому обзору научной литературы, главы с описанием методов исследования, двух глав результатов исследования с их обсуждением, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы. Основной текст диссертации изложен на 114 страницах машинописного текста, иллюстрирован 6 таблицами и 7 рисунками (диаграммами). В приложении А приведена анкета, используемая для исследования детей и подростков общеобразовательных детских садов и школ. В приложении Б в виде таблиц приведены результаты математического анализа для глав № 3 и № 4. Список литературы содержит 109 научных источников, из них 66 отечественных и 43 иностранных.

ГЛАВА 1. АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Введение

В 2021 году исполняется 130 лет термину «pseudologia phantastica», предложенному А. Delbrück (1891). Дата совпадает с возвращением интереса к теме фантазирования в клинике психических заболеваний. Поводом к изучению фантазирования в психиатрии, послужила научная дискуссия о лжи и симуляции развернувшаяся на границе XIX и XX веков. По более поздним ссылкам можно судить о том, что наибольшую значимость и научные последствия в виде публикаций эта дискуссия получила среди американских (Hall G.S., 1890; Healy W., Healy M.T., 1915; Krout M.H., 1932), немецких (Korpen M., 1898) и русских психиатров (Говсеев А.А., 1894).

Первым автором, обратившимся, собственно, к теме фантазирования, оправданно считается немецкий ученый Anton Delbrück, предложивший в 1891 году термин «pseudologia phantastica» и разделивший в пространстве феномена *pathologische lüge* (патологическая ложь) понятия «лжи», «псевдологии» и «фантазирования» (цит. по: Гурьева В.А., 1994). Оригинальную, но близкую концепцию позднее предложил французский ученый Ernest Ferdinand Pierre Louis Dupré (1905), описав *mythomania*. Этому автору мы обязаны также выделением понятий галлюцинаций воображения и бреда воображения (Dupré E., Logre J., 1911; Dupré E., 1925).

По приводимым В.Х. Кандинским (1890) данным можно судить о том, что не позднее второй половины XIX века поднимались вопросы дифференциальной диагностики фантазирования с истинными и псевдогаллюцинациями, нарушениями памяти, бредом.

С 40-х годов XX века в западной психиатрической литературе отметилась стагнация интереса к данной теме, что, вероятно, стало причиной нескольких проблем в последующем, а именно: 1. наполнению разными смыслами одного термина, 2. включению широких понятий в рамки первоначально более узких

(включение *pseudologia phantastica* в *münchausen syndrome*, позднее в *factitious disorder*), 3. введение дублирующих терминов для обозначения одних и тех же феноменов. В настоящее время имеется тенденция объединять понятия *pseudologia fantastica*, *mythomania*, *factitious disorder*, *pathological lying*, *chronic lying*, *impulsive lying*, *habitual lying* под обобщением – *pseudologia phantastica* (Dike C.C. et al., 2005; Treanor K.E., 2012); такой подход уменьшил проблему разобщенности терминов.

Отечественную литературу по обсуждаемой теме можно разделить на четыре условных раздела по времени появления источников и смысловой схожести:

- Конституционально обусловленные варианты фантазирования и их анализ (Говсеев А.А., 1894; Юдин Т.И., 1925; Кононова М.П., 1929; Зиновьев П.М., 1931; Ганнушкин Б.П., 1933; Хромов Н.А., 1958).
- Фантазирование в рамках шизофрении (Симсон Т.П., 1948; Мамцева В.Н., 1957, 1964, 1973, 1976; Мамцева В.Н. и соавт., 1977; Чехова А.Н., 1963; Руднева И.К., 1985; Варавикова М.В., 1994).
- Обоснование нозологической неспецифичности клинически значимых форм фантазирования (Мнухин С.С., 1962; Леденев Б.А., 1977; Ковалев В.В., 1979; Леденев Б.А., Шевченко Ю.С., 1982; Гурьева В.А. и соавт., 1986; Буренина Н.И., 1997).
- Формирование синдромологии фантазирования (Ковалев В.В., 1979; Гурьева В.А. и соавт., 1994; Лашкова А.В., 2000; Макаров И.В. Кравченко И.В., 2010; Крылов В.И., 2012; Макаров И.В., 2013, 2019).

Воображение в норме

Воображение (фантазия) — психический процесс создания нового образа путем перестройки имеющихся у человека представлений. Этот процесс продуктивный и познавательный, имеющий особенно тесную связь с процессами мышления, памяти и восприятия, которые и обуславливают индивидуально-типологические особенности воображения (Сидоров П.И., Парняков А.В., 2000).

Схожий взгляд высказывают и другие исследователи (Ушинский К.Д., 1950; Маклаков А.Г., 2001).

Воображение не всеми авторами приравнивается к фантазированию, высказывается требование большей определенности в различении этих понятий (Осорина М.В., Чечик А.А., 2013а): «если понимать воображение как способность человека к самостоятельному созданию и творческому оперированию образами представлений, то фантазирование можно рассматривать как один из видов работы воображения». Таким образом, фантазирование можно представить как реализацию воображения во времени.

Высказывалась мысль, что именно несовершенство процессов восприятия, слабость внимания, внушаемость и наводящие вопросы стимулируют воображение для построения вымыслов и небылиц (Зиновьев П.М., 1931). Автор иллюстрирует свои соображения следующим: 1. образы в памяти неустойчивы и постепенно превращаются в отрывки, которые при позднейшей передаче обычно пополняются из общего запаса знаний рассказывающего; 2. чем чаще рассказчик повторяет свой рассказ, тем больше в его пользу складываются рисующиеся его воображением картины и, наконец, событие в таком виде так прочно закрепляется в его памяти, как будто бред.

Значение воображения выражается в обеспечении пластичности приспособления человека к жизненным ситуациям, наиболее полно раскрывается в проблемных ситуациях, для разрешения которых существуют системы опережения сознанием результатов деятельности (Сидоров П.И., Парняков А.В., 2000): 1. организованная система образов — воображение; 2. организованная система понятий — мышление. В свете этого и выделяют две функции воображения: познавательную (интеллектуальную) и защитную (эмоциональную). Познавательная функция формируется благодаря отделению образа от предмета и обозначению образа с помощью слова, посредством чего человек научается управлять, изменять, уточнять и, следовательно, совершенствовать своё представление о чем-либо, переосмысливать ситуацию для будущего (Немов Р.С.,

1995; Маклаков А.Г., 2001). Защитная функция раскрывается через представляемую в воображении ситуацию, приводящую к разрядке возникающего напряжения и символическое разрешение конфликтов, которые трудно или невозможно обеспечить при помощи реальных практических действий (Немов Р.С., 1995). Защита может реализовываться двумя основными путями (Дьяченко О.М., 1988): 1. через многократную вариативную репрезентацию травмирующих воздействий, в процессе которых могут находиться способы разрешения конфликтных ситуаций; 2. через создание воображаемой ситуации, снимающей фрустрацию.

Воображение создаёт образы в два основных этапа (Маклаков А.Г., 2001): анализ — расчленение впечатлений на составные части или выделение объекта из фона; синтез — образование новых сочетаний и связей или наполнение образов новым смыслом.

Выделяются методы, посредством которых реализуется продукция воображения (Сидоров П.И., Парняков А.В., 2000), основные из них с примерами: склеивание (агглютинация) — русалка, кентавр, человек-птица; преувеличение (гиперболизация) — великаны, многорукие богини; заострение (акцентирование) — карикатуры, шаржи.

Выделяют четыре вида опор, использующихся взрослыми при создании фантазий (Осорина М.В., Чечик А.А., 2013б): опора на объект, опора на текст, опора на ситуации прошлого и будущего, опора на внутреннюю задачу.

Воображение, как и всякая другая психическая деятельность, проходит в онтогенезе человека определённый путь развития. Воображение развивается из пассивного в активное, произвольное и по качеству из механически воспроизводящего усложняется в творчески преобразующее (Немов Р.С., 1995). В тоже время, и для взрослого человека выделяют как активную, так и пассивную форму фантазирования: при первой, смена представлений направляется волей; при второй, наше самосознание играет исключительно роль зрителя; типичной формой пассивного фантазирования являются сновидения (Алексеев С., 1902).

В рамках указанного деления некоторыми исследователями выделяются патологические формы пассивного воображения: онейроид, ониризмы, галлюцинации воображения Дюпре, бред воображения, сновидные эпилептические приступы (Сидоров П.И., Парняков А.В., 2000).

Обобщить имеющиеся представления о воображении в аспекте фантазирования как физиологического процесса, можно приведя цитату определения повседневного фантазирования — «это процесс творческого оперирования образами представлений воображения, направленный на удовлетворение эго-потребностных целей, реализуемых во внутреннем мире личности... продуктом процесса фантазирования является мысленное представление и мысленное проживание интересующих субъекта ситуаций, благодаря которому у него появляется возможность интеллектуальной и эмоциональной проработки этого материала в соответствии с актуальными личностными задачами».

Необходимо отметить культурный и этический аспект фантазирования. Фантазирование разворачивается во внутреннем мире человека, его крайне редко обсуждают, это приводит к отсутствию опыта его вербализации (Осорина М.В., Чечик А.А., 2013а). Что делает фантазирование крайне сложным объектом изучения, при этом для самого индивидуума фантазирование снимает, хоть и виртуально, ограничения реального мира — законы физики, биологии и социума (Осорина М.В., Чечик А.А., 2013б). Отвлеченность фантазирования от реальности, не направленность его на достижение конкретных задач переопределяют отношение к фантазированию как бесполезному для общества, или даже опасному для душевного здоровья явлению, что особенно характерно для культурной традиции протестантских стран (Чечик А.А., 2015). Однако регуляторная функция фантазирования и возможна только благодаря особенности его расположения вне жестких границ реальности; моральные нормы продолжают действовать и в субъективном пространстве фантазии, но имеют гораздо большее количество степеней свободы (Чечик А.А., 2015).

Эпидемиологические данные

Началу XX века принадлежит систематическое изучение распространённости эйдетической способности: большинство исследователей выражало мнение о широкой представленности эйдетической способности среди детей и подростков (40-88% исследуемых популяций), однако отмечалось, что «ярких эйдетиков» не более 10%, высказывалось мнение о постепенном угасании этой способности после возраста 14 лет (цит. по: Кононова М.П., 1929).

Имеются данные о распространённости личностей, склонных к фантазированию, в США (fantasy prone personality) — 4% популяции (Waldo T.G., Merritt R.D., 2000).

Интересным представляется скрининговое исследование галлюцинаторного опыта одного вуза (Vena van de V., Merckelbach H., 2003), по данным которого из 111 осмотренных студентов 35% заявили о галлюцинаторном опыте, причем для этой группы доказана корреляция с их склонностью к фантазированию и способностью к ментальным образам. Имеются также данные статистики ФБР США относительно заявлений о сексуальном насилии: 8-15% признаны необоснованными (1996-1997 гг.), а часть этой группы относится к необоснованным по причине вымышленности (Gross B., 2009).

Предполагается, что разнообразие вариантов фантазирования представлено шире у лиц женского пола, для которых особенно характерны телесные фантазии (Буренина Н.И., 1997), способность к визуализации представлений (Fischer S., Hirshberg H., 1924), конституциональная предрасположенность к фантазированию (Waldo T.G., Merritt R.D., 2000; Vena van de V., Merckelbach H., 2003). Мужской пол представляет подавляющее большинство для варианта фантазирования, связанного со сверхценными увлечениями (Мамцева В.Н., 1957; Леденев Б.А., 1977; Лашкова А.В., 2000).

Мнение о значительно более частой встречаемости феноменов фантазирования в детском возрасте является распространенным (Мамцева В.Н. и соавт., 1977; Гурьева В.А. и соавт., 1986; Fischer S., Hirshberg H., 1924; Jaensch

E.R., 1927), однако в исследовании бреда воображения верхняя возрастная граница соответствовала 40 годам (Варавикова М.В., 1994).

Типология фантазирования

Ниже приведены варианты фантазирования с объединением их по схожести клинической картины.

1) Повседневное фантазирование (включая непатологическое фантазирование, отрывочные мечтания, *dyadreams*). Термин преимущественно используется для описания состояний нормы. Мечтательность, которая может беспокоить родственников, но не влияет на поведение, не снижает свойственной пациенту социальной активности; может занимать достаточно свободного времени, но легко переключается на необходимые текущие задачи (Лашкова А.В., 2000; Lynn S.J., Rhue J.W., 1986).

2) Псевдологическая конституция (включая фантастическую конституцию, конституциональную группу «лгунов и мошенников», *pseudologia phantastica*, *la mythomanie*, *histrionic personality disorder*, *fantasy prone person*). Всегда является патологией как у взрослых, так и детей, отличается от лжи, симуляции и нормального детского фантазирования (Dupré E., 1905). Феномен, конституционально обусловленный (Юдин Т.И., 1925; Ганнушкин П.Б., 1933; Dupré E., 1905), по мнению П.Б. Ганнушкина (1933), является психопатией, а ряд авторов подчеркивают родство с истерической конституцией (Юдин Т.И., 1925; Хромов Н.А., 1958; Darcourt G., 1995).

Удачное клиническое описание феномена привел П.Б. Ганнушкин: «Самой роковой их особенностью является неспособность держать в узде свое воображение. При их страсти к рисовке, к пусканию пыли в глаза они совершенно не в состоянии бороться с искушением использовать для этой цели легко у них возникающие богатые деталями и пышно разукрашенные образы фантазии. Отсюда их непреодолимая и часто приносящая им колоссальный вред страсть к лганью. Лгут они художественно, мастерски, сами увлекаясь своей ложью и почти забывая, что это ложь. Часто они лгут совершенно бессмысленно, без всякого

повода, только бы чем-нибудь блеснуть, чем-нибудь поразить воображение собеседника».

3) Сенсореализация представлений. Сенсорная реализация образов может возникать во всех анализаторах (зрительном, слуховом, тактильного чувства), получаемые феномены всегда реалистичны, ярче и детальнее обычных воспоминаний, в то же время не воспринимаются полностью реальными (Крылов В.И., 2012). Яркие чувственно-образные феномены памяти или воображения, реализующиеся в поле сенсорного восприятия, могут восприниматься близкими к реальным (Леденев Б.А., Шевченко Ю.С., 1982). Ниже представлены варианты сенсореализации — визуализированные представления, телесные фантазии.

Визуализированные представления (включают *subjektive optische anschauungsbilder*, отдельные случаи *visual perseveration*, *illusory visual spread* и отдельные случаи галлюцинаций воображения Дюпре). Автором классического определения считается сербско-австрийский ученый V. Urbantschitsch (1907), описавший феномен под именем «субъективно-оптических наглядных образов» (*subjektive optische anschauungsbilder*). Первый отечественный обзор этого феномена с клиническими примерами принадлежит М.П. Кононовой (1929).

Литературные источники относят визуализированные представления к двум группам лиц: 1) взрослые непосредственно после перенесения нейрохирургических операций и тяжелых травм головы (Семенов С.Ф., 1965); 2) дети, а также молодые люди с признаками эмоционально-волевой незрелости (Кононова М.П., 1929; Леденев Б.А., Шевченко Ю.С., 1982). Имеются описания феномена у взрослых в рамках повторных переживаний психотравмирующих ситуаций (Крылов В.И., 2010), невротических состояний (Леденев Б.А., Шевченко Ю.С., 1982) и умеренной умственной отсталости (Чубариков В.И., 1999). Если в детском возрасте феномен достаточно распространен и может считаться нормой (Кононова М.П., 1929), по мере взросления встречается все реже, то для его возникновения во взрослом возрасте требуются особые условия, не относящиеся к нормальным (Семенов С.Ф., 1965). По всей видимости, схожая тенденция

просматривается и в отношении произвольности возникновения визуализированных представлений: для детей они описываются как произвольные (Кононова М.П., 1929; Леденев Б.А., Шевченко Ю.С., 1982), а для взрослых как произвольные (Семенов С.Ф., 1965; Крылов В.И., 2010).

По всей видимости, визуализированные представления в варианте произвольного возникновения имеют отношение как к фантазированию, так и незрелости первой сигнальной системы, а в варианте произвольного возникновения имеют отношение только к патологии первой сигнальной системы (или её незрелости у детей) и в этом случае отношения к фантазированию (воображению) не имеют.

Телесные фантазии (фантастические сенестопатии, *body fantasy*). Наряду с произвольной сенсореализацией тактильных образов из памяти при феномене *flashback* (Крылов В.И., 2010), выделяют сенсореализацию тактильных образов воображения, по ряду существенных признаков отличающихся от сложных сенестопатий (Буренина Н.И., 1997).

4) ипохондрическое фантазирование (*hypochondriacal fantasies*). Синдром фантазирования с ипохондрической фабулой (Корень Е.В. и соавт., 2008; Broden A.R., Myers W.A., 1981). Особенность этих фантазий — тесное переплетение ипохондрических переживаний и страха смерти со стойкими яркими образными представлениями — сценами насилия, сражений, гибели людей (Корень Е.В. и соавт., 2008) или «мазохистскими» фантазиями, со сценами истязания и пыток (Broden A.R., Myers W.A., 1981).

5) фантазирование, связанное с доминирующими или сверхценными увлечениями, получило достаточно широкое освещение в отечественной научной литературе (Мамцева В.Н., 1973; Леденев Б.А., 1977; Руднева И.К., 1985; Лашкова А.В., 2000).

Вариант описан для личностей шизоидного типа и больных вялотекущей шизофренией. Так, по мнению Б.А. Леденева (1977), к числу относительно частых проявлений шизоидной психопатии у детей и подростков относятся своеобразные

интересы, увлечения и фантазии. Своеобразие односторонних интересов простирается от примитивного коллекционирования электрических проводов, подбора чайников определённой формы, до увлечений астрономией, математикой, географией. Некоторым детям с сохранным интеллектом такие увлечения помогают в социализации. Уровень вовлеченности оценивается преимущественно как уровень сверхценных увлечений (Мамцева В.Н., 1973; Леденев Б.А., 1977).

6) агрессивное фантазирование и фантазирование на тему суицида (включая *aggressive fantasy, suicide fantasy, daydreaming about death*).

Выявляется связь возникновения агрессивных фантазий с переживаемым насилием (Smith C.E. et al., 2009). Данные о влиянии суицидальных фантазий на реализацию суицида противоречивы. Так, высказывается мнение, что суицидальные мысли могут предвещать суицид, а суицидальные фантазии имеют тенденцию подавлять суицидальное поведение (Maltzberger J.T. et al., 2010). Однако имеется исследование, показывающее, что суициденты могут мечтать о суициде для регуляции настроения, повышения его в ближайшей перспективе, в то же время эти фантазии увеличивают риск суицидальных действий в долгосрочной перспективе (Selby E.A. et al., 2007). В обоих случаях можно проследить компенсирующую роль фантазирования, хотя бы в краткосрочной перспективе.

7) фантазирование, связанное с патологией влечений. Вариант описан И.К. Рудневой (1985) в рамках малопрогрессирующей шизофрении. По мнению автора, у больных уже в годовалом возрасте отмечались особенности поведения: манипуляции с калом, стереотипные действия и аутоагрессия. Позднее проявлялись избирательность в отношениях с родителями и агрессивность к насекомым, маленьким животным и младшим детям. С 1,5-2,5 лет появлялись фантазии садистического характера. К 7-8 годам становилось заметнее сексуальное содержание фантазий, с извращенным наполнением. К недостаткам исследования можно отнести отсутствие дифференциальной диагностики с

клинически схожими состояниями у детей с органической психопатией, олигофренией.

8) фантазирование по типу оговоров и самооговоров (включая sexual abuse as fantasies, false rape allegations). Сходные случаи E. Dupré (1905) трактовал как вариант мифомании. В современной зарубежной литературе феномен описывается лишь в форме оговоров другого субъекта в сексуальном насилии, в отечественной — добавляется форма самоговора (самонаговора), а также тема сексуального насилия, сексуальной браводы, криминального участия. Интересно, что отечественные исследователи в отношении реализации оговоров или самооговоров помимо прямого обращения в полицию, отмечают факты анонимного подбрасывания записок обличающего содержания и, вообще, достаточно сложное последовательное поведение пациентов в отношении поддержания своей выдуманной фабулы. В любом случае, вопрос трактовки (в том числе юридической и судебно-психиатрической) слов и воспоминаний пациента — как реально происходивших событий, так и фантазии и лжи — может быть судьбоносным.

Большинство зарубежных авторов рассматривает феномен как непсихотический, при этом оговоры могут иметь природу фантазий (Powell R.A., Boer D.P., 1995) и нередко рассматриваются в структуре pseudologia phantastica (Matas M., Marriott A., 1987); наряду с целым рядом причин, по которым женщины дают ложные обвинения в сексуальном насилии, выделяется подавляющая потребность во внимании в рамках синдрома Мюнхгаузена и пограничных психических расстройств (Gross B., 2009). В отечественной литературе есть взгляд на феномен, как на психотический (Мамцева В.Н., 1964). Учитывая статистику распространенности вымышленных заявлений о сексуальном насилии по данным ФБР США (цит. по: Gross B., 2009), отношение этого феномена лишь к психотическому уровню поражения представляется нам маловероятным.

9) игровое перевоплощение (включая lycanthropy, zooanthropismus). Среди бесчисленного количества метаморфоз человека в животное, трансформация в

волка (lycanthropy) — наиболее известное и распространённое явление (Benezech M. et al., 1989). Так в англосаксонской литературе оборотня называют wolf-man, во французской *loup-garou*, в итальянской *lupo-manago*, в русской волко-лак. Для других культурных традиций зоантропоморфизм связан с иными животными: лисица в Японии, тигр, гиена и крокодил в Китае, Малайзии и Индии (Fahy T.A., 1989).

Изначально ликантропия трактовалась как истерия и мифомания — в рамках личностных расстройств (Dupré E., 1905; Benezech M. et al., 1989). И в настоящее время распространена трактовка ликантропии, как нозологически неспецифического культурно-обусловленного синдрома (Høyersten J.G., 2004; Khalil R.B. et al., 2012).

Нередко феномен выражается в достаточно тяжелой степени и относится исследователями к галлюцинаторно-бредовому или деперсонализационному расстройству (Мамцева В.Н., 1964; Benezech M. et al., 1989). Имеется критика взгляда на данный феномен как на проявление деперсонализации с отнесением его к бредоподобному фантазированию (Макаров И.В., Незнанов Н.Г., 2003; Макаров И.В., 2006, 2009). Часть исследователей придерживаются мнения об игровом перевоплощении как расстройстве самоидентификации с чувственным бредом, которое имеет психотический уровень, встречается чаще всего при аффективных расстройствах и шизофрении, но может обнаруживаться при различных психических нарушениях (Keck P.E. et al., 1988; Kulick A.R. et al., 1990; Garlipp P. et al., 2004).

10) бред воображения (образный бред, *les délires d'imagination*, *confabulatory delusional states*). Понятие предложено в 1910 году французскими психиатрами Эрнестом Дюпре и Жаном Логром (Dupré E., Logre J., 1911) на съезде в Брюссель-Льеж. Бред воображения определялся авторами как расстройство воображения психотического уровня, выражающееся в специфическом бреде, который отличается от чувственного и интерпретативного. Если в случае чувственного бреда источником ошибки является нарушенное восприятие, а в случае с

интерпретативным бредом источник ошибки — нарушение умозаключения, то при бреде воображения источником ошибки является особенным образом работающее воображение. При этом бред пополняется новыми выдумками и измышлениями. Позднее Е. Dupré (1925) подчеркивая значение конституции в формировании бреда воображения писал о том, что эти состояния можно рассматривать как болезненное преувеличение конституционной тенденции к мифомании. Авторы полагали, что чистом виде это состояние встречается редко и является вариантом паранойи или парафрении, ассоциированным с другими психопатологическими расстройствами или как эпизод при различных психических заболеваниях (Dupré E., Logre J., 1911; Dupré E., 1925).

В диссертационной работе М.В. Варавиковой (1994) выделяются характерные для бреда воображения компоненты: образные представления, конфабуляции, аффективные расстройства в виде гипомании или депрессии (соответствующие фабуле переживаний), вторичные интерпретации.

11) бредоподобные фантазии в структуре реактивного психоза. Описание феномена принадлежит К. Birnbaum (1908) под именем «бредоподобного фантазирования у дегенератов»; изначально трактовался как синдром в рамках реактивного истерического психоза у пациентов с психопатией и олигофренией, находящихся в тюрьмах. Развивается у людей со специфической конституцией (преимущественно псевдологической, истерической) или сниженным интеллектом под влиянием частью ослабляющих физических факторов (утомление, инфекции), частью психических травм (тюремное заключение) (цит. по: Зиновьев П.М., 1931). Существенная черта «бредоподобных фантазий» состоит в том, что бурная продукция воображения, напоминающие бред вымыслы возникают неожиданно, у как будто здорового человека, на фоне или вслед перенесенного психологического потрясения (Ганнушкин П.Б., 1933).

В клинической картине (Фелинская Н.И., 1968): возникновение синдрома бредоподобных фантазий на фоне истерически суженного сознания, нестойкие идеи величия, значимости, достижений, богатства, которые имеют фантастически

гиперболизированный характер и, что особенно важно, содержание этих фантазий меняется в зависимости от внешних моментов, вопросов врача, иногда наблюдаются псевдодементные ответы, характерен аффект тревоги.

Динамика такого состояния (Фелинская Н.И., 1968): преимущественно синдром бредоподобных фантазий сочетается с другими истерическими проявлениями или сменяет их и часто бывает одним из последних перед выходом больного из реактивного психоза. При редукции симптоматики фантазии постепенно бледнеют, сужаются, становятся менее изменчивыми, переходят в стереотипно повторяемые фразы и затем совсем исчезают. В отличие от псевдологии истерических личностей, для которых выдумки — постоянная форма поведения и реагирования, при истерическом психозе фантазии имеют очерченные границы возникновения и спада, являясь частью психотического эпизода (Фелинская Н.И., 1968).

12) конфабуляции при поражениях фронтоорбитальной коры. Понятие конфабуляций – в самом широком смысле — словесная продукция вымышленного характера; в классическом психиатрическом понимании, введенным К.Л. Кальбаумом и принятым для синдрома Корсакова — вид нарушений памяти, при котором забытое замещается вымышленным, продуктами воображения (Тиганов А.С. и соавт., 1999).

Конфабуляции связываются с синдромами в основе которых лежат корковые поражения, такими как синдром Вернике-Корсакова и синдром Антона. При проведении диагностических исследований в первую очередь получает подтверждение локализация повреждения фронтоорбитальной коры головного мозга (Kapur N., Coughlan A.K., 1980; Villiers de C. et al., 1996; Yang Y. et al., 2005, 2007). Инструментальные подтверждения имеются и при мультифокусном склерозе (Gundogar D., Demirci S., 2006).

Нами была предложена типология синдрома фантазирования у детей и подростков (Макаров И.В., Кравченко, 2010, 2015, 2019; Makarov I.V., Kravchenko I.V., 2012): 1) неспецифические мечтания на темы благ, успеха, сюжетов и героев

литературы или экрана; 2) истории со систематизацией фабулы; 3) фантазирование на тему доминирующих увлечений; 4) псевдологические истории; 5) фантазирование по типу оговоров и самооговоров; 6) сенсореализация представлений; 7) игровое перевоплощение; 8) легко провоцируемые фантазии с ситуационно-обусловленным содержанием; 9) ипохондрическое фантазирование; 10) агрессивное фантазирование и фантазирование на тему суицида.

Синдромология и механизмы патологического фантазирования

Понятие «ложь» как произнесение несоответствующего реальности, по степени осознания субъектом ложности своих слов, может включать в себя: ошибку (не осознанно), обман (осознанно и целенаправленно) и в случае, когда осознание неправды скрывается сильным побуждением, мы встречаем псевдологию (истерическую или инфантильную) либо фантазирование (как проявление детского возраста или незрелости, негармоничности психики). Подобное объединение феноменов под понятием *pseudologia phantastica* встречаем в работе А. Delbrück (1891). Позднее Е. Dupré (1925) все варианты фантазирования непсихотического уровня объединил в понятии «мифомания», а варианты фантазирования психотического уровня объединил под понятием «бреда воображения».

Работа В.В. Ковалева (1979) имела аналитический характер: 1) были названы и собраны вместе все известные варианты фантазирования; 2) выдвинуто предположение, что их объединяет общий компенсаторный механизм и нозологическая неспецифичность. Данный труд можно считать началом синдромологического подхода к изучению клинически значимых форм фантазирования. Дальнейшее развитие синдромальный подход нашел в работах В.А. Гурьевой (1986, 1994) и А.В. Лашковой (2000). Авторов связывает единая концепция, в рамках которой разрабатывалось представление о механизмах фантазирования и влиянии основной нозологии на проявление синдрома фантазирования, проведен поиск критериев патологичности для диагностики синдрома.

Мотивационное обоснование фантазирования привел К. Ясперс (1997): «будучи связанными желаниями, проистекающими из заторможенности и неудовлетворенности личного бытия, фантазии, несмотря на свою нереальность, приносят нам облегчение... но во всех случаях центральный пункт — это тенденция уйти от конфликтов и обязательств, налагаемых настоящим». В цитате прослеживаются как эмоционально-защитная функция воображения (компенсаторная, адаптирующая), так, отчасти, и та, которую Е. Блейлер (1981) видел в аутистическом фантазировании. Оба варианта — это фантазирование «для себя». Вариант фантазирования «направленного на других» А. Якубик (1982) обозначил как манипулятивный механизм. В этом отношении, по мнению автора, псевдология — это крайняя форма поведения, направленная на получение информации, подтверждающей собственную ценность и приобретение контроля над окружающими. Идея не добавлять к перечню вариантов фантазирования дополнительно ещё и компенсаторного, аутистического, истерического, а трактовка их как универсальных мотивационных механизмов формирования фантазирования и поведения, представляется изящной и перспективной.

Наиболее универсальной и наименее противоречивой классификацией механизмов фантазирования представляется систематика А.В. Гурьевой (1986): 1) механизм «псевдокомпенсации», отражающий реализацию стремления к самоутверждению, характерный преимущественно для аномальных личностей (истероиды, астеники и психастеники); 2) психогенный механизм «вытеснения» реальности субъективно непереносимой ситуации, наблюдавшейся у всех подростков независимо от нозологической принадлежности; 3) механизм «замещения», отражающий трудности контактов с окружающими, утрату интереса к реальной действительности и потребность создания собственного внутреннего мира, характерный для шизоидов и больных шизофренией.

Поскольку фантазирование — продуктивный феномен, то остается не совсем ясным, к какой продукции приводит механизм «вытеснения». Также в данной классификации не учитывается мотивация фантазирования

«направленного на других», то есть, нет включения в типологию манипулятивного (истерического) механизма.

В качестве факторов, которые могут способствовать формированию клинических форм фантазирования, в литературе указываются: 1) психогении (Merckelbach H. et al., 2005; Waldo T.G., Merritt R.D., 2000; Swain J.E. et al., 2005), 2) сенсорная депривация (Козловская Г.В., Проселковая М.Е., 2004), 3) локальное повреждение головного мозга и фокально-корковая форма эпилепсии (Юдин Т. И., 1925; Kulick A.R. et al., 1990; Peskine A. et al., 2008), 4) медикаментозное и галлюциногенное воздействие (Kulick A.R. et al., 1990), 5) инфантильность (Кононова М.П., 1929; Гурьева В.А. и соавт., 1986; Waldo T.G., Merritt R.D., 2000), 6) конституциональные особенности личности (Юдин Т. И., 1925; Мнухин С.С., 1962; Dupré E., 1905; Birnbaum K., 1908), 7) психозы, особенно маниакальные состояния (Мамцева В.Н. 1957, 1964, 1973, 1976; Мамцева В.Н. и соавт., 1977; Гурьева В.А. и соавт., 1994; Keck P.E. et al., 1988; Waldo T.G., Merritt R.D., 2000).

Использование термина «патологическое фантазирование», предполагает необходимость выделения критериев патологичности в отношении фантазирования. Задача осложняется тем, что фантазирование — явление физиологическое (Ковалев В.В., 1979), и даже во время психоза нормальные фантазии могут сосуществовать с такими продуктивными психотическими феноменами как псевдогаллюцинации (Кандинский В.Х., 1890). Сложность дифференциации патологического и непатологического фантазирования подтверждается и диссертационным исследованием (Лашкова А.В., 2000). Критерии оценки патологических форм фантазирования предлагались от выделения количественных признаков — гиперфантазия (Кандинский В.Х., 1890) до совокупности качественных (Гурьева В.А. и соавт., 1986). При разработке этой проблемы помимо прочего предлагалось подразделять клинически значимые случаи фантазирования по уровню психического поражения на невротическое и психотическое (Руднева И.К., 1985). Наиболее современная классификация также предлагает опираться на совокупность признаков в суждении о патологичности

фантазирования (Лашкова А.В., 2000): 1) доминирование в сознании, 2) готовность к перевоплощению в вымышленные образы, 3) вживание в вымыслы (когда грань между реальностью и вымыслом оказывается нарушенной), 4) появление расстройств поведения, сопряженных с содержанием фантазий, 5) потеря произвольности возникновения фантазий.

Нами также рассматривались механизмы синдрома фантазирования у детей (Макаров И.В., Кравченко И.В., 2013, 2019): 1) адаптивно-компенсаторный; 2) замещения (аутистический); 3) утрированных демонстративных реакций.

Клиническое значение фантазирования

Приводятся следующие значения феноменов фантазирования: 1) наличие феноменов фантазирования в клинической картине может учитываться при постановке психиатрического диагноза (Симсон Т.П., 1948), 2) формировании микросоциальной дезадаптации (Matas M., Marriott A., 1987; Swain J.E. et al., 2005), 3) влияние фантазирования на появление уголовно-наказуемого поведения (Фелинская Н.И., 1968; Гурьева В.А. и соавт., 1994).

Заключение

Фантазирование — физиологический процесс, один из видов работы воображения. Фантазирование оперирует представлениями, построение которых осуществляется на основе анализа полученных ранее впечатлений и путем синтеза из них новых эмоционально значимых образов и событий в пространстве представлений индивидуума.

Регуляторная (защитная, компенсирующая) функция фантазирования является центральной. Фантазирование имеет онтогенетическое развитие.

Несмотря на то, что дети уделяют фантазированию больше времени, а с подросткового возраста его выраженность снижается, оно сохраняется всю жизнь, например, в виде повседневного фантазирования взрослых.

Приведенные в психиатрической литературе клинические описания случаев фантазирования можно сгруппировать в типовые варианты на основе схожести содержания, внешних проявлений, достигаемой цели и направленности. Однако

терминология, используемая разными авторами как в нашей стране, так и за рубежом, различается. Данное обстоятельство требует определения ряда ключевых понятий и дефиниции терминов в области исследований состояний патологического фантазирования у детей и подростков.

Дифференциация патологических форм фантазирования от непатологических остается сложной задачей. С конца XIX века предпринимаются шаги по объединению клинически значимых форм фантазирования в единое понятие (*pseudologia phantastica*, *la mythomanie*, синдром патологического фантазирования, синдромы фантазирования, синдром фантазирования). При этом ранее не поднимался вопрос, что может обуславливать клиническую значимость фантазирования в общем смысле — для всех его форм.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В соответствии с целью и задачами работы дизайн настоящего исследования представлял собой ретроспективное исследование группы здоровых людей и группы лиц с клинически значимыми формами активного воображения.

Поскольку при исследовании разных групп решались различные задачи исследования, требуя использования разных методологических подходов и инструментов, при планировании дизайна, работа была разделена на два этапа с созданием для каждого этапа соответствующей исследовательской программы:

1 этап. Исследование физиологического фантазирования у детей и подростков общеобразовательных садов и школ на материале, полученным путем анкетированного опроса родителей.

2 этап. Исследование клинически значимых форм активного воображения детей и подростков, на материале пациентов детского психиатрического отделения.

2.1 Материал и методы первого этапа исследования

С целью исследования количественных и динамических характеристик вариантов фантазирования здоровых детей и подростков был проведен анкетированный опрос родителей. Анкеты выдавались родителям сплошным способом в общеобразовательных ДДУ и школах. Исследование проводилось с апреля по июнь включительно в 2017 году.

Базами анкетированного опроса родителей условно здоровых детей и подростков стали:

- ГБДОУ детский сад № 11 Приморского района Санкт-Петербурга;
- ГБДОУ Детский сад № 18 комбинированного вида Пушкинского района Санкт-Петербурга, МОУ СОШ № 5 г. Всеволожска Ленинградской области;
- МБОУ «Кингисеппская средняя общеобразовательная школа № 2» г. Кингисеппа Ленинградской области;

- МБОУ «Кингисеппская средняя общеобразовательная школа № 4» г. Кингисеппа Ленинградской области;
- МБОУ «Кингисеппская средняя общеобразовательная школа № 6» г. Кингисеппа Ленинградской области.

Критериями включения исследуемых в группу изучения физиологического фантазирования у детей и подростков были: 1. возраст от 3 до 17 лет включительно; 2. обучение по общеобразовательной программе в детских садах или школах.

Критериями невключения были: 1. возраст младше 3 и старше 18 лет; 2. наблюдение психиатром; 3. отказ законного представителя ребенка от участия в исследовании или незаполненное согласие на исследование.

Из исследования исключались недостаточно заполненные анкеты, в частности, с пустыми полями «пол», «возраст», «вид образовательного учреждения», «наличие микросоциальной дезадаптации».

Группу изучения физиологического фантазирования у детей и подростков составили данные 438 анкет, возраст детей анкетированных родителей 3-17 лет, возрастной диапазон 14 лет. Средний возраст ($M \pm \sigma$) составил $9 \pm 3,5$ лет, медиана (Me) 9 лет. Анкетированных мальчиков — 46%, девочек — 54%.

Распределение условно здоровых детей и подростков по полу и возрасту представлено в таблице 2.1.2. При расчетах процентных отношений за целое принималось количество всех детей анализируемой группы.

Таблица 2.1.1. Распределение опрошенных по полу и возрастным группам

	Всех детей	Мужского пола	Женского пола	Детей 3-5 лет	Детей 6-8 лет	Детей 9-11 лет	Детей 12-14 лет	Детей 15-17 лет
Абсолютное число	438	203	235	92	110	109	93	34
Процент от всех анкет	100%	46%	54%	21%	25%	25%	21%	8%

Методы исследования. На первом этапе ставилось целью получение новой теоретической информации. Для удовлетворения требованию стандартизации исследования разработано структурированное интервью и анкета для родителей условно здоровых пациентов, имеющие в своей основе эквивалентные признаки и принципы описания.

Метод исследования — сплошного прямого индивидуального анкетированного опроса родителей детей и подростков ДДУ и СОШ Санкт-Петербурга и Ленинградской области.

Структура анкеты: вводная часть — содержит в доступной форме информацию для родителей о сути исследования и порядке заполнения анкеты; согласие на участие в исследовании; «паспортичка» содержит поля — пол, возраст, форма организации ребенка (сад или школа); основная часть содержала вопросы о наличии или отсутствии микросоциальной адаптации ребенка, возрасте и содержании начала фантазирования, вариантах фантазирования с указанием возраста начала и продолжительности, источниках фантазирования, внешнем проявлении и возможных целях фантазирования, влиянии на настроение и поведение, заинтересованности в консультации специалистов по вопросу фантазирования ребенка.

Анкета состояла из трех листов — двух одинаковых с вводной частью и согласием (один подписанный лист родители оставляли себе, второй подписанный лист возвращали анкетирующему лицу, вместе с заполненной анкетой). Большая часть вопросов носила полузакрытый и открытый характер, что давало респондентам возможность ответить по-своему.

Варианты фантазирования для включения в анкету отбирались на основе вариантов фантазирования, приводимых в научной литературе, а также на основе собственных исследований типологии фантазирования (Макаров И.В., Кравченко И.В., 2010, 2013; Макаров И.В., 2013). Формулирование вариантов учитывало необходимость доступности для понимания неподготовленным представителем ребенка, что обусловило неполное совпадение формулировок с принятыми в

научной литературе, относительно большое количество предложенных родителям вариантов.

Предлагаемая последовательность вопросов в анкете выстраивалась с учетом необходимости помочь респондентам актуализировать нужные воспоминания о фантазировании их детей и его возрастной динамике. Применялся принцип «от общего к частному», от менее специфического к более специфическому. Вопросы были сгруппированы в смысловые блоки охватывающие разные аспекты физиологического фантазирования (начало, вариативность, источник сюжета, мотивационное обоснование, внешнее проявление, направленность, жалобы и заинтересованность в консультации специалиста).

Результаты анкетированного опроса заносились в специально разработанную компьютерную базу данных на основе LibreOffice Base, с целью минимизации ошибок ввода и формализации. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием программной системы IBM SPSS Statistics Версия 26. Для изучения связей между дихотомическими переменными использовался ϕ -коэффициент корреляции Пирсона, между интервальной переменной и дихотомическими использовался точечно-бисериальный коэффициент корреляции (r_{pb}), между интервальными переменными, не имеющими нормального распределения, использовался коэффициент корреляции Спирмена (ρ). Достоверность различий между показателями несвязанных выборок оценивалась для непараметрических данных на основании U-критерия Манна-Уитни. Корреляционная связь оценивалась с учетом уровня статистической значимости не менее 0,05.

2.2 Материал и методы второго этапа исследования

Клиническая база исследования: отделение детской психиатрии федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М.

Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева). Исследование проводилось в 2005-2019 гг.

Для сопоставимости данных при сравнении двух исследуемых групп, вопросы анкеты для родителей здоровых детей (I этап исследования) и структурированного интервью пациентов (II этап исследования) формулировались таким образом, чтобы иметь максимально эквивалентное содержание, касающееся фантазирования – его варианты, условия и характерные сопровождающие особенности, влияние на поведение, настроение, микросоциальное функционирование.

Отбирались пациенты, фантазирование которых отражалось в жалобах родителей при госпитализации, а также такие дети, у которых в процессе клинического наблюдения потребовалось проведение дифференциальной диагностики фантазирования с продуктивной психотической симптоматикой. Эти два аспекта и составили клиническую значимость фантазирования.

Для реализации задач II этапа было обследовано 182 пациента в возрасте 3-17 лет с различными проявлениями фантазирования, получавших помощь в отделении детской психиатрии. Среди обследованных пациентов 126 мужского пола (69%) и 56 женского (31%). Пациенты разных полов были представлены в группе неравномерно ($p < 0,5$ по биномиальному критерию). Средний возраст (Me) 9 лет, интерквартильный размах 7-12. Средний возраст мальчиков составил (Me) 10 лет, средний возраст девочек составил 8 лет.

В динамике наблюдались 82 обследованных (76%); катамнез составил от 1 года до 15 лет, значение медианы составило 2 года (интерквартильная широта от 1 до 4 лет).

Критериями включения пациентов в группу были: 1. возраст стационарных пациентов 3-17 лет включительно; 2. наличие у пациента особенностей фантазирования, ставших причиной его госпитализации, либо потребовавших проведения дифференциальной диагностики с продуктивной психотической симптоматикой.

Критерии невключения пациентов из группы: 1. возраст младше 3 лет или старше 18 лет; 2. отсутствие указаний на фантазирование пациента; 3. уровень интеллекта ниже умеренной умственной отсталости; 4. невладение русским языком на бытовом уровне.

Соотношение мальчиков и девочек представлено в таблице 2.1.1.

Таблица 2.2.1 — Соотношение по полу исследованных пациентов с клинически значимыми формами активного воображения (КЗФ АВ)

	Все исследованные	Мужского пола	Женского пола
Абсолютное число	182	126	56
Процент	100%	69%	31%

Средний возраст (Me) 9 лет, интерквартильный размах 7-12. Среди обследованных пациентов 126 мужского пола (69%) и 56 женского (31%). Пациенты разных полов были представлены в группе не равномерно ($p < 0,5$ по биномиальному критерию). Средний возраст мальчиков составил (Me) 10 лет, средний возраст девочек составил 8 лет. Данные описательной статистики исследуемых пациентов по возрасту с учетом пола представлены в таблице 2.1.2

Таблица 2.2.2 — Данные описательной статистики по возрасту на момент обращения пациентов в связи с клинически значимыми формами активного воображения

	Все пациенты	Мужского пола	Женского пола
Минимальное значение	3	3	3
Максимальное значение	17	17	17

Диапазон	14	14	14
Медиана (Me)	9	10	8
Интерквартильный размах	7 — 12	7 — 12	6 — 12

С целью выявления влияния основной нозологии на особенности фантазирования исследуемых пациентов были выделены диагностические категории. Частотная и содержательная характеристика диагностических категорий приведены в таблице 2.1.3.

Таблица 2.2.3 — Частотное соотношение диагностических категорий исследованных пациентов с клинически значимыми формами активного воображения

Диагностические категории	Все исследованные	Варианты кодов МКБ-10
Умственная отсталость	23%	F70.09; F71.1; F79
ЗПР	15%	F06.7; F06.828; F83
Детский аутизм	8%	F84.01
Стойкие нарушения поведения	6%	F06.828; F07.8; F92.8
Расстройства личности	6%	F60.4; F61.1
Эпилепсия	6%	F02.824; F06.828
ОКР	5%	F42.0; F06.828
Нарушение адаптации	3%	F06.828; F43.25
Психоорганический синдром	2%	F07.9

Шизофрения	2%	F20.014; F20.8
Аффективные психозы	2%	F32.8; F34.0
Другая диагностическая категория	23%	F06.828; F06.06; F07.8; F68.1; F80.1; F90.0; F95.1

Методы исследования. В настоящем исследовании для решения поставленных задач применялись клинико-психопатологический, клинико-катамнестический и экспериментально-психологический методы.

В рамках первого визита на основе структурированного интервью проводился сбор жалоб, анамнеза и особенностей фантазирования, а также оценка психического статуса пациента клинико-психопатологическим методом (беседа с законным представителем пациента, наблюдение за поведением ребенка и беседа с ним). В течение последующих 10 дней пациенту проводился ряд психологических тестовых методик и логопедическое обследование. При необходимости, по показаниям основного заболевания проводились инструментальные методы исследования (ЭЭГ, МРТ головного мозга). Длительность первичного наблюдения за пациентом составила от 14 дней до одного месяца. У пациентов с суицидальными попытками для выявления соответствующих фантазий использовалось дополнительное специально разработанное структурированное интервью. Оценка динамики клинически значимых форм фантазирования и других катамнестических данных производилась на 6-й и 12-й месяцы в форме беседы на основе соответствующего структурированного интервью.

Экспериментально-психологический метод обследования включал применение следующих психологических методик: детский вариант теста Векслера (WISC, адаптированный А.Ю. Панасюком, 1973); методика

«Недостающие предметы» (Белопольская Н.Л., 2008); метод исключения четвертого лишнего (Белопольская Н.Л., 2009); складывание пирамидки, «разрезной картинки», «доски Сегена» (Левченко И.Ю., 2000); корректурная проба, детский вариант (Ахмедьянова З.И., 2005). С целью определения уровня тревожности использовались следующие психологические методики: тест Люшера — определялся бал тревожности и уровень психического напряжения (Карманов А.А., 1999), опросник Кеттела значение по шкале тревожности (Капустина А.Н., 2001), шкала тревожности Спилберга-Ханина (Батаршев А.В., 2005), для детей дошкольного и младшего школьного возраста тест тревожности «Выбери нужное лицо» Р. Тэмпл, В. Амен, М. Дорки (Дерманова И.Б., 2002).

В связи с незавершённостью психического развития ребенка тестовые методики для определения типа характера становятся актуальными с подросткового возраста. С этой целью проводились методики «Патохарактерологический диагностический опросник» А.Е. Личко (Иванов Н.Я., 1994).

Суждение о склонности ребенка к фантазированию, его причинах, основных темах фантазий, направленности фантазирования (на удовлетворение лично себя или на впечатление окружающих) — наиболее объективно в рамках стационарного обследования при наблюдении за произвольным поведением ребенка или в ситуациях активного провоцирования на фантазирование.

Для диагностики склонности ребенка к псевдологии особенно важным является изучение черт характера и их выраженности, что в детском возрасте имеет сложность в связи с незрелостью личности, поэтому не имеет тестовых методик и должно основываться в первую очередь на достаточном ежедневном непосредственном наблюдении за ребенком детского психиатра.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием программной системы IBM SPSS Statistics, версия 26. Для изучения связей между дихотомическими переменными использовался ϕ -коэффициент корреляции Пирсона, между интервальной переменной и

дихотомическими использовался точечно-бисериальный коэффициент корреляции (r_{pb}), между интервальными переменными, не имеющими нормального распределения, использовался коэффициент корреляции Спирмена (ρ). Достоверность различий между показателями несвязанных выборок оценивалась для непараметрических данных на основании U-критерия Манна-Уитни. Корреляционная связь оценивалась с учетом уровня статистической значимости не менее 0,05.

ГЛАВА 3. ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ФАНТАЗИРОВАНИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

3.1. Особенности начала детского фантазирования

Возраст, с которого родители начали отмечать фантазирование своих детей по данным анкет, отмечен от 1 года до 12 лет, среднее значение возраста начала фантазирования: в среднем (Me) — 4 года, наиболее часто указываемый в качестве начала фантазирования возраст (Mo) — 3 года. Статистически достоверного различия в зависимости от пола ребенка нет (таблица Б.3.1.1), интерквартильный размах (75%) 3-5 лет, (95%) 2-7 лет (таблица Б.3.1.2).

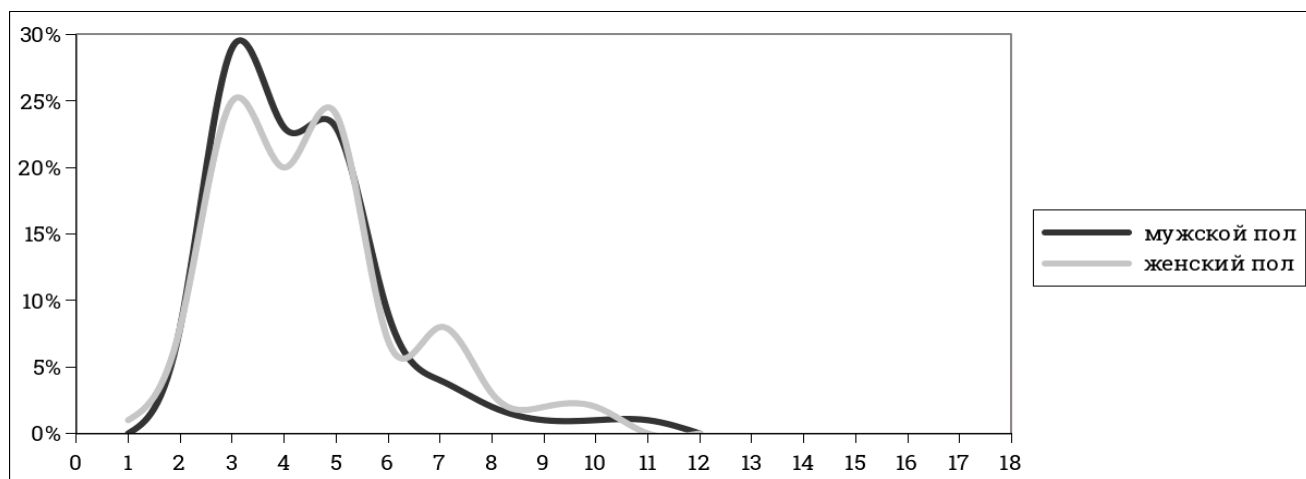
Раннее начало фантазирования: в возрасте одного года встречается спорадически — 2 анкеты (0,5%); в 2 года — 33 анкеты (4%). В случае начала в 1 год фантазирование всегда происходит с непосредственной опорой на предмет (кукла, машинка), с 2 лет помимо проявления воображения связанного с изучением значения предмета и копированием поведения взрослых, в ряде случаев отмечается достаточно сложное словесное оформление сюжета выдуманной истории, например, придумывание сказки.

Обращает на себя внимание увеличение диапазона значений начала фантазирования у девочек за счет небольшого количества крайних значений начала у них фантазирования (таблица Б.3.1.2) — это 1 год (два случая) и 12 лет (один случай). Ранее начало фантазирования в 2 года представлено сопоставимым количеством мужского (45%) и женского пола (55%).

Интересным представляется наглядное представление (диаграмма 3.1.1) возраста начала фантазирования, в виде процентного количества анкет, указывающих на определенный возраст начала фантазирования. Кривые для мужского пола и женского пола передают однотипные тенденции: имеется один мощный подъем, соответствующий значениям 2-6 лет, на вершине которого имеются два зубца в 3 года и 5 лет. Учитывая субъективное влияние масштаба диаграммы на её восприятие, было исследована дисперсия и

среднеквадратическое отклонение возраста начала фантазирования. Полученные значения для всех детей дисперсии — 3,2 и среднеквадратического отклонения — 1,8 подтверждают визуальное впечатление.

Диаграмма 3.1.1 — Возраст начала фантазирования лиц мужского и женского пола



Таким образом, фантазирование начинает проявляться в возрасте 2-7 лет, чаще всего около 3 лет, вне зависимости от пола.

3.2. Характеристика вариантов фантазирования

Родителям было предложено отметить варианты фантазирования их детей из 15 предложенных:

- фантазии на тему благ, успеха, модных аксессуаров;
- фантазирование на темы сюжетов мультфильмов, книг, фильмов;
- выдумывание сложных историй о вымышленном мире, вымышленном друге, либо другим сюжетом;
- вызывание ясных образов, которые воспринимаются ребёнком как реальные;
- перевоплощение в героя или животное с соответствующей имитацией их поведения;
- выдумки, близкие ко лжи как с умыслом, так и бесцельные небылицы;
- поток легко сменяющихся друг друга коротких фантазий, с перепрыгиванием с темы на тему;

- фантастическая бравада (хвастовство) особыми возможностями;
- оговоры других или самооговоры в вымышленных криминальных отношениях, сексуальном насилии, позиционируемые ребёнком как реальные события;
- фантазирование на тему особых увлечений, на которых ребёнок длительно фиксируется;
- рисование схем, проектов, изобретений с фантазиями на тему увлечений;
- фантазирование на тему своей болезни или недостатков;
- выдумывание у себя болезни и вживание в роль больного;
- агрессивные фантазии;
- фантазии на тему самоубийства или своей смерти;
- свой вариант фантазирования.

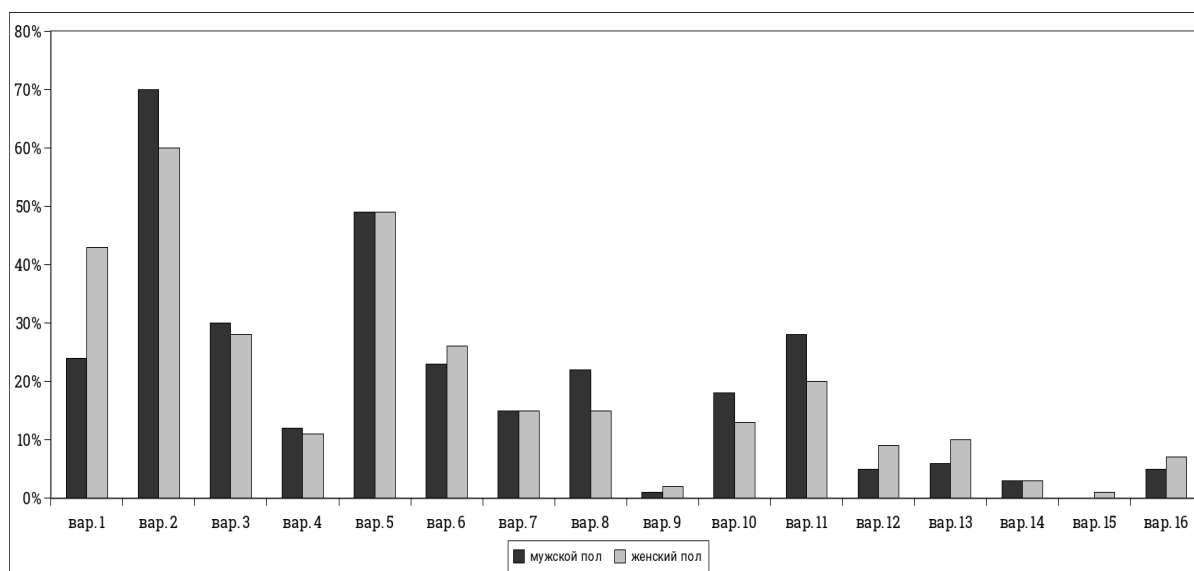
При необходимости родители могли описать дополнительные варианты фантазирования.

Долевое соотношение вариантов фантазирования в анкетах приведена в таблице Б.3.2.1.

Варианты физиологического фантазирования встречаются с неравной частотой от 67% до 0,5% анкет. Наибольший интерес с точки зрения частоты встречаемости представляют наиболее распространенные и редкие варианты. Варианты встречаемые в не менее трети анкет ($\geq 33\%$): фантазирование на темы сюжетов мультфильмов, книг, фильмов — 67%; перевоплощение в героя или животное с соответствующей имитацией их поведения — 50%; фантазии на тему благ, успеха, модных аксессуаров — 35%. Наиболее редкими оказались варианты ($\leq 5\%$): агрессивные фантазии — 3%; оговоры других или самооговоры себя в вымышленных криминальных отношениях, сексуальном насилии, позиционируемые ребёнком как реальные события — 2%; фантазии на тему самоубийства или своей смерти — 0,5%. Остальные варианты фантазий отмечены в 29 — 12% анкет.

Наглядно доля различных вариантов фантазирования приведена на диаграмме 3.2.1.

Диаграмма 3.2.1 — Долевое соотношение вариантов физиологического фантазирования у детей и подростков



Легенда к диаграмме 3.2.1:

вар. 1 — фантазии на тему благ, успеха, модных аксессуаров;

вар. 2 — фантазирование на темы сюжетов мультфильмов, книг, фильмов;

вар. 3 — выдумывание сложных историй о вымышленном мире, вымышленном друге, либо другим сюжетом;

вар. 4 — вызывание ясных образов, которые воспринимаются ребёнком как реальные;

вар. 5 — перевоплощение в героя или животное с соответствующей имитацией их поведения;

вар. 6 — выдумки, близкие ко лжи как с умыслом, так и бесцельные небылицы;

вар. 7 — поток легко сменяющих друг друга коротких фантазий, с перепрыгиванием с темы на тему;

вар. 8 — фантастическая бравада (хвастовство) особыми возможностями;

вар. 9 — оговоры других или самооговоры в вымышленных криминальных отношениях, сексуальном насилии, позиционируемые ребёнком как реальные события;

вар. 10 — фантазирование на тему особых увлечений, на которых ребёнок длительно фиксируется;

вар. 11 — рисование схем, проектов, изобретений с фантазиями на тему увлечений;

вар. 12 — фантазирование на тему своей болезни или недостатков;

вар. 13 — выдумывание у себя болезни и вживание в роль больного;

вар. 14 — агрессивные фантазии;

вар. 15 — фантазии на тему самоубийства или своей смерти;

вар. 16 — свой вариант фантазирования.

Желание выделить дополнительные варианты родители отметили в 2% анкет — это фантазирование во время ролевых игр, фантазирование о любви, фантазирование о будущем, фантазирование, связанное с испытываемым чувством ревности, фантазирование на тему произошедшей смерти близких. Значительную часть предложенных вариантов фантазирования можно было бы отнести к варианту фантазий на тему благ и успеха.

Средние значения одновременно отмеченных в анкете вариантов фантазирования представлены в таблице Б.3.2.2. Из таблицы видно, что имелись анкеты, вне зависимости от пола и возраста, в которых не отмечалось ни одного варианта фантазирования. В среднем одновременно родители отмечали у своих детей 3 варианта, с интерквартильным размахом 1 — 4 варианта. С возраста 12-17 лет наблюдается снижение одновременно отмечаемых вариантов, медиана — 2. По мере взросления последовательно снижается диапазон количества вариантов с 15 до 9 — 11 в возрастной период 3 до 15 лет. Имеется половое различие в диапазоне количества вариантов, среди женского пола диапазон количества вариантов шире — 15, среди мужского пола — 11.

При изучении распределения вариантов фантазирования по полу (таблица Б.3.2.3), можно отметить следующие особенности: 1) отсутствуют половые различия для вариантов — перевоплощение в героя или животное с соответствующей имитацией их поведения, выдумки, близкие ко лжи, с умыслом

и бесцельные небылицы, легко провоцируемые фантазии с нестойким сюжетом, вызывание ярких реалистичных образов в моменты фантазирования, агрессивные фантазии; 2) варианты чаще встречаемые среди анкет мужского пола — рисование схем, проектов, изобретений с фантазиями на тему увлечений, фантастическая бравада (хвастовство) особыми возможностями, фантазирование на тему особых увлечений, на которых ребенок длительно фиксируется; 3) варианты чаще встречаемые среди анкет женского пола — фантазии на тему благ, успеха, модных аксессуаров, выдумывание историй со сложным сюжет на тему вымышленного друга или вымышленного мира, фантазирование на тему своей болезни или недостатков, выдумывание у себя болезни и вживание в роль больного, оговоры других или самооговоры себя в вымышленных криминальных отношениях, сексуальном насилии, позиционируемые ребёнком как реальные события, фантазии на тему самоубийства или своей смерти.

Представление вариантов фантазирования по мере уменьшения половых различий, учитывалась разница в 1,4 раза и больше ($p > 0,5$ по критерию U Манна-Уитни).

Превалирование у мальчиков — фантастическая бравада (хвастовство) особыми возможностями в 1,5 раза ($p > 0,5$ по критерию U Манна-Уитни); фантазирование на тему особых увлечений, на которых ребенок длительно фиксируется в 1,4 раза ($p > 0,5$ по критерию U Манна-Уитни); рисование схем, проектов, изобретений с фантазиями на эту тему в 1,4 раза ($p > 0,5$ по критерию U Манна-Уитни).

Превалирование у девочек — оговоры других или самооговоры себя в вымышленных криминальных отношениях, сексуальном насилии, позиционируемые ребёнком как реальные события в 2 раза ($p > 0,5$ по критерию U Манна-Уитни); фантазии на тему благ, успеха, модных аксессуаров в 1,8 раз ($p > 0,5$ по критерию U Манна-Уитни); фантазирование на тему своей болезни или недостатков в 1,8 раз ($p > 0,5$ по критерию U Манна-Уитни); выдумывание сложных историй на сюжет вымышленного мира в 1,7 раз ($p > 0,5$ по критерию U Манна-

Уитни); выдумывание у себя болезни и вживание в роль больного в 1,7 раз ($p > 0,5$ по критерию U Манна-Уитни). Как можно видеть по числовому представлению отношений, различие ярче подчеркнуто среди вариантов более характерных для женского пола.

Для уточнения возрастной динамики вариантов фантазирования в анкетированном вопросе у родителей уточнялся возраст начала и длительность предложенных вариантов, полученные средние значения представлены в таблице Б.3.2.4.

Самое раннее упоминание родителями любого из вариантов фантазирования приходится на возраст 1-4 года, а среднее значение 4-6 (медиана). Возраст начала фантазирования в 1 год отмечен только для варианта — фантазирования на темы сюжетов мультфильмов, книг, фильмов — и является редким, таких случаев три (два мужского пола и одна женского). Варианты фантазирования с наиболее ранним формированием: фантазирование на темы сюжетов мультфильмов, книг, фильмов и перевоплощение в героя или животное с соответствующей имитацией их поведения. Варианты фантазирования с наиболее поздним формированием: фантазии на тему самоубийства или своей смерти и рисование схем, проектов, изобретений с фантазиями на эту тему. В остальных случаях, учитывая, что временные показатели начала (минимальное значение и медиана) близки, а диапазон значений широк, выявить характерные возможности не представилось возможным.

Продолжительность актуального состояния вариантов фантазирования 1-2 года. В случае варианта фантазий на тему самоубийства или своей смерти продолжительность актуального состояния не достигала года.

Интересным представляется изменение количества анкет, в которых не отмечено ни одного варианта фантазирования у ребенка (таблица Б.3.2.5). По мере увеличения возрастной группы наблюдается последовательное (на 2- 4%) увеличение их числа, за исключением возрастной группы 15-17 лет для которой отмечается резкое увеличение числа анкет с не отмеченными вариантами в 4,75

раз ($p > 0,1$ по критерию U Манна-Уитни). Указанная возрастная закономерность может отражать снижение актуальности фантазирования с возрастом.

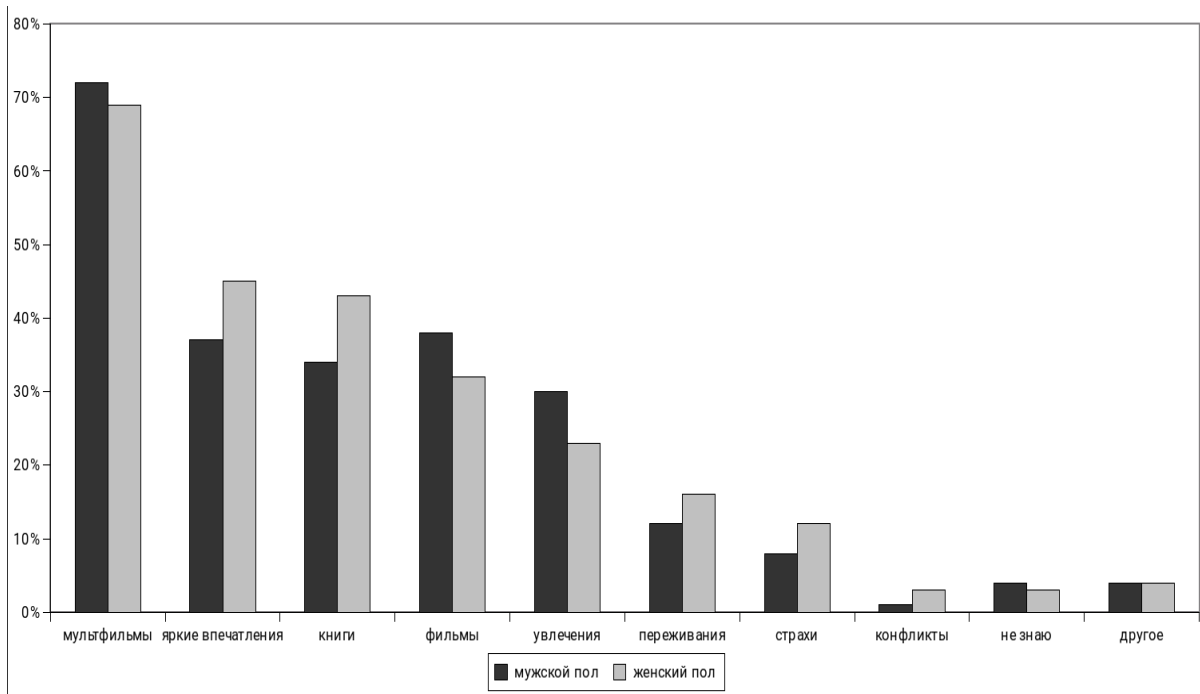
3.3. Характеристика источников сюжета фантазирования

В среднем 10% родители не отмечают изменений в фантазировании с возрастом, в 58% родители отмечают изменение тем, на которые фантазируют дети по мере взросления, в 32% анкет отмечается изменение сложности сюжетной линии (таблица Б.3.3.1). По возрастным группам и между полами, эти показатели сопоставимы. В 22% анкет родители отмечают изменение продолжительности уделяемого фантазированию времени, при чем по мере увеличения возрастной группы отмечается последовательное снижение количества утвердительных ответов об увеличении времени, затрачиваемого детьми на фантазирование и постепенное увеличение частоты утвердительных ответов об увеличении времени, затрачиваемого детьми на фантазирование.

В качестве источников для сюжета фантазий предлагались варианты: мультфильмы, яркие впечатления, книги, фильмы, увлечения, переживания, страхи, конфликты. Родители могли выбрать пункт «не знаю» или написать свой вариант. Полученные результаты в среднем, по полу и возрастным группам представлены в таблице Б.3.3.2.

Источники сюжетов фантазий в процентном соотношении, по мере убывания, для всей совокупности анкет продемонстрированы в диаграмме 3.3.1.

Диаграмма 3.3.1 — Долевое соотношение источников сюжета фантазий у детей и подростков



Отмечены следующие возрастные особенности: по мере увеличения возрастной группы выбор в качестве источников вариантов — мультфильмы, яркие впечатления, книги — снижается; представленные варианты являются наиболее популярными, и тенденция к снижению их выбора в качестве источника может отражать общее снижение значения фантазирования для детей и подростков с возрастом. Процентное выражение прочих источников сюжетов фантазий не демонстрирует явной тенденции к последовательному возрастному изменению, а имеют свои возрастные максимумы: фильмы 9-11 лет, увлечения 6-8 лет, переживания 6-8 лет, страхи 6-11 лет, конфликты 6-11 и 15-17 лет.

Отмечаются различия между мальчиками и девочками. Для девочек - выше процент таких источников, как яркие впечатления, книги, переживания страхи, конфликты. Для мальчиков - увлечения и фильмы.

Ответы «не знаю» в отношении источника сюжета фантазий — 3%, без значимого полового различия. Для возрастной группы 3-5 лет ответов «не знаю» не было. Другой источник был отмечен в 4% анкет, родителями были предложены

варианты: информация в интернете, из бесед с родственниками, другими взрослыми и общения со сверстниками, из ролевых и компьютерных игр, из тематики запретов.

3.4. Характеристика направленности фантазирования

С целью изучения направленности фантазирования родителям задавался прямой вопрос о том, для себя или для окружающих фантазирует ребенок, также уточнялись сопутствующие особенности поведения — ищет ли ребенок уединения в процессе фантазирования или предпочитает попасть в центр внимания окружающих.

Доля анкет, в которых отмечен пункт «ребёнок фантазирует только для себя» или «ребёнок фантазирует только для окружающих» — 0%. Доля анкет, в которых направленность имеет преимущественный характер — 44%, а доля анкет, в которых отмечен вариант «тем и другим образом примерно в равной мере» — 45%. Вариант направленности фантазирования преимущественно «для себя» отмечается имеет половое различие — более характерен для женского пола в 1,4 раза ($p > 0,5$ по критерию U Манна-Уитни), прямолинейной возрастной закономерности не отмечается. Вариант направленности фантазирования преимущественно «для окружающих» не имеет полового различия, но имеет нисходящую возрастную динамику: по мере взросления доля варианта снижается в 1,7 раз за возрастные периоды от 3-5 лет до 15-17 лет ($p > 0,5$ по критерию U Манна-Уитни). Это признак скорее общебиологического закона, чем типового (конституционального). Наблюдение позволяет сделать вывод: фантазирование преимущественно для окружающих — свойство незрелой личности и по мере взросления его выраженность снижается.

Особенности поведения ребенка и подростка, отражающие направленность его физиологического фантазирования, приведены в таблице Б.3.4.2. Получены результаты: в 46% случаев ребенок не демонстрирует предпочтения и в разных ситуациях поступает по разному примерно в равной мере, что оценивалось как случаи без превалирующей направленности фантазирования; в 30% случаев

ребенок старался попасть в центр внимания окружающих, что оценивалось как случаи с преимущественной направленностью фантазирования на окружающих; в 13% случаев ребенок старался уединиться, что оценивалось как случаи с преимущественной направленностью фантазирования на себя.

Выявлены следующие различия в зависимости от пола ребенка: отсутствие преимущественной направленности фантазирования у мальчиков встречается несколько чаще в 1,3 раза ($p > 0,5$ по критерию U Манна-Уитни), а девочки чаще предпочитают фантазировать преимущественно для себя в 1,6 раз ($p > 0,5$ по критерию U Манна-Уитни), фантазирование, направленное преимущественно на внимание окружающих, не имеет различий в зависимости от пола.

Направленность фантазирования имеет возрастную динамику: по мере взросления возрастает доля тех, кто стремится к уединению увеличиваясь в 3,4 раза за возрастные периоды от 3-5 лет до 15-17 лет ($p > 0,5$ по критерию U Манна-Уитни) и снижается доля тех, кто стремится попасть в центр внимания окружающих в процессе фантазирования в 3 раза за возрастные периоды от 3-5 лет до 15-17 лет ($p > 0,5$ по критерию U Манна-Уитни). Примечательно, что количество ответов «тем и другим образом примерно в равной мере» по мере взросления снижается в 2,2 раза за возрастные периоды от 3-5 лет до 15-17 лет ($p > 0,5$ по критерию U Манна-Уитни), что может свидетельствовать в пользу того, что описанная выше динамика содержит биологическую закономерность.

В 4% случаев родители выбрали свой вариант направленности фантазирования: для себя и для напарника игры, со-фантазирование во время совместных игр, фантазирование, направляемое родителем; направленность на других может появляться на фоне хорошего настроения или заинтересованности слушателей, на близкий круг людей (друзья, родители).

3.5. Характеристика двигательной активности во время фантазирования

Изучалась распространение двух обобщенных типов внешнего проявления фантазирования: со снижением двигательной активности («спокойно сидит или лежит») и повышением («расхаживает и жестикулирует») в процессе

фантазирования, результаты представлены в таблице Б.3.5.1. Получены результаты: детей, у которых родители наблюдают оба типа поведения в процессе фантазирования — 49%; предпочитающих спокойно сидеть или лежать — 18%; предпочитающих активно двигаться и жестикулировать — 17%.

Выявлены следующие различия в зависимости от пола ребенка: возможность обоих типов внешнего проявления фантазирования незначительно более характерна для мальчиков (1,2 раза; снижение двигательной активности более характерно для девочек (в 1,5 раза); усиление двигательной активности более характерно для мальчиков (в 1,5 раза). Эти различия явились статистически значимыми ($p < 0,05$).

Двигательная активность во время фантазирования имеет возрастную динамику: частота ответа «спокойно сидит или лежит» во время фантазирования с возрастом доля возрастает в 3,4-4 раз за возрастные периоды от 3-5 лет до 15-17 лет ($p > 0,5$ по критерию U Манна-Уитни), частота ответа «рассаживает и жестикулирует» с возрастом снижается в 7 раз за возрастные периоды от 3-5 лет до 15-17 лет ($p > 0,1$ по критерию U Манна-Уитни). Примечательно, что количество ответов «бывает по-разному» по мере взросления снижается в 2,4 раза за возрастные периоды от 3-5 лет до 15-17 лет ($p > 0,5$ по критерию U Манна-Уитни), что может свидетельствовать в пользу того, что описанная выше динамика содержит биологическую закономерность.

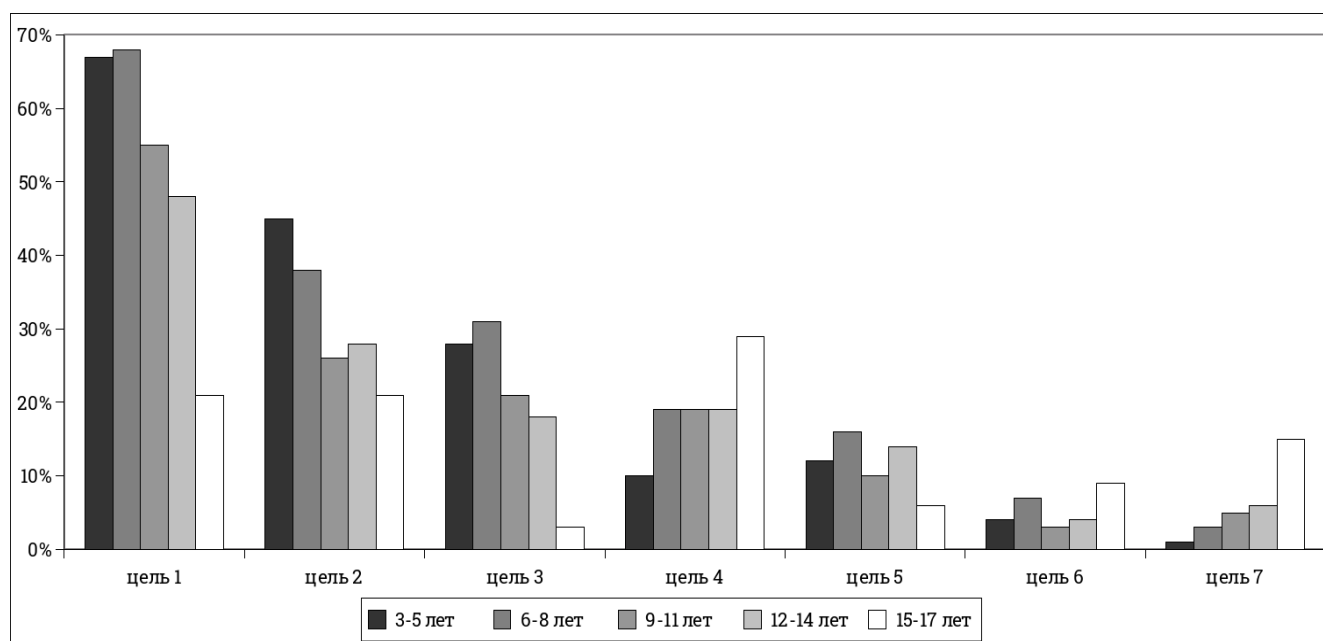
В качестве своего варианта двигательной активности в процессе фантазирования родители указали (6% от всех анкет): двигательная активность выглядит как игра, форма активности зависит от варианта и сюжета фантазирования, фантазирует засыпая, танцуя, снимая сюжет на видео, во время путешествий, уединяясь но при этом рассказывая выдуманную историю себе в слух, уединяясь в темноте.

3.6. Характеристика мотивационной составляющей фантазирования

С целью изучения мотивационной составляющей физиологического фантазирования, анкетиремым было предложено выбрать те цели, которых

достигает их ребенок в процессе фантазирования, или добавить свой вариант. Полученные данные по мере снижения популярности приведены в диаграмме 3.6.1.

Диаграмма 3.6.1 — Долевое соотношение целей, достигаемых в процессе фантазирования детьми и подростками, представленное по возрастным группам



Легенда к диаграмме 3.6.1:

цель 1 — развлекает себя;

цель 2 — стремится привлечь внимание окружающих;

цель 3 — стремится удивить слушателей;

цель 4 — получить в фантазии то, что хочет, но не получает в реальности;

цель 5 — самоутверждается;

цель 6 — компенсирует в фантазии то, в чем чувствует слабость;

цель 7 — замещает неприятную реальность приятными построениями воображения.

Среди предложенных в анкете целей фантазирования варианты «развлекает себя» (доля среди всех анкет — 57%), «самоутверждается» (доля среди всех анкет — 13%) имеют неспецифический смысл, при этом вариант «развлекает себя» является самым распространенным. Остальные варианты целей фантазирования можно условные разделить на три группы, мотивационный аспект которых ясен и

может трактоваться достаточно однозначно. Группа мотивации замещения (аутистическая) — включает вариант «замещает неприятную реальность приятными построениями воображения», её доля — 5%. Группа мотивации адаптации (компенсаторная) — «получить в фантазии то, что хочет, но не получает в реальности», «компенсирует в фантазии то, в чем чувствует слабость», её суммарная доля — 23%. Группа мотивации демонстративности (истерическая) — «стремится привлечь внимание окружающих», «стремится удивить слушателей» её суммарная доля — 56%.

Значимые различия в зависимости от пола ребенка выявлены для вариантов: «получить в фантазии то, что хочет, но не получает в реальности» — для девочек отметка чаще в 1,3 раза; «самоутверждается» — для мальчиков отметка чаще в 1,3 раза; «развлекает себя» — для мальчиков отметка чаще в 1,1 раз. Эти различия явились статистически значимыми ($p < 0,5$).

Возрастная динамика последовательного снижения доли отмечается для целей (за возрастные периоды от 3-5 лет до 15-17 лет): «стремится привлечь внимание окружающих» — снижение в 9 раз; «развлекает себя» — снижение в 3 раза. Возрастная динамика последовательного увеличения доли отмечается для целей (за возрастные периоды от 3-5 лет до 15-17 лет): «замещает неприятную реальность приятными построениями воображения» — увеличение в 15 раз; «получить в фантазии то, что хочет, но не получает в реальности» — увеличение в 3 раза. Эти различия явились статистически значимыми ($p < 0,1$ по критерию U Манна-Уитни).

В качестве своего варианта мотивационной составляющей фантазирования родители указали (3% от всех анкет): познание себя и окружающего мира; получение знаний через фантазию, сказку, рисунок; объяснение непонятных событий; манипуляция родителями для достижения необходимого себе решения.

3.7. Особенности провоцируемости фантазирования и возможности его переключения

Особенный интерес в отношении сравнения с клинически значимыми формами фантазирования имеют такие характеристики физиологического фантазирования как провоцируемость и переключаемость.

Данные анкетированных о том, насколько легко их дети провоцируются на фантазирование, приведены в таблице Б.3.7.1. Лиц, у которых нет легкости в провоцировании фантазирования, — 23%; лиц, легко провоцируемых — 63%, лиц, очень легко провоцируемых — 5%.

В отношении легкости провоцируемости фантазирования отмечаются различия в зависимости от пола ребенка: ответ «нет» чаще у мальчиков в 1,2 раза; легкая провоцируемость отмечается чаще у девочек в 1,2 раза; случаи, когда ребенка на фантазирование спровоцировать очень легко, в 3,5 раза чаще отмечаются у мальчиков. Эти различия явились статистически значимыми ($p < 0,5$ по критерию U Манна-Уитни).

Возрастная динамика последовательного увеличения доли отмечается для ответа «нет» в 4 раза (за возрастные периоды от 3-5 лет до 15-17 лет); для ответа «легко» провоцируется отмечается обратная динамика — последовательное снижение доли в 1,8 раз (за возрастные периоды от 3-5 лет до 15-17 лет). Эти различия явились статистически значимыми ($p < 0,5$ по критерию U Манна-Уитни).

Данные анкетированных о том, насколько легко их дети переключаются от фантазирования к насущным занятиям приведены в таблице Б.3.7.2. Лиц, которые на другую деятельность переключаются легко, — 68%; лиц, которые переключаются трудно, — 21%, лиц, которые очень трудно переключаются, — 2%.

В отношении легкости переключения на другую деятельность отмечаются различия в зависимости от пола пациента: ответ «трудно» чаще для мальчиков в 1,6.

Возрастная динамика последовательного увеличения доли отмечается для ответа «легко» переключается в 1,3 раза (за возрастные периоды от 3-5 лет до 15-17 лет); для ответа «трудно» переключается отмечается обратная динамика — последовательное снижение доли в 2,5 раза (за возрастные периоды от 3-5 лет до 15-17 лет). Эти различия явились статистически значимыми ($p < 0,5$ по критерию U Манна-Уитни).

3.8. Некоторые аспекты микросоциальной дезадаптации исследуемых лиц

Данные о нарушении микросоциальной адаптации в детском коллективе приведены в таблице Б.3.8.1. В вопросе, имеет ли ребенок трудности с адаптацией в детском коллективе, ответ «незначительные» отмечен в 21% анкет, ответ «значительные» в 0,7%. Имеются различия в зависимости от пола пациента: среди лиц с отметкой о незначительных нарушениях адаптации преобладает мужской пол в 1,4 раза ($p > 0,5$ по критерию U Манна-Уитни); отметка о значительных нарушениях адаптации среди мальчиков не встречается, среди девочек доля составляет 1%. Последовательного изменения долей с возрастом не отмечается.

Данные анкет, в которых отмечены случаи фантазирования, являющегося помехой коммуникациям и бытовой деятельности приведены в таблице Б.3.8.2. Доля родителей, которые не отмечают у своих детей затруднения коммуникации и бытовой деятельности в связи с фантазированием, — 83%. Суммарно анкет, в которых отмечено, что фантазирование мешает коммуникации и бытовую деятельность, — 11%, из них «мешает насущным занятиям» — 7%, «мешает общению с родителями и родственниками» — 2%, «мешает общению с другими детьми» — 2%. Учитывая незначительность доли влияния на затруднения в коммуникации, с целью избежать ошибок, анализ различий по полу и возрасту не проводился. Для варианта ответа «мешает насущным занятиям» у мальчиков больше в 1,6 раза ($p > 0,5$ по критерию U Манна-Уитни); возрастная динамика в виде последовательного увеличения доли в 3 раза (с 3% для 3-5 лет до 9% для 12-17 лет).

Данные о случаях фантазирования, оказавших отрицательное влияние на поведение и настроение приведены в таблице Б.3.8.3. Доля анкет, в которых отмечено отрицательное влияние фантазирования на настроение и поведение, составляет 7%, девочек больше в 2,3 раза ($p > 0,5$ по критерию U Манна-Уитни). Влияние фантазирования на настроение и поведение родители раскрыли в следующих примерах: ребенок раздражается, когда нарушают процесс фантазирования; ребенок может расстраиваться, если что-то не получалось во время фантазирования так, как он хотел; в процессе фантазирования ребенок может становиться понурым, замкнутым. Отдельно отмечено и позитивное влияние фантазирования на настроение: фантазирование с позитивным сюжетом может повышать настроение.

3.9. Заинтересованность родителей в профессиональной помощи в отношении особенностей фантазирования их детей

Данные об обращении родителей за профессиональной помощью в связи с особенностями фантазирования их детей представлены в таблице Б.3.9.1. Не обращались за помощью к специалистам по поводу особенностей фантазирования их детей — 95% опрошенных. Всего обращались за профессиональной помощью — 3%, из них к психологу — 2%, неврологу — 1%. Обращений к психиатру не отмечено. Учитывая незначительность доли обратившихся за профессиональной помощью по поводу фантазирования, с целью избежать ошибок, анализ различий по полу и возрасту проводить не целесообразно.

Данные о заинтересованности родителей в получении профессиональной помощи по поводу особенностей фантазирования их детей представлены в таблице Б.3.9.2. Заинтересованность в получении профессиональной помощи в отношении фантазирования их детей отсутствует у 95% родителей. Всего заинтересованность в профессиональной помощи по поводу особенностей фантазирования их детей высказало 4% родителей, из них в консультации психолога — 3%, консультации психиатра — 1%. Учитывая незначительность доли заинтересованных в получении профессиональной помощи по поводу

фантазирования, с целью избежать ошибок, анализ различий по полу и возрасту проводить не целесообразно.

3.10. Корреляционный анализ факторов пола и возраста с основными качественными характеристиками фантазирования

С целью уточнения особенностей физиологического фантазирования у детей и подростков в зависимости от пола и возраста, проведено исследование корреляционных связей дихотомической переменной «пол», интервальной переменной «возраст» с данными, полученными путем анкетированного опроса родителей, все полученные данные относились к дихотомической шкале. Результаты приведены в таблицах Б.3.10.1, Б.3.10.2.

Значимых корреляционных связей с исследуемыми переменными ($n=58$), полученными при формализации данных анкет, для переменной «возраст» выявилось в 3,4 раза больше, чем для переменной «пол».

Корреляции с переменной «пол». Изменение фантазирования по мере взросления с полом корреляционной связи не выявлено. Выявлены связи для вариантов фантазирования: фантазирование на темы сюжетов мультфильмов, книг, фильмов — вариант характерен больше для мальчиков (0,105 при $p<0,05$); фантазии на тему благ, успеха, модных аксессуаров — вариант характерен больше для девочек (-0,202 при $p<0,01$); фантастическая бравада (хвастовство) особыми возможностями — вариант характерен больше для мужского пола (0,094 при $p<0,05$). Источник сюжетов фантазий — связи не выявлено. Мотивационный компонент фантазирования — связи не выявлено. Выявлены связи для особенностей поведения во время фантазирования: для ребенка окружающая ситуация не принципиальна — вариант характерен больше для мальчиков (0,105 при $p<0,05$); расхаживает и жестикулирует — вариант характерен больше для мальчиков (0,094 при $p<0,05$). Направленность фантазирования как на себя, так и на окружающих примерно в равной мере более характерна для мальчиков (0,094 при $p<0,05$). Отрицательное влияние фантазирования на настроение и поведение более характерно для девочек (-0,096 при $p<0,05$).

Корреляции с переменной «возраст». Корреляция между возрастом и изменением фантазирования по мере взросления статистически значима для переменных: нет изменения (0,102 при $p < 0,05$); изменение тем (-0,116 при $p < 0,05$). Корреляция между возрастом и вариантами фантазирования статистически значима для вариантов: фантазирование на темы сюжетов мультфильмов, книг, фильмов (-0,181 при $p < 0,01$); перевоплощение в героя или животное с соответствующей имитацией их поведения (-0,330 при $p < 0,01$); выдумки, близкие ко лжи (-0,171 при $p < 0,01$) в том числе бесцельные небылицы (-0,106 при $p < 0,05$); фантастическая бравада (хвастовство) особыми возможностями (-0,124 при $p < 0,01$); поток легко сменяющих друг друга коротких фантазий, с перепрыгиванием с темы на тему (-0,119 при $p < 0,05$); оговоры других или самооговоры себя в вымышленных криминальных отношениях, сексуальном насилии, позиционируемые ребёнком как реальные события (-0,094 при $p < 0,05$). Корреляция между возрастом и источниками сюжетов фантазий статистически значима для источников: мультфильмы (-0,402 при $p < 0,01$); яркие впечатления (-0,222 при $p < 0,01$); книги при $p < 0,01$). Корреляция между возрастом и вариантами мотивационной составляющей фантазирования статистически значима для источников: развлекает себя (-0,244 при $p < 0,01$); стремится привлечь внимание окружающих (-0,157 при $p < 0,01$); стремится удивить слушателей (-0,167 при $p < 0,01$); замещает неприятную реальность приятными построениями воображения (0,129 при $p < 0,01$). Корреляция между возрастом и вариантами поведения сопровождающим процесс фантазирования статистически значима со всеми вариантами поведения: предпочитает уединиться (0,183 при $p < 0,01$); старается попасть в центр внимания окружающих (-0,166 при $p < 0,01$); для ребенка окружающая ситуация не принципиальна (-0,103 при $p < 0,05$); спокойно сидит или лежит (0,184 при $p < 0,01$); расхаживает и жестикулирует (-0,148 при $p < 0,01$); бывает по-разному, расхаживает или лежит (-0,129 при $p < 0,01$). Преимущественная направленность фантазирования не имеет корреляции с возрастом, в то же время вариант направленности фантазирования для себя и для

окружающих в равной мере коррелирует с возрастом (-0,168 при $p < 0,01$). Фантазирование не является помехой общению и насущным занятиям — имеется корреляционная связь с возрастом (-0,198 при $p < 0,01$). Поскольку точечно-бисериальный коэффициент корреляции имеет знак, но не имеет его трактовки, то полученные результаты для переменной возраст будут трактоваться с учетом анализа частот, проведенного в предыдущих главах.

Отдельно была исследована корреляция между возрастом на момент заполнения анкеты и возрастом начала фантазирования ребенка, обнаружена сильная положительная связь (r Спирмена 0,423 при $p < 0,01$), то есть чем старше ребенок на момент опроса, тем более поздний возраст начала фантазирования ребенка указывает родитель в анкете. Результат можно объяснить особенностями воспоминания родителями прошедшего события.

Таким образом, анализ корреляционных связей подтвердил закономерности, обнаруженные при проведении частотного анализа. Целесообразно выделить следующее. Проявление фантазирования ощутимо сильнее зависит от возраста нежели от пола. По мере взросления теряют свою актуальность такие варианты фантазирования как игровые перевоплощения, выдумки, близкие ко лжи, фантастическая бравада, легкая провоцируемость фантазирования и смена тем, все реже ребенок стремится попасть в центр внимания, стремится удивить слушателей, сопровождает фантазирование двигательной активностью. Все больше по мере взросления ребенок предпочитает фантазировать спокойно, все большее значение приобретает стремление заменить неприятную для него реальность построениями воображения. Образы и двигательная активность уступают место мысли, контролю и целенаправленности.

3.11. Обобщенная картина особенностей физиологического фантазирования у детей и подростков

Активное воображение участвует в психической деятельности человека на всем протяжении жизни, его онтогенез имеет количественные и качественные особенности. Происходит появление и нарастание фантазирования, которое затем

снижает выраженность и значимость, не исчезая полностью, в большей степени уступает место творческой деятельности.

Подавляющее большинство родителей (75%) начинают замечать проявления фантазирования у своих детей в период с 3 до 5 лет и практически все дети (95%) проявляют признаки фантазирования заметные родителям в диапазоне с 2 до 7 лет. Ранее начало в 1 год отмечается единичными случаями, его распространенность не достигает 1% и было отмечено только для лиц женского пола. Позднее начало также представлено единичными случаями: для мальчиков с 9 лет, для девочек с 11 лет. Вариативный диапазон возраста начала проявлений фантазирования шире для лиц женского пола. Начинает проявляться фантазирование с «опорой» воображения на предмет (преимущественно игрушку), но уже с 2 лет может появиться словесное оформление небольшой истории. В дальнейшем, по мере взросления ребенка, значение предмета в фантазировании падает, а значение истории, выраженной словами, растет.

Варианты фантазирования различаются в первую очередь не содержанием сюжета, а манерой его выражения. Разные варианты фантазирования встречаются с разной частотой. Наибольшее распространение имеют варианты фантазирования на темы впечатлявших сюжетов (мультфильмов, книг, фильмов) нередко с проигрыванием сцен, связанных с любимившимся героем, которое может доходить до уровня перевоплощения в значимого героя (или животное) с соответствующей имитацией их поведения. Эти варианты не только наиболее распространены, но и проявляются раньше остальных. Широкое распространение имеют фантазии на тему благ, успеха, модных аксессуаров. Наиболее редкими, но вызывающими особое внимание родителей являются варианты: агрессивные фантазии, фантазии на тему самоубийства и оговоры в сексуальных или криминальных отношениях. У одного ребенка чаще имеется несколько вариантов фантазирования одновременно, их количество после 12 лет уменьшается. Для девочек характерно большее разнообразие вариантов фантазирования. Часть вариантов фантазирования имеет различия в зависимости от пола ребенка. Варианты — рисование схем, проектов,

изобретений с фантазиями на тему увлечений, фантастическая бравада (хвастовство) особыми возможностями, фантазирование на тему особых увлечений, на которых ребенок длительно фиксируется — чаще встречаются среди мальчиков. Варианты — фантазии на тему благ, успеха, модных аксессуаров, выдумывание историй со сложным сюжетом на тему вымышленного друга или вымышленного мира, фантазирование на тему своей болезни или недостатков, выдумывание у себя болезни и вживание в роль больного, оговоры других или самооговоры себя в вымышленных криминальных отношениях, сексуальном насилии, позиционируемые ребёнком как реальные события, фантазии на тему самоубийства или своей смерти — чаще встречаются среди девочек. Значимость фантазирования и разнообразие его вариантов с возрастом падает, об этом можно судить на основании последовательного снижения числа одновременно отмечаемых родителями вариантов фантазирования и последовательного увеличения количества анкет, в которых не отмечен не один вариант фантазирования. Одновременно с этим развитие сюжета фантазий усложняется.

Интересно, как видят родители возрастную динамику фантазирования у своих детей. Фантазирование, как любой другой нормальный психический процесс, претерпевает изменение в онтогенезе, однако, в половине вопросов о динамике изменения фантазирования по мере взросления родители отмечают менее чем в одной трети случаев. С возрастом чаще всего меняются темы фантазий (58%), усложняется сюжетная линия (32%), но уменьшается уделяемое время (22%).

Источник сюжетов для фантазирования. Яркие впечатления жизни и особенно впечатлившие образы художественного-информационного содержания (мультфильмы, книги, фильмы) являются преимущественным источником фантазий. Увлечение имеют свою значимость. Наиболее редко источником являются события и образы, связанные с отрицательными эмоциональными переживаниями.

Направленность и мотивационная составляющая фантазирования. Не характерна строгая преимущественность направления в фантазировании (только для себя или только для окружающих), почти в половине ответов родители отмечают наличие обоих направлений в равной мере, такая же доля родителей отмечает преимущественную направленность в фантазировании детей. По мере взросления направленность фантазирования на окружающих последовательно становится реже. При оценке условий сопровождающих фантазирование, половине детей они не принципиальны (46%), треть детей стремится попасть в центр внимания окружающих (30%), уединения ищет заметная, но небольшая часть детей (13%). По мере взросления доля ищущих внимания снижается, а доля стремящихся к уединению в процессе фантазирования растет.

Двигательная активность во время фантазирования. В половине случаев (49%) для детей нет разницы, какой двигательной активностью сопровождать фантазирование, в трети случаев (35%) эта разница имеется: часть детей предпочитает находиться в покое (18%), часть предпочитает быть активными (17%). При этом повышенная двигательная активность более характерна для мальчиков, а нахождение в покое - для девочек. Примечательно, что с возрастом снижается доля тех детей, которые предпочитают быть двигательно активными в процессе фантазирования и растет доля тех, кто предпочитает покой.

Среди причин, побуждающих к фантазированию, можно выделить три группы: мотивация демонстративная, со стремлением впечатлить слушателя (суммарная доля 56%); мотивация адаптационно-компенсаторная, со стремлением компенсировать в фантазии свою слабость (суммарная доля 36%); мотивация замещения, со стремлением заместить неприятные стороны реальности приятными и понятными в мире фантазий (суммарная доля 5%). Наибольшую долю среди ответов получил вариант без ясной специфики мотивации — «развлекает себя» (57%). Примечательно, что по мере взросления респондентов доля демонстративной мотивации падает, а двух других специфических типов растет.

Легкость в провоцировании фантазирования и возможность отвлечения, переключения на другие занятия. Более половины детей легко провоцируются на фантазирование (63%), четверть (23%) родителей считает, что их дети не являются легко провоцируемыми. Незначительное количество родителей (5%), отмечают, что их дети очень легко провоцируются, у мальчиков в 3,5 раза чаще, чем у девочек. По мере взросления снижается легкость провоцирования фантазирования.

Переключение с фантазирования на другую насущную деятельность преимущественно осуществляется легко (68%). При этом трудности с переключением чаще отмечаются у мальчиков (в 1,6 раза). По мере взросления дети легче отвлекаются от процесса фантазирования и переключаются на повседневные дела.

Наличие микросоциальной дезадаптации у исследуемых детей. Нарушения адаптации не достигают четверти случаев, преимущественно это незначительные нарушения (21% анкет). Таким образом это каждый четвертый-пятый ребенок. Фантазирование мешает коммуникации и бытовой деятельности в 11% случаев, то есть каждый десятый ребенок. Влияние на настроение и поведение отмечается нечасто (7%), чаще для девочек.

Заинтересованность родителей в профессиональной помощи их детям в отношении особенностей фантазирования. Особенности фантазирования послужили поводом для обращения за профессиональной помощью в редких случаях (3%), специалистами к которым обратились родители были — психолог и невролог. Сопоставима доля тех родителей, кто хотел бы получить профессиональную помощь в отношении особенностей фантазирования их детей (4%), причем такими специалистами являются — психолог (3%) и психиатр (1%).

ГЛАВА 4. КЛИНИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫЕ ФОРМЫ АКТИВНОГО ВООБРАЖЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

4.1. Категории обращений и типовые варианты жалоб родителей в связи с клинически значимыми формами активного воображения

Клиническая значимость форм активного воображения исследуемых пациентов была обусловлена в первую очередь жалобами родителей (86%), необходимостью дифференциальной диагностики фантазирования с продуктивной психопатической симптоматикой (12%) или суицидального и парасуицидального поведения (2%). Активное воображение как основная причина обращения отмечена лишь в 29% случаев, а в качестве второстепенной причины - в 57% случаев.

Учитывая, что подавляющее большинство исследованных пациентов обратилось в связи с жалобами родителей на фантазирование, был проведен анализ этих жалоб и выделены 10 категорий.

1. Содержание фантазий. Жалобы родителей на содержание фантазий их детей разноплановые. Родителей может беспокоить культурно неприемлемый характер содержания: «повторяющиеся сцены с присутствием жестокости, воображение себя особой личностью – Властителем», «размышление и фантазии та тему суицида», «в его фантазиях ненормативная лексика и асоциальные понятия из репертуара рэп-групп», «фекальная и сексуальная тема», «алкоголизм и бомжи, мечтает стать алкоголиком, играет в алкоголика». Беспокоит ложь в содержании детских вымыслов: «лживость и глупость выдумок», «постоянно выдумывает с целью снятия с себя вины и переноса на другого»; необычность содержания — «игры её сильно отличаются от других детей, называет себя другими именами и требует этого от нас», «необычность увлечений», «необычность — выдуманный брат, выдуманная собака, и он с ними общается, бормочет». Содержание может вызывать у родителей опасение в наличии скрытых переживаний или сниженного настроения: «тема — одиночество, смерть,

наказание», «появление фантазий на тему болезни и усиление фантазий на тему войны», «человечество — это вред, и подготовка зомби-апокалипсиса для его уничтожения», «тема смерти в рисунках, отражающих фантазии». Содержание может вызывать вопрос родителей, относится ли оно к психическому здоровью: «высказывания на тему Иллариона Великого, утверждает, что он король и ему должны подчиняться и поклоняться», «заявляет о различных «голосах», после неуспехов в школе и конфликтов в семье», «говорит о «голосах» и «видениях», каждый раз что-то новое, с каждым вопросом все больше и больше», «вселяется злой дух, овладевает и заставляет творить плохое», «случайно узнали, что ребенок «вызывает человечка» и обратились к психиатру», «увлекается черными женским колготками, интересуется тем, что происходит с животными, если их повреждать или придушить — не станет ли ребенок маньяком?». В тоже время имеются родители, которые считают, что содержание фантазий их ребенка привело к постановке незаслуженного психиатрического диагноза, и такие родители заинтересованы в дополнительном экспертном мнении: «врач обратила внимание, что моя дочь «видела на Небе Боженьку», «странные рисунки на тему увлечений ребенка, психиатр обратил на них внимание и поставил шизофрению». Родителей может беспокоить и то, что ребенок не раскрывает содержания своих фантазий: «стремится погрузиться в свои фантазии, но матери и при этом не рассказывает».

2. Внешнее проявление фантазирования. Жалобы родителей на внешнее проявление фантазирования их детей разноплановые. Родителей может беспокоить усиление двигательной активности в момент фантазирования: «жестикулирует, кричит, прыгает на месте, разговаривает сам с собой», «шумно ведет себя», «мечтая, быстро ходит по кругу погруженная в себя, может размахивать руками». Или беспокоить снижение двигательной активности с появлением отрешенности: «сидит, смотрит в никуда и рассказывает себе что-то из мультиков», «уходит в себя, отрешается от окружающего и бормочет», «себе что-то шепчет и стремится погрузиться в свои мысли». Беспокоит родителей необычность отдельных движений или поведения в целом момент

фантазирования: «совершает странные движения руками», «ходит и сам себе улыбается», «ведет себя не как девочка, а как персонажи мультфильмов», «выглядит странно — ребенок разговаривающий в отсутствующий телефон и постоянно его из рук не выпускающий». Поведение фантазирующего ребенка может вызывать вопрос родителей, относится ли оно к психическому здоровью, в первую очередь это относится к диалогу с воображаемым субъектом: «стала беседовать с самодельной игрушкой, которую называет Телепайкой», «игра с невидимыми друзьями», «езде разговаривает вслух с вымышленными персонажами», «общается с невидимым другом». Родитель может считать, что необычность поведения ребенка во время фантазирования привела к постановке незаслуженного психиатрического диагноза и заинтересован в дополнительном экспертном мнении: «ребенку поставили шизофрению — он совершал рукой движение изображая космический корабль из мультфильма, которым увлечен, врач оценила движения как «змеевидные стереотипии»», «дочери поставили шизофрению, она называла себя героем из мультфильма и вела соответствующим образом, но поскольку плохо говорила, то не могла доктору нормально объяснить свое поведение».

3. Трудность переключения фантазирования. Родителей беспокоит фиксированность их ребенка на процессе фантазирования, трудность его отвлечения и степень его погруженности в фантазирование, которые мешают его переключению на насущные дела: «стал застревать на фантазировании», «застревает на том, что требует выслушать всю его историю до конца», «стало трудно отвлечь от фантазирования, и ребенок раздражается на эти попытки», «равнодушие к реальному миру и заикленность на вымышленных мирах», «всё время стремится фантазировать, целиком включается в него».

4. Фиксированность одной темы фантазирования. Монотематичность фантазий обычно и беспокоит родителей: «почему так долго сидит на одном персонаже?», «пройдет ли игра на эту странную затянувшуюся тему?», «постоянно

рассказывает истории только на эту тему», «постоянное возвращение к игре на тему о динозаврах».

5. Приобретение фантазированием неприятного для самого ребенка характера. Родители акцентированно предъявляют жалобы специалисту, если замечают, что фантазирование приносит ребенку и негативные эмоции, также это единственный тип жалоб, предъявляемых самими ребенком. Содержание фантазий приводит к снижению настроению: «фантазии перестали повышать настроение, а стали расстраивать», «дочь может сфантазировать такое, от чего у неё портится настроение, может «нафантазировать» себе проблемы». Содержание фантазий начинает отражаться в содержании obsessions: «появились навязчивые выкрики фраз из сюжетов фантазий». Изменение содержания фантазий на агрессивное: «стал всё больше времени уделять фантазированию, и фантазии приобрели агрессивные элементы в содержании». Изменение в содержании фантазий, вызывающие у ребенка субъективно неприятные ощущения: «испытывает неприятные эмоции при фантазировании», «возникали неприятные «воображения»», «стала бояться героев, в отношении которых фантазирует». По мере усиления охваченности ребенка процессом фантазирования, внешнее проявление может приобретать вид, беспокоящий родителей и требующий дифференциальной диагностики с проявлениями психического заболевания: «в какой-то момент могла выйти из состояния Вселенского героя, часть мысли формулировала, часть оставляла в голове; проигрывала снова и снова одни и те же сюжеты», «мерзкие вещи, которые представлял в еде, стал видеть и поэтому отказывается от пищи».

6. Чрезмерная провоцируемость фантазирования. Родителей беспокоит чрезмерная легкость, с какой ребенок может провоцироваться на фантазирование, приводящее к массивному объему вымыслов, способному осложнить общение — придать ему окраску несерьезности или утомить слушателя: «воображение бурное легко провоцируемое», «рот вообще не закрывается, проговаривает окружающим свои выдумки», «постоянно перевоплощается кратковременно — но нормально ли

это?», «по любому поводу выдумывает истории», «по каждому поводу провоцируется на фантазирование, сразу эмоционально в них вкладывается, но они быстро сменяются». Жалобы на легкую провоцируемость фантазирования могут сочетаться с жалобами на примитивность в словесном выражении фантазий при наличии задержки речевого развития: «просто набор слов — что вижу, то пою», «провоцируется и несет чушь — это выглядит странно». В случае особой провоцируемости фантазирования, когда оно провоцируется большинством ярких объектов, попадающих в поле зрения ребенка, и сочетается с кратковременностью уделения внимания развитию каждого отдельного сюжета, у родителей и специалистов может возникать вопрос, относится ли такое фантазирование к психическому здоровью: «у ребенка поток фантазий, ему ставили шизофрению из-за «птичьей речи»».

7. Форма выражения фантазий. Форма подачи фантазий ребенком может быть неприятна родителям и приводить к жалобам: «фантазии имеют негативный насмешливый характер», «нелепый, нелогичный характер вымыслов», «нелепость выдуманных историй».

8. Несоответствие темы фантазий возрасту ребенка. Родители могут жаловаться как на отставание в развитии воображения и игры своего ребенка по отношению к сверстникам — «долго отсутствовало фантазирование, ролевая игра появилась позже других детей», так и на сохранение в фантазировании тем, свойственных более младшему возрасту — «подросток фантазирует на темы детских мультфильмов, которыми до сих пор увлечен».

9. Недопустимые действия, связанные с фантазированием. Жалобы родителей на появление культурно неприемлемых поступков, отражающих имеющиеся у ребенка интерес, увлечение или протест с культурно неприемлемым содержанием представленным в фантазиях: «оговаривает и вызывает полицию», «на фоне запретов видется с отцом, оговорила его в развращении», «стала рисовать страшилки, замучила двух котят, выдумав объяснение», «зациклен на резиновых игрушках, мечтает о порно и трется об эти игрушки, изображая половой акт, это

происходит и в общественных местах». К этой категории можно отнести жалобы родителей на такие выдумки их детей, которые вводят в заблуждение и провоцируют поступки других людей, основанных на ложных посылах: «непонятные приступы удушья, которые потом дополнились потерей речи, и объяснение — воздействие демонов», «головные боли, которых нет».

10. Бедность выразительных средств и эмоциональной окраски фантазий. Типичный пример — «однотипность фантазий, упрощенный сюжет».

В таблице 4.1.1 приведено частотное соотношение категорий жалоб с учетом пола ребенка.

Таблица 4.1.1 — Типовые варианты жалоб родителей в связи с клинически значимыми формами активного воображения

Категории жалоб	Всего пациентов	Мужского пола	Женского пола
Содержание	51%	53%	47%
Внешнее проявление	36%	33%	40%
Трудность переключения фантазирования	16%	13%	20%
Фиксированность одной темы	9%	10%	7%
Приобретение негативного характера фантазированием	9%	8%	10%
Чрезмерная провоцируемость фантазий	8%	8%	7%
Форма выражения фантазий	4%	7%	0%
Несоответствие возрасту	3%	3%	3%
Сопровождаются недопустимыми действиями	3%	2%	7%
Бедность сюжета и развития	1%	2%	0%

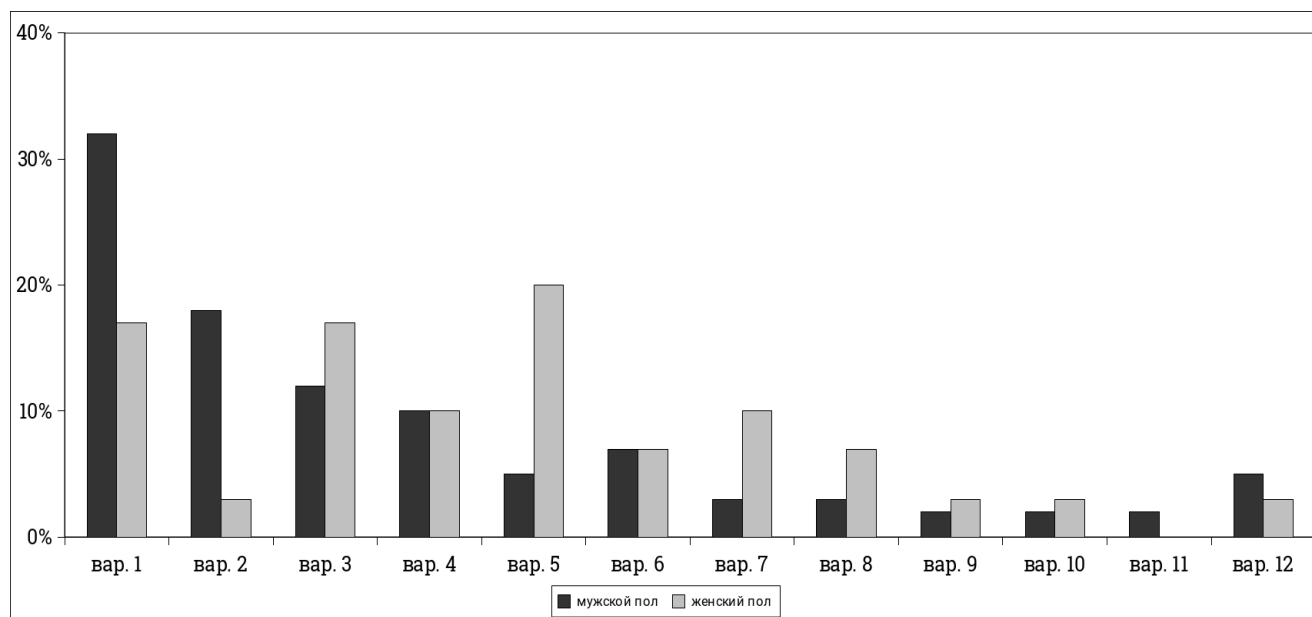
фантазий			
----------	--	--	--

При исследовании корреляционных связей между категориями причин обращения и возрастом (таблица Б.4.1.2.) выявлена связь: обращения к психиатру, в которых жалобы на фантазирование имеют вторичный характер, по мере взросления пациентов становятся реже, что согласуется с общей тенденцией снижения актуальности фантазирования с возрастом.

4.2. Типовые варианты клинически значимых форм активного воображения

На основе содержания фантазий пациентов и формы их выражения выделено 12 различающихся вариантов фантазирования. Частная характеристика выделенных вариантов представлена в диаграмме 4.2.1.

Диаграмма 4.2.1 — Долевое соотношение вариантов клинически значимых вариантов активного воображения исследуемых пациентов у детей и подростков



Легенда к диаграмме 4.2.1:

вар. 1 — неспецифические мечтания на темы благ, успеха, сюжетов и героев литературы или экрана;

вар. 2 — фантазирование на тему доминирующих увлечений;

вар. 3 — псевдологические истории (бесцельные и с умыслом) и псевдологическая симуляция болезней;

- вар. 4 — истории со систематизацией фабулы;
- вар. 5 — игровое перевоплощение;
- вар. 6 — легко провоцируемые фантазии с ситуационно-обусловленным содержанием;
- вар. 7 — фантазирование по типу оговоров и самооговоров;
- вар. 8 — произвольная сенсореализация представлений;
- вар. 9 — агрессивное фантазирование;
- вар. 10 — фантазирование на тему суицида;
- вар. 11 — ипохондрическое фантазирование;
- вар. 12 — другой вариант фантазирования.

Неспецифические мечтания. Повседневное неспецифическое фантазирование на темы благ, успеха, сюжетов и героев литературы или экрана. У обследованных пациентов реализуется через многократное вспоминание и воспроизведение в представлении понравившихся и впечатливших эпизодов и тем, с произвольным включением в развитие сюжета имеющих значение деталей или своей личности. Имеет преимущественно регуляторное значение — позволяет получать положительные эмоции, 1) уменьшать влияние отрицательных. Не несет познавательного значения, не имеет обычно более одного варианта развития сюжета, характерно репредставление с репереживанием эмоционально позитивных клише.

Средний возраст пациентов медиана 7 лет, интерквартильный размах 6 — 9 (таблица Б.4.2.2). По мере взросления частота этого варианта фантазирования статистически достоверно снижается, $\eta^2 = 0,258$ при $p < 0,05$ (таблица Б.4.2.3). Мальчиков в 1,9 раз больше (таблица Б.4.2.1). Этот вариант фантазирования не имеет корреляционной связи с категориями обращения (таблица Б.4.2.4) и не имеет связи с типами направленности фантазирования (таблица Б.4.2.5). Эти различия явились статистически значимыми ($p < 0,5$ по критерию U Манна-Уитни).

Истории с систематизацией фабулы. Вымышленные истории с развитием сюжета, усложняющимся за счет добавления новых персонажей и не

прекращающейся детализацией сюжетной линии и взаимоотношений между героями, добавлением или заменой конкурирующих сюжетных линий. Даже в случаях с основой на доминирующее увлечение, тема определяется механизмом компенсации фрустрации. Например, если ребенку не хватает близкого общения, тема фантазирования концентрируется на развитии истории о вымышленном друге. Если не хватает успешности и значимости среди сверстников, тема фантазирования сконцентрируется на фантазировании о своем величии в рамках вымышленного мира. Предположительный алгоритм развития этого варианта фантазирования: фантазирующий испытывает фрустрацию от недостатка значимого объекта или ситуации — замещает во вне сюжет, в котором главный герой получает то, в чем фантазирующий испытывает недостачу — фантазирующий преобразует сюжет под наиболее полное удовлетворение своих потребностей — регулярно возвращается к этому сюжету и развивает его, выходя за рамки первоначального.

Средний возраст пациентов медиана 13 лет, интерквартильный размах 12-14 (таблица Б.4.2.2). По мере взросления частота этого варианта фантазирования статистически достоверно увеличивается $\chi^2 = 0,267$ при $p < 0,05$ (таблица Б.4.2.3). Мальчиков и девочек одинаковое число (таблица Б.4.2.1). Этот вариант фантазирования не имеет корреляционной связи с категориями обращения (таблица Б.4.2.4) и не имеет связи с типами направленности фантазирования (таблица Б.4.2.5).

Фантазирование на тему доминирующих и сверхценных увлечений. Данный вариант фантазирования основан на продолжительной концентрации внимания индивидуума на одном интересе, которому он начинает уделять все больше времени, за счет снижения внимания к другим занятиям. Такой интерес очень стойкий и часто монотематический. Вокруг этого интереса организуется комплекс специфической (под интерес) деятельности и познавательная активность, сложность и продуктивность которых зависят от интеллектуальных возможностей индивидуума. Предположительный алгоритм развития этого

варианта фантазирования: поиск информационного материала, связанного с доминирующим интересом — изучение деталей — многократное воспроизведение в представлении или игре. Чем ниже уровень интеллектуального развития, тем меньше составляющих остается в этом алгоритме: поиск — воспроизведение или только воспроизведение, в случае выраженной имбецильности.

Средний возраст пациентов медиана 8 лет, интерквартильный размах 6-10 (таблица 4.2.2). По мере взросления частота этого варианта фантазирования статистически достоверно не меняется (таблица Б.4.2.3). Лиц мужского пола в 6 раз больше (таблица Б.4.2.1). Этот вариант фантазирования имеет корреляционную связь с категорией обращения — фантазирование потребовало дифференциальной диагностики с продуктивными психотическими симптомами $\phi = -0,224$ при $p < 0,05$ (таблица Б.4.2.4) и не имеет связи с типами направленности фантазирования (таблица Б.4.2.5). Эти различия явились статистически значимыми ($p < 0,1$ по критерию U Манна-Уитни).

Псевдологические вымыслы (бесцельные и с умыслом). Включая псевдологическую симуляцию болезней.

Первая характерная черта этого варианта фантазий — рассказ всегда заставляет врача или опытного родителя дифференцировать сказанное ребенком между правдой и ложью, эти истории не похожи на сказку для саморазвлечения, рассказчик старается выглядеть максимально правдоподобным и, в случае особого внимания окружающих, не при каких обстоятельствах не сознается в вымышленности рассказа. Вторая характерная черта (отличающая от лжи и симуляции) — трудность удержаться от такого рода рассказов, когда рассказчик попадает в поле внимания окружающих, он не может сдержать порыв, чтобы такой ложью с утрированными яркими деталями не поразить воображение слушателей, то есть такие рассказы и неприятные случаи, к которым они приводят, повторяются. Чем сюжет менее стоек (отмечается при значимой неустойчивости внимания), тем меньше вреда такие фантазии приносят в

отношении окружающих. Характерны легкая провоцируемость фантазирования и превалирование желания блеснуть перед слушателем над этическим контролем содержания сюжета вымысла. Исходя из описанных характеристик, данный вариант фантазирования приводит к симуляции психических и соматических заболеваний (синдром Мюнхгаузена) или оговорам (подвариант оговоров и самооговоров) без видимой необходимости.

Средний возраст пациентов медиана 12 лет, интерквартильный размах 10-14 (таблица Б.4.2.2). По мере взросления частота этого варианта фантазирования статистически достоверно увеличивается, $\chi^2 = 0,232$ при $p < 0,05$ (таблица Б.4.2.3). Лиц мужского пола в 1,9 раз больше (таблица Б.4.2.1). Этот вариант фантазирования не имеет корреляционной связи с категориями обращения (таблица Б.4.2.4) и имеет связи с типом направленности фантазирования — только на других $\phi = 0,681$ при $p < 0,01$ (таблица Б.4.2.5). Симуляция болезни без видимой цели отмечалась в 9 % случаев. Эти различия явились статистически значимыми ($p < 0,5$ по критерию U Манна-Уитни).

Подвариант псевдологических вымыслов — фантазирование по типу оговоров и самооговоров. Представляет собой ложные обвинения в сексуальных отношениях без корыстной цели. Причиной является потребность во внимании у специфической личности. Такие истории 1) добавляют значимость в собственных глазах и, если повезет, в глазах окружающих, к чему и стремится такой рассказчик, 2) позволяют получить к себе особое отношение окружающих, для этой цели рассказчик ставит себя в эмоциональный центр рассказа в виде одного из двух возможных образов — героя или несчастной жертвы, и в обоих вариантах, продолжая и развивая ложную историю, рассказчик стремится как можно дольше удержать на себе исключительное внимание окружающих, для чего ложь не является препятствием. Содержание таких историй обязательно яркое или даже шокирующее что бы быть наиболее эффективным в привлечении и удержании внимания слушателей. Суждение о лживости или правдивости подобных историй строилось с учетом того, что опыт личного переживания подразумевает полноту

информации получаемую от всех сенсорных систем и её целостность (зрение, слух, обоняние, вкус, чувство температуры, растяжения и боли). Такой подход позволял предположить источники получения этой информации, что в свою очередь было важно для суждения о том, могут ли сведения рассказчика быть продуктом переработки в воображении информации полученной путем отличным от личного опыта. Также сведения рассказчика изучались на предмет выявления возможных утрирования и трансформации первично информации стандартными для воображения механизмами (необходимое условие для констатации наличия фантазирования), полученной лично и непосредственно через свой опыт или опосредованно через мультимедийные источники. Средний возраст пациентов медиана 9 лет, интерквартильный размах 8-12 (таблица Б.4.2.2). По мере взросления частота этого варианта фантазирования статистически достоверно не меняется (таблица Б.4.2.3). Лиц женского пола в 3 раза больше (таблица Б.4.2.1). Этот вариант фантазирования не имеет корреляционной связи с категориями обращения (таблица Б.4.2.4) и не имеет связи с типами направленности фантазирования (таблица Б.4.2.5). Эти различия явились статистически значимыми ($p < 0,5$ по критерию U Манна-Уитни).

Произвольная сенсореализация представлений. Мотивом имеет стремление развлечь себя. Иногда родители так и говорят – «пересматривает любимый мультфильм». Вероятно, этот вариант фантазирования распространен шире, чем представляется, поскольку дети жалуются родителям, лишь когда он приобретает уже клиническое значение, в случаях компенсаторного механизма возникновения или приобретения для ребенка произвольного характера и неприятного содержания на фоне тревоги и сниженного настроения. В этом случае существуют облегчающие возникновение неприятных сенсореализаций условия: дошкольный либо младший школьный возраст, актуальные психогении или невротические страхи. Приятные произвольные визуализации могут продолжаться до подросткового возраста, если начались ранее. Неприятные

непроизвольные визуализации заканчиваются в течение 1-2 месяцев и встречаются редко.

Средний возраст пациентов медиана 9 лет, интерквартильный размах 5-12 (таблица Б.4.2.2). По мере взросления частота этого варианта фантазирования статистически достоверно не меняется $r = -0,258$ при $p < 0,01$ (таблица 4.2.3). Девочек в 2 раза больше (таблица Б.4.2.1). Этот вариант фантазирования имеет корреляционную связь с категориями обращения: фантазирование является одной из причин обращения $r = -0,247$ при $p < 0,05$, что можно трактовать, учитывая отрицательный знак связи, как высокую значимость такого феномена для родителей; в этом контексте значимо также наличие положительной связи с категориями обращения — фантазирование потребовало дифференциальной диагностики с продуктивными психотическими симптомами $r = 0,240$ при $p < 0,05$ (таблица Б.4.2.4) и имеет сильную связь с типами направленности фантазирования — только для себя $r = 0,290$ при $p < 0,01$ (таблица Б.4.2.5). Эти различия явились статистически значимыми ($p < 0,5$ по критерию U Манна-Уитни).

Игровые перевоплощения. Дети проигрывают понравившийся образ героя или животного, реже неодушевленного объекта. Клиническую значимость вариант фантазирования приобретает, когда ребенок отказывается отделять себя от проигрываемого образа, а также усугубляет и подчеркивает поведение, характерное для этого образа по времени и месту за рамки обычной игры. Объем перевоплощения и его стойкость переменны. В выраженных случаях возникает необходимость дифференциальной диагностики с продуктивной психотической симптоматикой (бред, деперсонализация).

Средний возраст пациентов медиана 6 лет, интерквартильный размах 5-8 (таблица Б.4.2.2). По мере взросления частота этого варианта фантазирования статистически достоверно снижается $r = -0,293$ при $p < 0,05$ (таблица Б.4.2.3). Лиц женского пола в 4 раз больше (таблица Б.4.2.1). Этот вариант фантазирования не имеет корреляционной связи с категориями обращения (таблица Б.4.2.4), но имеет связь с типами объединенной направленности фантазирования — для себя и для

окружающих ϕ 0,385 при $p < 0,01$ (таблица Б.4.2.5). Эти различия явились статистически значимыми ($p < 0,5$ по критерию U Манна-Уитни).

Легко провоцируемые фантазии с ситуационно-обусловленным содержанием. Поводом для скоропреходящих сменяющих друг друга в реальном времени фантазий являются объекты, попадающие в текущей ситуации в поле зрения ребенка или слова беседы. Неустойчивость внимания, перескакивающего с образа на образ, обуславливает и перескакивание мышления с сюжета на сюжет. Часто сочетается с наличием доминирующих интересов, которые вносят свою роль в вербализацию процесса фантазирования, посредством периодического возвращения к такому увлечению. Для сюжетов характерна скудность развития, вариаций и проговаривание вслух. Что слушателем, учитывая так же и быструю смену сюжетов, может восприниматься как выражение структурного нарушения мышления. При внимательном рассмотрении такая особенность фантазирования напоминает скорее вербализацию ускоренного мышления с быстрой сменой ассоциаций и говорливостью. Содержание фантазий всегда имеет источником либо объект, попадающий в фокус внимания пациента, либо фраза из текущей беседы, либо воспоминание о доминирующем (сверхценном) увлечении.

Средний возраст пациентов медиана 9 лет, интерквартильный размах 8-10 (таблица Б.4.2.2). По мере взросления частота этого варианта фантазирования статистически достоверно не меняется (таблица Б.4.2.3). Значимого различия в зависимости от пола ребенка не отмечается (таблица Б.4.2.1). Этот вариант фантазирования не имеет корреляционной связи с категориями обращения (таблица Б.4.2.4), но имеет связь с типами направленности фантазирования — преимущественно на других ϕ 0,286 при $p < 0,01$ (таблица Б.4.2.5).

Ипохондрическое фантазирование. Отмечается у продолжительно болеющих детей и подростков (имеющих хроническое соматическое заболевание), всегда направлено «на себя» и конституционально неспецифично, чем отличается от псевдологической симуляции болезни. Клиническую значимость приобретает способствуя снижению настроения.

Средний возраст пациентов медиана 17 лет (таблица Б.4.2.2). По мере взросления вероятность встретить этот вариант достоверно выше $\text{grb } 0,232$ при $p < 0,05$ (таблица Б.4.2.3). Этот вариант представлен у мальчиков, не представлен у девочек (таблица Б.4.2.1). Этот вариант фантазирования не имеет корреляционной связи с категориями обращения (таблица Б.4.2.4) и не имеет связи с типами направленности фантазирования (таблица Б.4.2.5).

Агрессивное фантазирование. Насилие отражается в содержание сюжета и рисунках, которые нередко сопровождают этот вариант фантазирования. Может иметь связь с психогенией, сопровождая микросоциальную дезадаптацию, или не иметь такой связи, в случае увлеченности агрессивными мультфильмами и персонажами. Длительное течение не характерно.

Средний возраст пациентов медиана 8 лет, интерквартильный размах 7-9 (таблица Б.4.2.2). По мере взросления частота этого варианта фантазирования статистически достоверно не меняется (таблица Б.4.2.3). Значимых различий в зависимости от пола ребенка не отмечается (таблица Б.4.2.1). Этот вариант фантазирования не имеет корреляционной связи с категориями обращения (таблица Б.4.2.4) и не имеет связи с типами направленности фантазирования (таблица Б.4.2.5).

Фантазирование на тему суицида. Вариант отмечался у лиц с парасуицидным поведением и длительно протекающим самоповреждающим поведением. У лиц с истинными суицидальными намерениями не встречался. Подростки отмечают позитивное влияние этих фантазий на снижение психологического напряжения и переживаний. Предположительно, сопровождает начальную стадию суицидокинеза, до исчерпания компенсаторных возможностей психики.

Средний возраст пациентов медиана 16 лет, интерквартильный размах 15-16 (таблица Б.4.2.2). По мере взросления вероятность встретить этот вариант достоверно выше $\text{grb } 0,286$ при $p < 0,01$ (таблица Б.4.2.3). Лиц женского пола в 1,5 раз больше (таблица Б.4.2.1). Этот вариант фантазирования не имеет

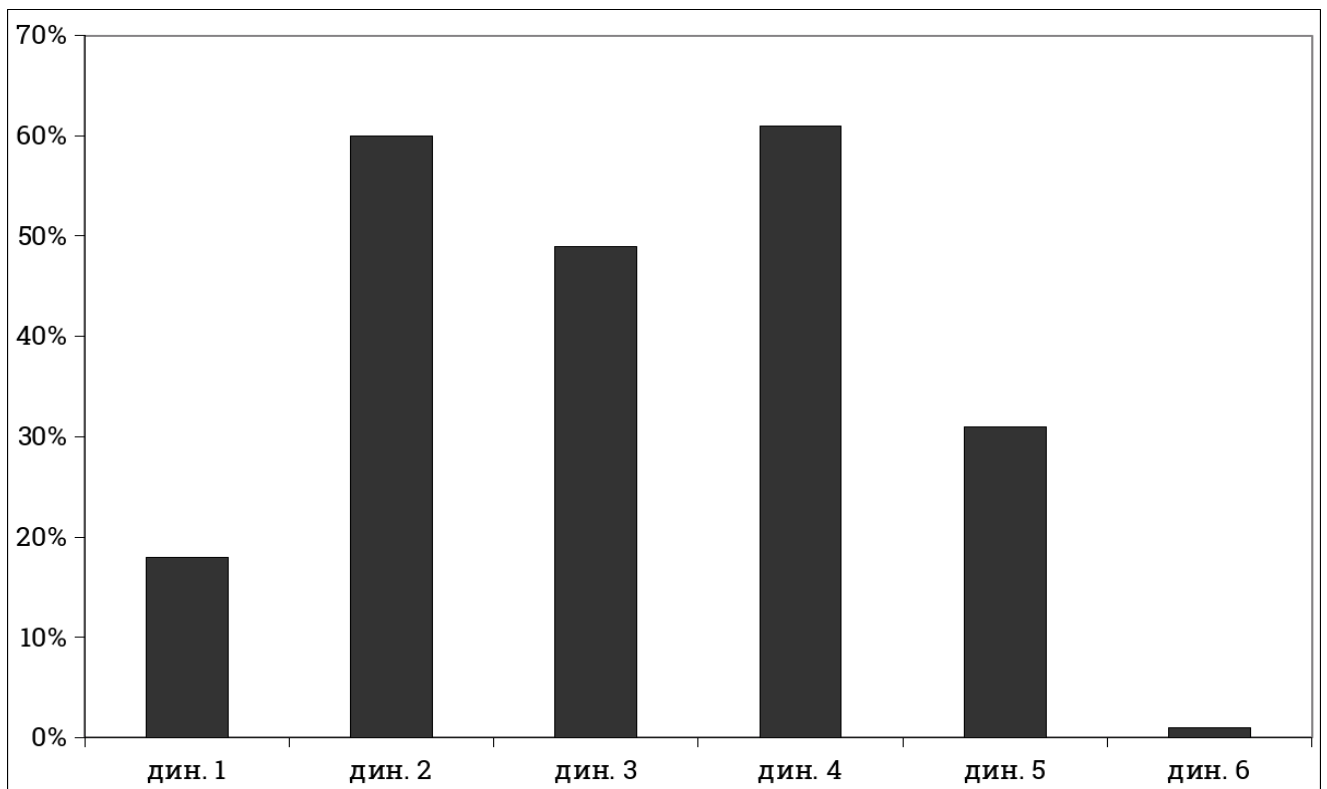
корреляционной связи с категориями обращения (таблица Б.4.2.4) и не имеет связи с типами направленности фантазирования (таблица Б.4.2.5). Эти различия явились статистически значимыми ($p < 0,5$ по критерию U Манна-Уитни).

Другой вариант фантазирования. Не имеет характерных особенностей по форме реализации, клиническое значение обусловлено жалобами родителей на содержание (сексуальная тематика, отражение школьных конфликтов), отмечается в 4% случаев, возраст детей Me 9 лет (7-11). Течение в виде непродолжительного эпизода, не продолжающимся более 6 мес с последующим дезактуализации темы фантазий.

4.3. Особенности динамики клинически значимых форм активного воображения

Для оценки синдрома кинеза клинически значимых форм активного воображения изучались варианты динамики, доленое соотношение которых представлено в диаграмме 4.4.1.

Диаграмма 4.4.1 — Доленое соотношение вариантов динамики КЗФ АВ



Легенда к диаграмме 4.3.1:

- дин. 1 — систематизация;
- дин. 2 — доминирование;
- дин. 3 — длительное стабильное течение;
- дин. 4 — регресс симптоматики;
- дин. 5 — повторение варианта КЗФ АВ;
- дин. 6 — смена варианта КЗФ АВ.

Важным и самым долгожданным для родственников и клиницистов этапом развития болезни, является этап регресса психопатологической симптоматики. На материале исследуемых пациентов с клинически значимыми формами активного воображения регресс симптоматики в течение одного года после обращения наблюдался в 61% случаев, включая формы сверхценного и дезадаптирующего характера. В случаях, имевших на момент обращения систематизацию как вариант течения, доля последующего регресса симптоматики за первый год — 63%. В случаях, имевших на момент обращения доминирование, как вариант течения, доля последующего регресса симптоматики за первый год — 57%. В случаях, имевших на момент обращения длительное стабильное течение как вариант течения, доля последующего регресса симптоматики за первый год — 36%. По приведенным данным можно предположить, что усложнение сюжета фантазирования и поведения с ним связанного, более благоприятный признак в плане прогноза, чем усиление фиксации на фантазировании. Среди вариантов динамики отмечена одна корреляционная связь между длительным стабильным течением и регрессом симптоматики, связь отрицательная и сильная $r = -0,496$ при $p < 0,01$.

Доминирование. При продолжительной фиксации на одном варианте фантазирования и сохраняющемся высоком уровне эмоциональной значимости темы, вариант фантазирования может приобретать неблагоприятную динамику, заключающуюся сначала в сужении разнообразия увлечений, а затем в оттеснении потребностей социальных, бытовых и даже биологических. Приобретение фантазированием сверхценного характера со стремлением постоянно вернуться к

нему и выраженным снижением интереса к другой деятельности характерно для вариантов (таблица Б.4.3.1): фантазирование на тему доминирующих (сверхценных) увлечений (ϕ 0,254 при $p < 0,05$); и не характерно для вариантов: псевдологические истории (бесцельные и с умыслом) и псевдологическая симуляция болезней (ϕ -0,414 при $p < 0,01$), произвольная сенсореализация представлений (ϕ -0,264 при $p < 0,05$). Доминирование чаще встречается при умственной отсталости (ϕ 0,218 при $p < 0,05$), чем в других нозологических категориях. При доминировании не характерны категории жалоб родителей: чрезмерная провоцируемость фантазий (ϕ -0,271 при $p < 0,01$), но характерны трудность переключения фантазирования (ϕ 0,288 при $p < 0,01$).

Систематизация. Организация объектов фантазий по тематическому признаку с дальнейшим появлением классификации этих объектов и их поведения, венчает этот тип динамики появление иерархии вымышленных объектов. Сформированная система объектов их поведения и отношений между ними сохраняется длительное время и постоянно совершенствуется, нередко сочетаясь с доминированием в сознании.

Такое усложнение фабулы с разработкой деталей разного плана и соответствующим усложнением поведения фантазирующего характерно для вариантов (таблица Б.4.3.1): истории со систематизацией фабулы (ϕ 0,523 при $p < 0,01$); не характерно для вариантов фантазирования: неспецифические мечтания на темы благ, успеха, сюжетов и героев литературы или экрана (ϕ -0,280 при $p < 0,01$). С полом, диагностической категорией, отсутствием отца в семье, отставанием в формировании навыков ходьбы и речи, тяжелыми нарушениями речи статистически достоверной корреляции не отмечено (таблица Б.4.3.2). Обнаружены корреляционные связи (таблица Б.4.3.3): по мере взросления увеличивается вероятность систематизации (r_{pb} 0,382 при $p < 0,01$), при наличии тяжелой перинатальной патологии вероятность систематизации снижается (r_{pb} -0,274 при $p < 0,01$). Систематизация характерна для случаев, когда фантазирование не является основной причиной обращения (ϕ 0,217 при $p < 0,01$, таблица Б.4.3.4).

Длительное стабильное течение. Погруженность в процесс и сложность сюжета КЗФ АВ существенно не меняются длительное время, до полугода и более, характерно для вариантов фантазирования (таблица Б.4.3.1): фантазирование на тему доминирующих (сверхценных) увлечений (φ 0,270 при $p < 0,01$) и псевдологические истории (бесцельные и с умыслом); не характерно для вариантов фантазирования: псевдологическая симуляция болезней (φ -0,253 при $p < 0,05$). Длительное стабильное течение чаще встречается при умственной отсталости (φ 0,279 при $p < 0,01$), чем в других нозологических категориях; не характерно для ОКР (φ -0,211 при $p < 0,05$).

Регресс симптоматики. Постепенное сглаживание клинических значимых проявлений фантазирования: уменьшение затрачиваемого времени, улучшение переключаемости, усиление других интересов, улучшение контроля за внешними проявлениями фантазирования, сглаживание негативных качественных изменений фантазирования, сглаживание нарушений поведения отражающих сюжет фантазирования, снижение негативного содержания в сюжете фантазий (таблица Б.4.3.2): у девочек отмечается чаще (φ 0,226 при $p < 0,05$); при умственной отсталости наблюдается реже (φ -0,286 при $p < 0,01$). Наличие задержек в формировании навыков ходьбы (φ -0,422 при $p < 0,01$), слов (φ -0,285 при $p < 0,01$), фраз (φ -0,233 при $p < 0,05$), а так же наличие эпилептиформной активности в ЭЭГ (φ -0,258 при $p < 0,05$) являются неблагоприятными прогностическими признаками в отношении регресса симптоматики (таблица Б.4.3.2).

Повторение варианта КЗФ АВ. Повторение варианта фантазирования и особенностей, придающих ему клиническую значимость, после предшествовавшего периода регресса симптоматики. Для варианта динамики характерна корреляционная связь (таблица Б.4.3.2) с вариантом фантазирования на тему суицида (φ 0,224 при $p < 0,05$), диагностической категорией стойких нарушений поведения (φ 0,256 при $p < 0,05$).

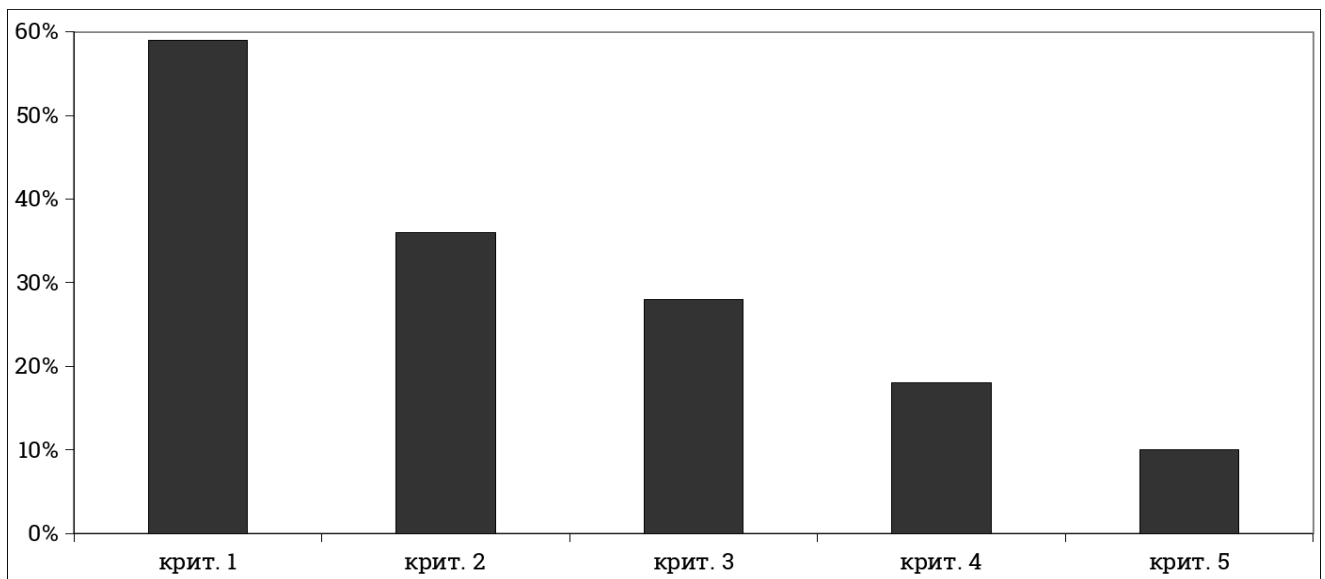
Смена варианта КЗФ АВ. Смена варианта фантазирования на другой, с условием сохранения клинической значимости фантазированием. Для этого

варианта динамики характерна корреляционная связь (таблица Б.4.3.2) с диагностической категорией стойких нарушений поведения (ϕ 0,437 при $p < 0,05$). С полом, отсутствием отца в семье, отставанием в формировании навыков ходьбы и речи, тяжелыми нарушениями речи статистически достоверной корреляции не отмечено (таблица Б.4.3.2).

4.4 Критерии патологичности фантазирования

В качестве критериев патологичности фантазирования были приняты критерии, предложенные в диссертационной работе А.В. Лашковой (2000), предложенные при анализе материала подростков судебно-медицинской клиники. Долевое соотношение критериев патологичности фантазирования представлено на диаграмме 4.4.1.

Диаграмма 4.4.1 — Долевое соотношение критериев патологичности фантазирования



Легенда к диаграмме 4.4.1:

крит. 1 — доминирование в сознании;

крит. 2 — готовность к перевоплощению в вымышленный образ;

крит. 3 — вживание в вымыслы (когда грань между реальностью и вымыслом оказывается нарушенной);

крит. 4 — появление расстройств поведения, сопряженных с содержанием фантазий;

крит. 5 — потеря произвольности возникновения фантазий.

Характерные черты критериев патологичности у обследованных пациентов:

1) доминирование в сознании — процесс фантазирования для ребенка становится приоритетным над другими видами деятельности, в том числе вытесняя другие увлечения, а затем и насущные дела;

2) готовность к перевоплощению в вымышленный образ — перевоплощение в впечатляющий образ становится превалирующей над другими формой игровой деятельности;

3) вживание в вымыслы (когда грань между реальностью и вымыслом оказывается нарушенной) — постепенно усиливающееся по затрачиваемому времени и эмоциональной вовлеченности погружение в сюжет фантазии, с переносом в реальную жизнь элементов этого сюжета и появление отношения к сюжету фантазии, которое аналогично отношению к феноменам реальности;

4) появление расстройств поведения, сопряженных с содержанием фантазий — появление, не отмечавшихся до момента возникновения клинически значимой формы фантазирования, нарушений поведения, сопряженных по содержанию с сюжетом фантазий;

5) потеря произвольности возникновения фантазий — исчезновение отдельных аспектов полноты произвольности фантазий (фантазии возникают тогда, когда индивид хочет фантазировать, имеют содержание, которое он хочет, приносят ему чувства, которые он от них ожидает и оканчиваются тогда, когда ему это необходимо).

Для всех исследуемых пациентов оценивалась сумма баллов ($n=5$) по критериям патологичности фантазирования. Максимальное количество одновременно отмечаемых признаков — 4, среднее арифметическое — 1,68, медиана — 2, интерквартильный размах 1-2.

Корреляционная связь суммы баллов критериев патологичности фантазирования обнаружена с вариантом фантазирования (таблица Б.4.3.6) — игровое перевоплощение ($r_{pb} 0,225$ при $p < 0,05$); диагностической категорией (таблица Б.4.3.7) — ЗПР ($r_{pb} -0,292$ при $p < 0,01$), наличием патологии в МРТ головного мозг ($r_{pb} -0,248$ при $p < 0,05$). Корреляционной связи между возрастом пациента и суммой баллов критериев патологичности по А.В. Лашковой (2000) не выявлено (таблица Б.4.3.8).

В среднем у изученных пациентов с клинически значимыми формами активного воображения отмечалось менее половины критериев патологичности для одного пациента. По рекомендации автора предложенных критериев, патологическим можно считать фантазирование патологическим при наличие нескольких признаков патологичности одновременно. Таким образом, на исследуемом материале использование критериев патологичности фантазирования А.В. Лашковой (2000) отказалось недостаточно информативным.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Фантазирование является неотъемлемой частью здоровой психики, проходит этапы онтогенетического развития: появления, максимального расцвета, снижения актуальности и в последующем частично замещается творчеством. Развитие воображения (фантазирования) наблюдается в течение всего периода детско-подросткового возраста.

Подавляющее большинство родителей (75%) начинают замечать проявления фантазирования у своих детей в период с 3 до 5 лет и практически все дети (95%) проявляют признаки фантазирования, заметные родителям, в диапазоне с 2 до 7 лет. Ранее начало фантазирования в возрасте 1 года отмечается в единичных случаях, его распространенность не достигает 1% и характерно только для девочек. Позднее начало также представлено единичными случаями: у мальчиков с 9 лет, у девочек с 11 лет.

Варианты фантазирования различаются в большей мере не содержанием сюжета, а манерой его выражения. Разные варианты фантазирования встречаются с разной частотой. Наибольшее распространение имеют варианты фантазирования на темы впечатливших сюжетов (мультфильмов, книг, фильмов), нередко с проигрыванием сцен, связанных с любимившимся героем, которое может доходить до уровня перевоплощения в значимого героя (или животное) с соответствующей имитацией их поведения. Эти варианты не только наиболее распространены, но и проявляются раньше остальных.

Широкое распространение имеют фантазии на тему благ, успеха, модных аксессуаров. Наиболее редкими, но вызывающими особое внимание родителей, являются агрессивные фантазии, фантазии на тему самоубийства и оговоры в сексуальных или криминальных отношениях. Часто у одного ребенка имеется несколько одновременно наблюдаемых вариантов фантазирования, после 12 лет их количество в сочетании снижается.

Для девочек характерно большее разнообразие вариантов фантазирования. Варианты с рисованием схем, проектов, изобретений с фантазиями на тему увлечений, фантастическая бравада (хвастовство) особыми возможностями, фантазирование на тему особых увлечений, на которых ребенок длительно фиксируется — чаще встречаются среди лиц мужского пола. Варианты — фантазии на тему благ, успеха, модных аксессуаров, выдумывание историй со сложным сюжетом на тему вымышленного друга или вымышленного мира, фантазирование на тему своей болезни или недостатков, выдумывание у себя болезни и вживание в роль больного, оговоры других (или самооговоры) в вымышленных криминальных отношениях, сексуальном насилии, позиционируемые ребёнком как реальные события, фантазии на тему самоубийства или своей смерти чаще встречаются среди девочек.

Значимость фантазирования и разнообразие его вариантов с возрастом уменьшается, об этом можно судить на основании последовательного снижения числа одновременно отмечаемых родителями вариантов фантазирования и последовательного увеличения количества анкет, в которых не отмечен ни один вариант фантазирования. Одновременно с этим развитие сюжета фантазий становится сложнее.

Яркие впечатления жизни и особенно впечатлившие ребенка образы художественно-информационного содержания (мультфильмы, книги, фильмы) являются преимущественным источником фантазий. Достаточную значимость имеют и увлечения. Наиболее редко источником являются события и образы, связанные с отрицательными эмоциональными переживаниями.

Не характерен строгий приоритет в направлении фантазирования (только для себя или только для окружающих). По мере взросления направленность фантазирования на окружающих отмечается всё реже и реже. При оценке условий, сопровождающих фантазирование, половине детей они не принципиальны (46%), треть детей стремится попасть в центр внимания окружающих (30%), уединения ищет заметная, но небольшая часть детей (13%). По мере взросления доля

ищущих внимания снижается, а доля стремящихся к уединению в процессе фантазирования растет.

По мере взросления также снижается легкость провоцирования фантазирования.

Нарушения адаптации у детей опрошенных родителей не достигают четверти случаев, преимущественно это незначительные нарушения (21% анкет). При этом фантазирование мешает коммуникации и бытовой деятельности в 11% случаев. Влияние на настроение и поведение отмечается нечасто (7%), чаще для девочек.

Особенности фантазирования служат поводом для обращения за профессиональной помощью в редких случаях (3%); специалистами, к которым обратились родители, были психолог и невролог. Сопоставима доля тех родителей, кто хотел бы получить профессиональную помощь в отношении особенностей фантазирования их детей (4%), такими специалистами для них являются психолог (3%) и психиатр (1%).

Фантазирование имеет индивидуальные особенности: по яркости, по преобладающим вариантам, по динамике.

Нами выделено 14 вариантов фантазирования характерные как для здоровых детей и подростков, так и у тех, кто обращался за помощью к психиатру:

- Повседневное непатологическое фантазирование на темы благ и успеха.
- Повседневное непатологическое фантазирование на темы героев и сюжетов литературы или экрана.
- Фантазирование на тему вымышленного друга.
- Фантазирование на темы вымышленных миров.
- Сексуальные оговоры и самооговоры.
- Фантазирование с повышенной лживостью.
- Легко провоцируемые фантазии с ситуационно-обусловленным содержанием.
- Фантазирование на тему доминирующих или сверхценных увлечений.

- Фантазирование с сенсореализацией представлений.
- Легко провоцируемые фантазии с ситуационно-обусловленным содержанием.
- Игровые перевоплощения.
- Фантазии ипохондрического содержания.
- Фантазии агрессивного содержания.
- Фантазии суицидального содержания.

Следует отметить, что любой из указанных вариантов фантазирования встречаясь в рамках нормального (физиологического) воображения, при определенных обстоятельствах (начало эндогенного заболевания, психотравма, экзогенно-органические вредности) может стать патологическим, принимая стойкий и дезадаптирующий характер.

Можно выделить основные характеристики онтогенеза фантазирования. Так, возраст первого проявления фантазирования – от 3 до 5 лет. Начинает проявляться фантазирование с «опорой» воображения на предмет (преимущественно игрушку), но уже с 2 лет может появиться словесное оформление небольшой истории. В дальнейшем образно-двигательные формы фантазирования уступают словесно-мыслительной; в подростковом возрасте в содержании фантазий всё большее отражение начинают находить личностные переживания. Варианты фантазирования различаются в первую очередь не содержанием сюжета, а манерой его выражения. Превалирующее распространение имеет вариант неспецифических мечтаний на темы благ, успеха, сюжетов и героев литературы или экрана. Фантазирование всегда имеет внешний источник для сюжета — яркие впечатления жизни и особенно образы художественно-информационного содержания. Двигательная активность, внешнее проявление фантазирования, направленность переменны, однако, по мере взросления, фантазирование становится менее выраженным внешне и больше направлено на себя.

При наличии беспокоящих проявлений фантазирования у детей общеобразовательных садов или школ, родители обращаются или планируют обратиться за специализированной помощью, предпочитая при этом выбирать в первую очередь психолога или невролога и лишь затем психиатра.

Детский психиатр сталкивается с особенностями фантазирования пациентов по двум причинам — в связи с жалобами родителей и в связи с необходимостью дифференциальной диагностики фантазирования с продуктивной психотической или иной психопатологической симптоматикой. Обе причины по факту являются клинически значимыми, и такие случаи фантазирования уместно называть — клинически значимыми формами активного воображения или применять не имеющий устоявшегося смыслового наполнения термин — синдром фантазирования.

В детской психиатрической клинике обращения родителей за специализированной помощью в связи с особенностями фантазирования детей могут являться как основной, единственной жалобой, так и одной из жалоб.

Родители, обращающиеся к психиатру за помощью, предъявляют жалобы следующих категорий: содержание, внешнее проявление, трудность переключения фантазирования, фиксированность одной темы, приобретение фантазированием неприятного для самого ребенка характера, чрезмерная провоцируемость фантазий, форма выражения фантазий, темы фантазий возрасту ребенка, неприемлемые действия, связанные с фантазированием, бедность выразительных средств и эмоциональной окраски фантазий.

Мы предлагаем к использованию термин *«клинически значимые формы активного воображения»*, куда должны включаться все варианты патологического фантазирования у детей и подростков, а также все варианты фантазирования, когда оно не является патологическим, но приводит к необходимости проведения дифференциальной диагностики с психическими заболеваниями детского возраста или оценки динамики ведущего психопатологического синдрома, если он находит отражение в фантазировании (например, оценка динамики развития

суицидальных мыслей и намерений). В этом случае дифференциальная диагностика позволяет избежать неверного установления диагноза ребенку с непатологическими формами фантазирования. Варианты фантазирования, встречающиеся у пациентов с клинически значимыми формами активного воображения (КЗФ АВ), распространены среди детей и подростков, обучающихся по общеобразовательной программе в детских садах и школах. Половые и возрастные особенности вариантов фантазирования у пациентов с КЗФ АВ в целом сопоставимы. Приобретение клинической значимости фантазированием обусловлено особенностями динамики (систематизация, доминирование, длительное стабильное течение, повторение или замена на другой вариант КЗФ АВ), неприятным содержанием сюжета фантазий, снижением уровня социализации и негативным влиянием на настроение и поведение.

Критерии патологичности фантазирования А.В. Лашковой (2000) являются показанием для установки синдромального диагноза — синдром патологического фантазирования — наиболее специфичны для самых тяжелых форм фантазирования, в среднем же КЗФ АВ имеют два критерия из пяти. Таким образом, чаще всего обращения к детскому психиатру по поводу КЗФ АВ остаются вне диагностического поля и, соответственно, не учитываются статистически и не имеют рекомендаций по наблюдению и курации. Сравнение разнообразия вариантов, возрастных и половых особенностей физиологического фантазирования и клинически значимым формам воображения исключают оценку фантазирования как патологического лишь по фактору наличия определенного его варианта или по возрастному фактору. Тяжесть тех случаев фантазирования, которые вызывали наибольшую озабоченность родителей и ухудшали микросоциальную адаптацию ребенка, отражалась в характере динамики таких форм фантазирования.

Считаем целесообразным предложить клиническую классификацию патологического фантазирования у детей и подростков, охватывающую все возможные его варианты:

1. Монотематическое сверхценное фантазирование:
 - 1.1. Истории с систематизацией фабулы:
 - на тему вымышленного друга
 - на тему вымышленного мира
 - 1.2. Фантазирование на тему сверхценных увлечений
 - 1.3. Игровые перевоплощения.
2. Фантазирование с негативным эмоциональным содержанием:
 - агрессивное фантазирование
 - ипохондрическое фантазирование
 - суицидальное фантазирование
 - фантазирование с сенсореализацией представлений
3. Псевдологическое фантазирование:

Включаются в том числе:

 - сексуальные оговоры и самооговоры
 - синдром Мюнхгаузена

Следует отметить, что более половины случаев (61%) клинически значимых форм активного воображения демонстрируют регресс симптоматики в течение первого года после обращения, включая формы сверхценного и дезадаптирующего характера. Усложнение сюжета фантазирования и поведения с ним связанного, - более благоприятный признак в плане прогноза, чем усиление фиксации ребенка на фантазировании. При стабильном длительном течении клинически значимых форм активного воображения, прогноз на дезактуализацию в течение года ещё ниже. Снижению способности к переключению между физиологическими доминантами, обуславливающее приобретение фантазированием сверхценного характера и стабильного длительного течения, способствуют низкий уровень развития (состояния когнитивного дефицита), перинатальная патология, наличие эпилептиформной активности в ЭЭГ и резидуальной органической патологии, отражающейся, в частности, в МРТ головного мозга.

ВЫВОДЫ

1. Фантазирование отмечалось во всех возрастных группах от 3 до 17 лет. По содержанию сюжета и способу реализации фантазирования выделено 16 вариантов. Значимость фантазирования, легкость его провоцирования и разнообразие вариантов с возрастом уменьшаются, но одновременно с этим развитие сюжета фантазий усложняется. Физиологическое фантазирование может влиять на настроение и поведение, а также уровень социального и бытового функционирования детей и подростков, при этом родители редко обращаются за профессиональной помощью (психолог — 3%, психиатр — 1%).

2. Варианты фантазий с рисованием схем, проектов, изобретений, особые увлечения с длительной фиксацией на этой теме, бравада (хвастовство) особыми возможностями наиболее характерны для мальчиков. Варианты фантазий на тему получения различных благ, успеха, модных аксессуаров, истории со сложным сюжетом о вымышленных друге или мире, своей болезни или недостатках, оговоры других людей в вымышленных криминальных отношениях, сексуальном насилии, самооговоры, фантазии на тему самоубийства более характерны для девочек.

3. Патологическое фантазирование у детей является нозологически неспецифическим феноменом. Важной определяющей патологичности фантазирования является динамика его развития — приобретение сверхценного характера, длительное стабильное течение, повторение или смена варианта фантазирования. Повседневное непатологическое фантазирование может становиться патологическим, и наоборот, в зависимости от динамики состояния. Факторы возраста и варианта фантазирования не могут являться обязательными критериями отнесения его к психопатологической симптоматике, а предлагавшиеся ранее критерии патологичности фантазирования не являются универсальными.

Приобретение феноменом фантазирования патологического характера определяется динамикой его развития.

4. Целесообразно использование термина «клинически значимые формы активного воображения» (КЗФ АВ), в который должны включаться все варианты синдрома патологического фантазирования у детей и подростков, а также все виды фантазирования, когда оно не является патологическим, но приводит к необходимости проведения дифференциальной диагностики с психическими заболеваниями детского возраста. В этом случае дифференциальная диагностика позволяет избежать неверного установления диагноза ребенку с яркими непатологическими формами фантазирования. Термин «синдром фантазирования» может использоваться в ряде случаев в качестве синонима КЗФ АВ, при этом занимает более широкий клинический диапазон, чем термин «синдром патологического фантазирования».

5. Все клинические варианты патологического фантазирования у детей и подростков можно классифицировать следующим образом:

1. Монотематическое сверхценное фантазирование:

1.1. Истории с систематизацией фабулы:

- на тему вымышленного друга
- на тему вымышленного мира

1.2. Фантазирование на тему сверхценных увлечений

1.3. Игровые перевоплощения.

2. Фантазирование с негативным эмоциональным содержанием:

- агрессивное фантазирование
- ипохондрическое фантазирование
- суицидальное фантазирование
- фантазирование с сенсореализацией представлений

3. Псевдологическое фантазирование:

Включаются в том числе:

- сексуальные оговоры и самооговоры
- синдром Мюнхгаузена

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

- При госпитализации пациента с КЗФ АВ с диагностической целью необходимо реализовать следующие задачи: 1) дать необходимое время ребенку привыкнуть к условиям обследования, проявить свои поведение и особенности фантазирования, 2) уменьшить воздействие привычного окружения (родных, детского сада, школы) на поведение ребенка, для оценки его влияния на проявления фантазирования, 3) для суждения о наличии патологической формы фантазирования необходимо оценивать изменение динамики КЗФ АВ (появление доминирующего характера, повторение варианта, длительного течения более 1 года), наличие влияния на поведение, настроение, снижение уровня социализации, возможность переключения на повседневные дела, количество уделяемого фантазированию времени.
- При наличии варианта фантазирования с псевдологическими вымыслами по истерическому механизму (вне зависимости от уровня интеллекта пациента) необходимо информирование родителей о возможном повторении в будущем этой формы фантазий и возможном появлении криминальной составляющей (в случае сексуальных оговоров и самооговоров) или жалоб ребенка на выраженное соматическое неблагополучие (в случае синдрома Мюнхгаузена).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алексеев С. Фантазия / С. Алексеев // Энциклопедический словарь Брокгауза и Эфрона. – СПб. : Типография АО "Брокгауз и Эфрон", 1902. – Т. XXXV. – С. 294–295.
2. Ахмедьянова З. И. Сравнительный анализ корректурных проб: тест бурдона и тест "кольца ландольта" / З. И. Ахмедьянова // Форум молодых ученых. – 2019. – № 2 (30). – С. 149–159.
3. Батаршев А. В. Базовые психологические свойства и профессиональное самоопределение личности : Практическое руководство по психологической диагностике / А. В. Батаршев. – СПб. : Речь, 2005. – 208 с.
4. Белопольская Н. Л. Недостающие предметы. Психодиагностическая методика (модификация методики Г. И. Россолимо) / Н. Л. Белопольская. – М. : Когито-Центр, 2008. – 16 с.
5. Белопольская Н. Л. Психологическая диагностика личности детей с задержкой психического развития / Н. Л. Белопольская. – 2-е изд., испр. – М. : Когито-Центр, 2009. – 192 с.
6. Блейлер Е. Аутистическое мышление / Е. Блейлер // Хрестоматия по общей психологии / под ред. Ю. Б. Гиппенрейтер, В. В. Петухова. – М. : Изд-во МГУ, 1981. – С. 113–122.
7. Большой психологический словарь / [Авдеева Н. Н. и др.] ; под ред. Б. Г. Мещерякова, В. П. Зинченко. – 4-е изд., расш. – М. : АСТ ; СПб. : Прайм-Еврознак, 2009. – 811 с.
8. Буренина Н. И. Патологические телесные сенсации / Н. И. Буренина // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1997. – Т. 97, № 5. – С. 22–27.
9. Варавикова М. В. Приступообразная шизофрения с преобладанием бреда воображения (психопатология, клиника, лечение, прогноз) : автореф. дис. ...

- канд. мед. наук : 14.00.18 / Варавикова Марина Вячеславовна ; Научный центр психического здоровья. – Москва, 1994. – 23 с.
10. Ганнушкин П. Б. Клиника психопатий: их статика, динамика, систематика / П. Б. Ганнушкин. – М. : Кооперативное изд-во Север, 1933. – 143 с.
11. Говсеев А. А. Симуляция душевных болезней и патологическое притворство / А. А. Говсеев. – Харьков : бр. Говсеевы, 1894. – [2], II, 333, IV с.
12. Гурьева В. А. Психопатология подросткового возраста / В. А. Гурьева, В. Я. Семке, В. Я. Гиндикин ; НИИ ПЗ Том. науч. центра РАМН. – Томск : Изд-во Том. ун-та, 1994. – 308 с.
13. Гурьева В. А. Сравнительно-нозологическая характеристика синдрома фантазирования в период пубертатного криза (судебно-психиатрический аспект) / В. А. Гурьева, В. В. Вандыш, З. М. Шилина // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1986. – Т. 86, № 1. – С. 81–86.
14. Диагностики эмоционально-нравственного развития / И. Б. Дерманов / ред.-сост. И. Б. Дерманова. – СПб. : Речь, 2002. – 174 с.
15. Дьяченко О. М. Об основных направлениях развития воображения дошкольника / О. М. Дьяченко // Вопросы психологии. – 1988. – № 6. – С. 52–59.
16. Зиновьев П. М. Лживость / П. М. Зиновьев // Большая медицинская энциклопедия / гл. ред. Н. А. Семашко. – М.: Акц. общ-во « Советская энциклопедия», 1929-1936. – Т. 16, 1931. – С. 92–96.
17. Иванов Н. Я. Патохарактерологический диагностический опросник для подростков. Краткое руководство / Н. Я. Иванов, А. Е. Личко ; ред. Л. И. Вассерман. – М. : Фолиум, 1994. – Выпуск 10: Диагностика характера подростков. – 64 с.
18. Кандинский В. Х. О псевдогаллюцинациях. Критико-клинический этюд В. Х. Кандинского, старшего ординатора Санкт-Петербургской городской

- больницы св. Николая Чудотворца / В. Х. Кандинский. – СПб. : Изд. Е. К. Кандинской, 1890. – 164 с.
19. Капустина А. Н. Многофакторная личностная методика Р. Кеттелла / А. Н. Капустина. – СПб. : Речь, 2001. – 112 с.
20. Карманов А. А. Методика диагностики основных параметров психического состояния тестом Люшера / А. А. Карманов. – СПб. : Иматон, 1999. – 89 с.
21. Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста (руководство для врачей) / В. В. Ковалев. – М. : Медицина, 1979. – 608 с.
22. Козловская Г. В. Парааутизм – психогенная форма аутизма / Г. В. Козловская, М. Е. Проселкова // Развитие личности. – 2004. – № 3. – С. 73–82.
23. Кононова М. П. Эйдетические явления и их отношение к психопатологии / М. П. Кононова // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1929. – Т. 29, № 1. – С. 61–82.
24. Корень Е. В. Феномен "ипохондрического фантазирования" в структуре ипохондрических расстройств у детей и подростков / Е. В. Корень, А. М. Марченко, Е. А. Трайнина // Актуальные вопросы детской психиатрии : материалы международной научно-практической конференции, г. Киров, 11 декабря 2008 г. – Киров : МИАЦ, 2008. – С. 43–46.
25. Крылов В. И. Основные категории психиатрии течения (синдромокинез и синдромотаксис) / В. И. Крылов // Психиатрия и психофармакотерапия. Журнал им. П. Б. Ганнушкина. – 2018. – № 2. – С. 4–9.
26. Крылов В. И. Психология и психопатология воображения (когнитивные функции и воображение) / В. И. Крылов // Психиатрия и психофармакотерапия. Журнал им. П. Б. Ганнушкина. – 2012. – № 3. – С. 4–14.
27. Крылов В. И. Психопатология реперезиваний (феномен флэшбэк) / В. И. Крылов // Психиатрия и психофармакотерапия. Журнал им. П. Б. Ганнушкина. – 2010. – № 1. – С. 7–12.

- 28.Лашкова А. В. Синдром патологического фантазирования у подростков в судебно-психиатрической клинике : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / Лашкова Анна Валерьевна ; Гос. науч. центр соц. и судеб. психиатрии им. В. П. Сербского МЗ РФ. – Москва, 2000. – 19 с.
- 29.Левченко И. Ю. Патопсихология: Теория и практика: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / И. Ю. Левченко. – М. : Академия, 2000. – 232 с.
- 30.Леденев Б. А. Некоторые особенности интересов, увлечений и фантазий у детей и подростков с формирующейся шизоидной психопатией / Б. А. Леденев // Журн. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1977. – Т. 77, № 10. – С. 1529–1532.
- 31.Леденев Б. А. Феномен визуализированных представлений у детей и подростков / Б. А. Леденев, Ю. С. Шевченко // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1982. – Т. 82, № 12. – С. 58 (1818)–63 (1822).
- 32.Макаров И. В. Деперсонализация у детей и подростков / И. В. Макаров // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева. – 2006. – № 3. – С. 16–17.
- 33.Макаров И. В. Об игровых перевоплощениях при шизофрении у детей / И. В. Макаров, Н. Г. Незнанов // Ученые записки Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова. – 2003. – № 3. – С. 41–42.
- 34.Макаров И. В. Патологическое фантазирование у детей / И. В. Макаров, И. В. Кравченко // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2015. – Т. 115, № 5, вып. 2. – С. 3–7.
- 35.Макаров И. В. Психиатрия детского возраста. Руководство для врачей / под общей ред. И. В. Макарова / И. В. Макаров. – СПб.: Наука и Техника, 2019. – С. 225–257.

- 36.Макаров И. В. Синдром фантазирования у детей (лекция) / И. В. Макаров // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2013. – № 2 (13). – С. 118–124.
- 37.Макаров И. В. Синдром фантазирования у детей / И. В. Макаров, И. В. Кравченко // Клиническая психиатрия детского и подросткового возраста. – СПб. : Наука и Техника, 2013. – С. 52–83.
- 38.Макаров И.В. Об игровых перевоплощениях у детей / И.В. Макаров // Актуальные вопросы внебольничной психоневрологической помощи детскому и взрослому населению : материалы науч.-практ. конф. с международным участием, Санкт-Петербург, 21-22 мая 2009 г. ; избранные труды. – СПб. : Изд. НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2009. – С. 188–190.
- 39.Макаров И.В. Патологические игровые перевоплощения у детей / И.В. Макаров // XIV съезд психиатров России, Москва, 15-18 ноября 2005 г. : материалы съезда. – М., 2005. – С. 209.
- 40.Маклаков А. Г. Общая психология /А. Г. Маклаков. – СПб. : Питер, 2001. – 592 с.
- 41.Мамцева В. Н. О бреде воображения в детском возрасте / В. Н. Мамцева, Г. М. Гервиц, Ю. И. Шувалова // Журн. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1977. – Т. 77, № 10. – С. 1537–1539.
- 42.Мамцева В. Н. О двух формах патологического фантазирования при вялотекущей шизофрении у детей / В. Н. Мамцева // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1957. – Т. 57, № 7. – С. 909–912.
- 43.Мамцева В. Н. О хроническом бреде воображения в детском возрасте / В. Н. Мамцева // Актуальные проблемы психиатрии детского и подросткового возраста : сборник статей / под ред. А. А. Портнова. – М. : Моск. НИИ психиатрии, 1976. – Труды ... т. 75. – С. 20–23.
- 44.Мамцева В. Н. Особые интересы и фантазии при шизофрении у детей как возрастное видоизменение паранояльного синдрома / В. Н. Мамцева //

- Актуальные проблемы психоневрологии детского возраста : сборник статей / под ред. А. А. Портнова. – М. : Моск. НИИ психиатрии, 1973. – Труды ... т. 66. – С. 59–65.
45. Мамцева В. Н. Синдром бредоподобных фантазий (самооговоры) у подростков, страдающих шизофренией / В. Н. Мамцева // Проблемы психоневрологии детского возраста : сборник трудов, посвящ. 70-летию ... Г. Е. Сухаревой. – М. : Моск. НИИ психиатрии, 1964. – Труды ... т. 41. – С. 38–50.
46. Мнухин С. С. О границах шизофрении у детей и подростков / С. С. Мнухин // Шизофрения : (Вопросы нозологии, патогенеза, клиники и анатомии) : Доклады на Всесоюз. совещании по проблеме шизофрении / М-во здравоохранения СССР. Всесоюз. науч. мед. о-во невропатологов и психиатров. – Москва : [б. и.], 1962. – С. 77–83.
47. Немов Р. С. Психология. Учебник для студентов высших педагогических учебных заведений. Т. 2. : Психология образования. – 2-е изд. / Р.С. Немов. – М. : Просвещение : ВЛАДОС, 1995. – 496 с.
48. Осорина М. В. Исследование повседневного фантазирования взрослых. Часть I : подход и методы / М. В. Осорина, А. А. Чечик // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 16. : Психология. Педагогика. – 2013. – № 3. – С. 25–34.
49. Осорина М. В. Исследование повседневного фантазирования взрослых. Часть II : результаты апробации методов сбора и обработки эмпирического материала / М. В. Осорина, А. А. Чечик // Вестник Санкт-Петербургского университета. – Серия 16. : Психология. Педагогика. – 2013. – № 4. – С. 14–29.
50. Панасюк А. Ю. Адаптированный вариант методики Векслера (WISC) : метод. пособие / А. Ю. Панасюк ; Ин-т гигиены детей и подростков, Ленингр. педиатр. мед. ин-т. – Москва : [б. и.], 1973. – 80 с.

51. Руднева И. К. Особенности малопрогрессирующей шизофрении у детей с синдромом патологического фантазирования : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / Руднева Ирина Константиновна ; Научный центр психического здоровья. – Москва, 1985. – 24 с.
52. Семенов С.Ф. Зрительные агнозии и галлюцинации (К проблеме очаговой психопатологии) / С. Ф. Семенов. – Киев : Здоров'я, 1965. – 248 с.
53. Сидоров П. И. Введение в клиническую психологию. В 2 тт. / П. И. Сидоров, А. В. Парняков. – М. : Академический проект ; Екатеринбург : Деловая книга, 2000. – Т. I. : Учебник для студентов медицинских вузов. – 416 с.
54. Симсон Т. П. Шизофрения раннего детского возраста / Т. П. Симсон. – М. : Акад. мед. наук СССР, 1948. – 136 с.
55. Синдромы фантазирования у детей: клиника и систематика : пособие для врачей / НИПНИ им. В. М. Бехтерева; сост. : И. В. Макаров, И. В. Кравченко. – СПб., 2010. – 31 с.
56. Тиганов А. С. Руководство по психиатрии. В 2 тт. / [А. С. Тиганов, А. В. Снежневский, Д. Д. Орловская и др.] / под ред. А. С. Тиганова. – М. : Медицина, 1999. – Т. 1. – 784 с..
57. Ушинский К. Д. Собрание сочинений / К. Д. Ушинский. – Москва-Ленинград : Изд-во Акад. пед. наук, 1950. – Т. 8 : Человек как предмет воспитания. Опыт педагогической антропологии. – Гл. XXVII-XXX. – С. 403–442.
58. Фелинская Н. И. Реактивные состояния в судебно-психиатрической клинике / Н. И. Фелинская. – М. : Медицина, 1968. – 292 с.
59. Фролов Б. С. Основные психопатологические синдромы: руководство для врачей / Б. С. Фролов, В. Э. Пашковский. – Санкт-Петербург : Изд. дом СПбМАПО, 2004. – 240 с.
60. Хромов Н. А. К физиологическому анализу истерической псевдологии / Н. А. Хромов // Вопросы психиатрии и неврологии : сборник трудов

Ленинградского научного общества неврологов и психиатров. – Вып. III. – Л., 1958. – С. 361–372.

61. Чехова А. Н. Течение шизофренического процесса, начавшегося в детском возрасте / А. Н. Чехова. – М. : Медгиз, 1963. – 136 с.
62. Чечик А. А. Регуляторная функция повседневного фантазирования взрослых / А. А. Чечик // Вестник Санкт-Петербургского университета. – Серия 16. : Психология. Педагогика. – СПб., 2015. – № 4. – С. 34–45.
63. Чубариков В. И. Феномен визуализированных представлений у больного олигофренией в степени имбецильности в зрелом возрасте / В. И. Чубариков // История городского медицинского объединения им. С.П. Боткина и современное состояние специализированной медицинской помощи. – Орел : Орагс, 1999. – С. 282–284.
64. Юдин Т. И. Психопатические конституции. Выделение типов характера (типов сложных психических реакций) на основании наследственно-биологического и клинического анализа психозов / Т. И. Юдин. – М. : Изд-во М. и С. Сабашниковых, 1925. – 166 с.
65. Якубик А. Истерия. Методология. Теория. Психопатология / Анджей Якубик : пер. с польск. – М. : Медицина, 1982. – 342 с.
66. Ясперс К. Общая психопатология / Карл Ясперс : пер. с нем. – М.: Практикум, 1997. – 1053 с.
67. Benezech, M. A lycanthropic murderer / M. Benezech, Ja. De Witte, J. Ja. Etcheparre // American Journal of Psychiatry. – 1989. – Vol. 146 (7). – P. 942.
68. Birnbaum, K. Psychosen mit Wahnbildung und wahnhafte Einbildungen bei Degenerativen / von Karl Birnbaum ; mit einem Vorwort von C. Moeli. – Halle a. S. : Marhold, 1908. – 227 s.
69. Broden, A. R. Hypochondriacal symptoms as derivatives of unconscious fantasies of being beaten or tortured / A. R. Broden, W. A. Myers // Journal of the American Psychoanalytic Association. – 1981. – Vol. 29 (3). – P. 535–557.

70. Curtis, D. A. Pathological Lying: Theoretical and Empirical Support for a Diagnostic Entity / D. A. Curtis, C. L. Hart // *Psychiatric Research and Clinical Practice*. – Published Online : 22 Jun 2020. – URL : "<https://doi.org/10.1177/000306518102900303>".
71. Darcourt, G. Hysterical personality disorder / G. Darcourt ; Clinique de psychiatrie et de psychologie médicale, Hôpital Pasteur, Nice // *La Revue du Praticien*. – 1995. – Vol. 45 (20). – P. 2550–2555.
72. Delbrück, A. Die pathologische lüge und die psychisch abnormen schwindler. Eine untersuchung uber den allmahlichen ubergang eines normalen psychologischen vorgangs in ein pathologisches symptom, fur arzte und juristen / A. Delbrück. – Stuttgart : F. Enke, 1891. – 131 s.
73. Dike, C. C. Pathological Lying Revisited / C. C. Dike, M. Baranoski, E. E. H. Griffith // *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*. – 2005. – Vol. 33 (3). – P. 342–349.
74. Dupré, E. La Mythomanie. Étude psychologique et médico-légale du mensonge et de la fabulation morbides (leçon d'ouverture du cours de psychiatrie médico-légale (2e année 1905) / E. Dupré. – Paris : Gainche, 1905. – 68 p.
75. Dupré, E. Les délires d'imagination / E. Dupré, J. Logre // *L'Encéphale (Paris)*. – 1911. – Vol. 6a. – P. 209–232.
76. Dupré, E. Pathologie de l'Imagination et de l'Émotivité / E. Dupré. – Paris : Payot. – 1925. – XXIII+503 p.
77. Fahy, T. A. Lycanthropy: a review / T. A. Fahy // *Journal of the Royal Society of Medicine*. – 1989. – Vol. 82 (1). – P. 37–39.
78. Fischer, S. Die Verbreitung der eidetischen Anlage im Jugendalter und ihre Beziehungen zu körperlichen Merkmalen / S. Fischer, H. Hirshberg // *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*. – 1924. – Bd. 88 (LXXXVIII). – S. 241–295.

79. Garlipp, P. Lycanthropy – psychopathological and psychodynamical aspects / P. Garlipp, T. Gödecke-Koch, D. E. Dietrich, H. Haltenhof // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 2004. – Vol. 109 (1). – P. 19–22.
80. Gross, B. False Rape Allegations: An Assault On Justice / American College of Forensic Examiners // *The Forensic Examiner (Sample)*, Spring 2009. – Vol. 18 (1). – URL : <https://issuu.com/acfei.media/docs/springHYPERLINK> "https://issuu.com/acfei.media/docs/spring2009"2009
81. Gundogar, D. Multiple sclerosis presenting with fantastic confabulation / D. Gundogar, S. Demirci // *General Hospital Psychiatry*. – 2006. – Vol. 28 (5). – P. 448–451.
82. Hall, G. S. Children's Lies / G. S. Hall et al. / *The American Journal of Psychology*. – 1890. – Vol. 3 (1). – P. 59–70.
83. Healy, W. Pathological lying, accusation, and swindling ; a study in forensic psychology / W. Healy, M. T. Healy. – Boston : Little, Brown, and Company, 1915. – 286 p. – (Criminal Science Monograph, № 1).
84. Høyersten, J. G. The berserks – what was wrong with them? / J. G. Høyersten // *Tidsskrift for den Norske lægeforening*. – 2004. – Vol. 124 (24). – P. 3247–3250.
85. Jaensch, E. R. Die Eidetik und die typologische Forschungsmethode: in ihrer Bedeutung für die Jugendpsychologie und Pädagogik, für die allgemeine Psychologie und die Psychophysiologie der menschlichen Persönlichkeit / E. R. Jaensch. – Leipzig : Quelle & Meyer, 1927. – 90 s.
86. Kapur, N. Confabulation and frontal lobe dysfunction / N. Kapur, A. K. Coughlan // *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*. – 1980. – Vol. 43 (5). – P. 461–463.
87. Keck, P. E. Lycanthropy: alive and well in the twentieth century / P. E. Keck, H. G. Pope, J. I. Hudson et al. // *Psychological Medicine*. – 1988. – Vol. 18 (1). – P. 113–120.

88. Khalil, R. B. Lycanthropy as a culture-bound syndrome: a case report and review of the literature / R. B. Khalil, P. Dahdah, S. Richa, D.A. Kahn // *Journal of Psychiatric Practice*. – 2012. – Vol. 18 (1). – P. 51–54.
89. Klinger E. Daydreaming and Fantasizing: Thought Flow and Motivation / E. Klinger // *Handbook on Imagination and Mental Simulation* / ed. by K. D. Markman, W. M. P. Klein, J. A. Suhr. – New York : Psychology Press, 2009. – Ch. 15. – P. 225–239.
90. Koppen, M. Über die pathologische Lüge (Pseudologia phantastica) / M. Koppen // *Charite-Annalen* / by Berlin (Germany) Charité-krankenhaus. – Berlin : August Hirschwald, 1898. – Vol. 23 (8) – S. 674–719.
91. Krout, M. H. The psychology of children's lies, with a select bibliography on general child psychology and the treatment of children's difficulties / M. H. Krout. – Boston : R. G. Badger, 1932. – 113 p.
92. Kulick, A. R. Lycanthropy and self-identification / A. R. Kulick, H. G. Jr. Pope, P. E. Jr. Keck // *Journal of Nervous and Mental Disease*. – 1990 – Vol. 178 (2). – P. 134–137.
93. Lynn, S. J. The fantasy-prone person: hypnosis, imagination, and creativity / S. J. Lynn, J. W. Rhue // *Journal of Personality and Social Psychology*. – 1986. – Vol. 51 (2). – P. 404–408.
94. Makarov I. V. The syndrom of fantasizing in children and adolescents / I. V. Makarov, I. V. Kravchenko // *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. – 2012. – Vol. 60 (5, Supplement, July 2012). – P. S158.
95. Maltzberger, J. T. Suicide fantasy as a life-sustaining recourse / J. T. Maltzberger, E. Ronningstam, I. Weinberg et al. // *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*. – 2010. – Vol. 38 (4). – P. 611–623.
96. Matas, M. The girl who cried wolf: pseudologia phantastica and sexual abuse / M. Matas, A. Marriott // *Canadian Journal of Psychiatry*. – 1987. – Vol. 32 (4). – P. 305–309.

97. Merckelbach, H. Dissociation and fantasy proneness in psychiatric patients: a preliminary study / H. Merckelbach, J. Campo, S. Hardy, T. Giesbrecht // *Comprehensive Psychiatry*. – 2005. – Vol. 46 (3). – P. 181–185.
98. Peskine, A. Fantastic confabulations or delusion / A. Peskine, P. Bruguière, C. Picq, P. Pradat-Diehl // [Annales de Réadaptation et de Médecine Physique] *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*. – 2008. – Vol. 51 (6). – P. 501–505.
99. Powell, R. A. Did Freud misinterpret reported memories of sexual abuse as fantasies / R. A. Powell, D. P. Boer // *Psychological Reports*. – 1995. – Vol. 77 (2). – P. 563–570.
100. Selby, E. A. Daydreaming about death: violent daydreaming as a form of emotion dysregulation in suicidality / E. A. Selby, M. D. Anestis, T. E. Jr. Joiner // *Behavior Modification*. – 2007. – Vol. 31 (6). – P. 867–879.
101. Smith, C. E. Toward a refined view of aggressive fantasy as a risk factor for aggression: interaction effects involving cognitive and situational variables / C. E. Smith, K. W. Fischer, M. W. Watson // *Aggressive Behavior*. – 2009. – Vol. 35 (4). – P. 313–323.
102. Swain, J. E. The wolf boy: reactive attachment disorder in an adolescent boy / J. E. Swain, J. F. Leckman, F. R. Volkmar // *Psychiatry (Edgmont)*. – 2005. – Vol. 2 (11). – P. 55–61.
103. Treanor, K. E. Defining, understanding and diagnosing pathological lying (pseudologia fantastica): an empirical and theoretical investigation into what constitutes pathological lying : Doctor of Psychology (Clinical) thesis, School of Psychology, University of Wollongong (Australia), 2012 // University of Wollongong thesis collection 1954-2016. – URL : "http://ro.uow.edu.au/theses/3811".
104. Urbantschitsch, V. Über subjektive optische Anschauungsbilder / V. Urbantschitsch. – Leipzig und Wien : Franz Deuticke, 1907. – 211 p.

105. Vena, van de V. The role of schizotypy, mental imagery, and fantasy proneness in hallucinatory reports of undergraduate students / V. van de Vena, H. Merckelbach // *Personality and Individual Differences*. – 2003. – Vol. 35 (4). – P. 889–896.
106. Villiers, de C. A flight of fantasy: false memories in frontal lobe disease / C. de Villiers, R. Zent, R.W. Eastman, D. Swingler // *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*. – 1996. – Vol. 61 (6). – P. 652–653.
107. Waldo, T. G. Fantasy Proneness, Dissociation, and DSM–IV Axis II Symptomatology / T. G. Waldo, R. D. Merritt // *Journal of Abnormal Psychology*. – 2000. – Vol. 109 (3). – P. 555–558.
108. Yang, Y. Localisation of increased prefrontal white matter in pathological liars / Y. Yang, K. L. Narr, T. Lencz et al. // *British Journal of Psychiatry*. – 2007. – Vol. 190 (2). – P. 174–175.
109. Yang, Y. Prefrontal white matter in pathological liars / Y. Yang, A. Raine, T. Lencz et al. // *British Journal of Psychiatry*. – 2005. – Vol. 187 (4). – P. 320–325.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ, ПРИНИМАЮЩИХ УЧАСТИЕ В ОПРОСЕ

В чём суть исследования

В отделении детской психиатрии ФГБУ НИПНИ им. В.М. Бехтерева проводится научное исследование детей, госпитализированных в связи с нарушениями поведения, связанными с фантазированием, тема исследования: «Синдром фантазирования у детей: клиника, диагностика, систематика». В отечественной и мировой науке данные вопросы поднимаются более 125 лет, однако, до сих пор отсутствует ясное понимание границ нормы и патологии феномена фантазирования. Настоящим опросом ставится цель уточнить варианты и границы нормального фантазирования для детей, что в дальнейшем, как мы надеемся, поможет адекватнее оценивать жалобы и состояние детей, попадающих в психиатрический стационар.

Настоящий анкетированный опрос адресуется всем родителям, чьи дети в той или иной мере фантазируют или фантазировали ранее. Таким образом собирается информация о нормальных для детей особенностях фантазирования. Под фантазированием понимается — выдумывание историй, придумывание игр на темы увлечений, склонность к мечтаниям, даже неправда, которую ребёнок сам выдумал и в которую верит — всё, что объединяется воображением и увлечённостью.

Для того, чтобы полученные данные могли принести пользу, они должны быть статистически достоверными. Это условие может быть обеспечено лишь большим количеством опрошенных родителей, аккуратным заполнением ими анкет. Мы благодарны Вам за труд и время, которые Вы потратите! Все полученные от Вас данные будут использованы лишь с научной целью для написания медицинских статей, выступления перед специалистами, защиты диссертации. Имя, дата рождения, другая информация, позволяющая идентифицировать Вашего

ребёнка или Вас, не собирается, данная анкета обезличена. Будут использоваться лишь обработанные данные по массиву анкет.

Участвующий в данном анкетированном опросе родитель, как и его ребёнок, не подвергаются рискам, связанным с передачей конфиденциальной информации либо риску своему здоровью. Участие в анкетированном опросе является свободным и бескорыстным выбором, родитель в праве отказаться от участия в опросе. Не подразумеваются какие-либо виды вознаграждения участникам опроса. В то же время, исследователи, проводя данный анкетированный опрос, преследуют не только свои личные научные цели, но надеются на конечный результат в виде совершенствования психиатрической помощи нуждающимся детям.

Как заполнять анкету

Анкету заполняет любой из родителей, либо родили сообщая, преимущественно это делается подчёркиванием либо постановкой галочки у выбранного варианта ответов. Необходимо ответить на каждый вопрос. На предложенные вопросы можно выбирать один или несколько подходящих вариантов ответа. Выбирая в качестве ответа вариант «Другое___» уточните, что вы имеете в виду. Если посчитаете нужным вы можете в любых пустых местах дописать свои уточнения развёрнуто.

СОГЛАСИЕ НА УЧАСТИЕ В ОПРОСЕ

Ваша подпись подтверждает, что 1) вы ознакомились с предложенной информацией по исследованию, 2) даёте согласие на участие в анкетированном опросе и разрешаете специалисту, проводящему исследование использовать данные полученные от Вас в анкете для публикации в медицинских журналах, научных выступлениях и лекция, при защите диссертации, 3) вы ознакомлены с тем, что имя, дата рождения, любая другая информация, позволяющая идентифицировать Вашего ребёнка или Вас не собирается в данном опросе.

Родитель подписывает обе копии информированного согласия и одну оставляет себе.

Дата « » _____ 20__ г. ФИО участника опроса _____
заполнения

Подпись _____

Младший научный сотрудник
отделения детской психиатрии
НИПНИ им. В.М. Бехтерева,
bambrs@mail.ru

Кравченко И.В.

АНКЕТА ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ

В рамках научного исследования, посвящённого изучению феномена фантазирования в детском возрасте, проводится анкетированный опрос родителей в отношении фантазирования их детей.

- 1) Пол вашего ребёнка: **МУЖ / ЖЕН**
- 2) Возраст ребёнка _____ лет.
- 3) Подчеркните учреждение, которое посещает ребёнок: **сад / школу / коррекционный сад / коррекционную школу.**
- 4) Имеет ли ребёнок трудности с адаптацией в детском коллективе: **не имеет / незначительные / значительные.**
- 5) С какого возраста вы обратили внимание на фантазирование ребёнка _____ лет.
- 6) _____ В _____ чем _____ оно
выражалось _____
- 7) Со временем фантазирование ребёнка менялось: **нет / менялись темы / менялась сложность сюжетной линии / продолжительность уделяемого времени** (увеличивалась/уменьшалась) _____ /
Другое _____

8) Если в перечисленном списке есть варианты фантазирования, которые отмечались у вашего ребёнка, выберите их и надпишите возраст начала и продолжительность:

- фантазии на тему благ, успеха, модных аксессуаров (лет_____/____);
- фантазирование на темы сюжетов мультфильмов, книг, фильмов (лет_____/____);
- выдумывание сложных историй о вымышленном мире / вымышленном друге / другое_____ (лет_____/____);
- вызывание ясных образов, которые воспринимаются ребёнком как реальные (лет_____/____);
- перевоплощение в героя или животное с соответствующей имитацией их поведения (лет_____/____);
- выдумки, близкие ко лжи (с умыслом / бесцельные небылицы) (лет_____/____);
- поток легко сменяющих друг друга коротких фантазий, с перепрыгиванием с темы на тему (лет_____/____);
- фантастическая бравада (хвастовство) особыми возможностями (лет_____/____);
- оговоры других или самооговоры себя в вымышленных криминальных отношениях, сексуальном насилии, позиционируемые ребёнком как реальные события (лет_____/____);
- фантазирование на тему особых увлечений, на которых ребёнок длительно фиксируется (лет_____/____);
- рисование схем, проектов, изобретений с фантазиями на эту тему (лет_____/____);
- фантазирование на тему своей болезни или недостатков (лет_____/____);
- выдумывание у себя болезни и вживание в роль больного (лет_____/____);

- агрессивные фантазии (лет_____/_____);
- фантазии на тему самоубийства или своей смерти (лет_____/_____).
- Другое_____

9) Откуда ребёнок черпает сюжеты для своих фантазий: **мультфильмы / книги / фильмы / яркие впечатления / страхи / увлечения / конфликты / переживания** / **не** **знаю.**

Другое_____

10) Как вам кажется, в процессе фантазирования ребёнок: **развлекает себя / стремится привлечь внимание окружающих / компенсирует в фантазии то, в чем чувствует слабость / стремится удивить слушателей / получить в фантазии то, что хочет, но не получает в реальности / самоутверждается / замещает неприятную реальность приятными построениями воображения** / другое_____

11) Стремясь предаться фантазированию, ребёнок: **предпочитает уединиться / старается попасть в центр внимания окружающих / для ребёнка окружающая ситуация не принципиальна.**

12) Во время фантазирования ребёнок: **спокойно сидит ли лежит / рассказывает и жестикулирует** / **бывает по-разному** / другое_____

13) Ребёнок фантазирует:

- только / преимущественно для себя;
- только / преимущественно для окружающих (чтобы поразить их воображение / удивить / со зрителями увлекательнее);
- и тем и другим образом примерно в равной мере;
- Другое_____

14) Легко ли ребёнок провоцируется на фантазирование: **нет / легко / очень легко.**

15) Когда ребёнок фантазирует, легко ли его прервать: **легко / трудно / очень трудно.**

16) Мешает ли фантазирование ребёнку: **нет / мешает общению с другими детьми / мешает общению с родителями и родственниками / мешает насущным занятиям.**

17) Влияло ли фантазирование отрицательно на настроение или поведение ребёнка: **нет / да,**
влияло_____

18) Обращались ли вы к специалистам за помощью в связи с особенностями фантазирования вашего ребёнка: **не обращались / обращались к психиатру / неврологу / педиатру / психологу / логопеду.**

19) Хотели бы вы проконсультироваться по поводу особенностей фантазирования вашего ребёнка у специалистов: **такой необходимости нет / да, хотели бы получить консультацию психиатра / невролога / педиатра / психолога / логопеда.**

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Таблица Б.3.1.1 — Среднее значение возраста начала фантазирования

	Для всех	Мужской пол	Женский пол
Медиана возраста и интерквартильный размах.	4 (3-5)	4 (3-5)	4 (3-5)
Минимум и максимум.	1-12	2-11	1-12
Диапазон.	11	9	11

Таблица Б.3.1.2 — Возраста начала фантазирования по годам в процентах

	1 год	2 года	3 года	4 года	5 лет	6 лет	7 лет	8 лет	9 лет	10 лет	11 лет	12 лет
Мужской пол	0% (0)	8% (16)	29% (54)	23% (44)	23% (43)	9% (17)	4% (7)	2% (4)	1% (1)	1% (1)	1% (2)	0% (0)
Женский пол	1% (2)	8% (17)	25% (54)	20% (44)	24% (51)	7% (14)	8% (17)	3% (6)	2% (4)	2% (4)	0% (1)	0% (1)

Таблица Б.3.2.1 — Варианты фантазирования и их представленность в возрастных группах

ВАРИАНТЫ фантазирования:	Все дети	3-5 лет	6-8 лет	9-11 лет	12-14 лет	15-17 лет
фантазирование на темы сюжетов мультфильмов, книг, фильмов	65%	76%	69%	62%	59%	47%
перевоплощение в героя или животное с соответствующей имитацией их поведения	49%	71%	56%	48%	27%	26%
фантазии на тему благ, успеха, модных аксессуаров	34%	30%	38%	40%	31%	24%
выдумывание сложных историй	29%	26%	29%	30%	31%	24%
(а) из них о вымышленном мире от всех историй	28%	21%	28%	39%	17%	38%
(б) из них о вымышленном друге от всех историй	17%	29%	19%	18%	10%	0%
(в) из них другое	2%	Вымышленная семья.				

		О животных (в т.ч. при астме, когда нельзя иметь животных — появляется вымышленный друг - собака, о которой заботятся и отмечают день рождения). Сказки.				
выдумки, близкие ко лжи	25%	29%	32%	30%	13%	6%
(а) из них с умыслом	17%	26%	11%	15%	25%	0%
(б) из них бесцельные небылицы	30%	26%	37%	33%	17%	0%
рисование схем, проектов, изобретений с фантазиями на тему увлечений	24%	15%	33%	27%	20%	15%
фантастическая бравада (хвастовство) особыми возможностями	18%	21%	24%	18%	14%	6%
фантазирование на тему особых увлечений, на которых ребёнок длительно фиксируется	15%	16%	21%	16%	9%	12%
поток легко сменяющих друг друга коротких фантазий, с перепрыгиванием с темы на тему	15%	17%	19%	19%	5%	12%
вызывание во время фантазий ясных образов, которые воспринимаются ребёнком как реальные	12%	15%	15%	10%	8%	9%
фантазирование на тему своей болезни или недостатков	8%	12%	6%	8%	4%	9%
выдумывание у себя болезни и вживание в роль больного	8%	9%	10%	5%	10%	6%
агрессивные фантазии	3%	7%	2%	3%	0%	6%
оговоры других или самооговоры себя в вымышленных криминальных отношениях, сексуальном насилии, позиционируемые ребёнком как реальные	2%	4%	2%	0	0	3%

события						
фантазии на тему самоубийства или своей смерти	0,5%	1%	0	0	0	3%

Таблица Б.3.2.2 — Среднее количество одновременно отмеченных вариантов фантазирования

	Все дети	Среди мальчиков	Среди девочек	3-5 лет	6-8 лет	9-11 лет	12-14 лет	15-17 лет
Медиана отмеченных вариантов фантазирования	3 (1-4)	3 (2-4)	3 (1-4)	3 (2-4)	3 (2-5)	3 (2-4)	2 (1-3)	2 (2-3)
Минимум и максимум	0-15	0-11	0-15	0-15	0-13	0-10	0-9	0-11
Диапазон	15	11	15	15	13	10	9	11

Таблица Б.3.2.3 — Распределение вариантов фантазирования по полу в порядке уменьшения доли

ВАРИАНТЫ фантазирования:	Среди всех	Мужской пол	Женский пол	Соотношение различий по полу
Количество детей	438	203	235	
фантазирование на темы сюжетов мультфильмов, книг, фильмов	65%	70%	60%	1,2 : 1
перевоплощение в героя или животное с соответствующей имитацией их поведения	49%	49%	49%	1 : 1
фантазии на тему благ, успеха, модных аксессуаров	34%	24%	43%	1 : 1,8
выдумывание сложных историй	29%	30%	28%	1,1 : 1
(а) из них о вымышленном мире от всех историй	28%	21%	34%	1 : 1,7
(б) из них о вымышленном друге от всех историй	17%	15%	20%	1 : 1,3

(в) из них другое	2%			
выдумки, близкие ко лжи	25%	23%	26%	1 : 1,1
(а) из них с умыслом	17%	17%	18%	1 : 1,1
(б) из них бесцельные небылицы	30%	30%	31%	1 : 1
рисование схем, проектов, изобретений с фантазиями на тему увлечений	24%	28%	20%	1,4 : 1
фантастическая бравада (хвастовство) особыми возможностями	18%	22%	15%	1,5 : 1
фантазирование на тему особых увлечений, на которых ребёнок длительно фиксируется	15%	18%	13%	1,4 : 1
поток легко сменяющих друг друга коротких фантазий, с перепрыгиванием с темы на тему	15%	15%	15%	1 : 1
вызывание во время фантазий ясных образов, которые воспринимаются ребёнком как реальные	12%	12%	11%	1,1 : 1
фантазирование на тему своей болезни или недостатков	8%	5%	9%	1 : 1,8
выдумывание у себя болезни и вживание в роль больного	8%	6%	10%	1 : 1,7
агрессивные фантазии	3%	3%	3%	1 : 1
оговоры других или самооговоры себя в вымышленных криминальных отношениях, сексуальном насилии, позиционируемые ребёнком как реальные события	2%	1%	2%	1 : 2
фантазии на тему самоубийства или своей	0,5%	0%	1%	-

смерти				
Свой вариант фантазирования	6%	5%	7%	1:1,4

Таблица Б.3.2.4 — Возраст начала для каждого варианта фантазирования детей и подростков и его особенности в зависимости от пола ребенка

ВАРИАНТЫ фантазирования:	ВСЕ	Мужской пол	Женский пол
фантазирование на темы сюжетов мультфильмов, книг, фильмов			
- возраст начала (Ме)	4 (3-6)	4 (3-6)	5 (3-6)
Минимум		1	1
Максимум		11	14
Диапазон		10	13
- продолжительность (Ме)	2 (1-3)	2 (1-3)	2 (1-3)
Минимум		0	0
Максимум		10	12
Диапазон		10	12
перевоплощение в героя или животное с соответствующей имитацией их поведения			
- возраст начала (Ме)	4 (3-5)	4 (3-5)	4 (3-5)
Минимум		2	2
Максимум		9	11
Диапазон		7	9
- продолжительность (Ме)	2 (1-3)	2 (1-3)	2 (1-3)
Минимум		1	0
Максимум		7	9
Диапазон		6	9
фантазии на тему благ, успеха, модных аксессуаров			
- возраст начала (Ме)	5 (4-7)	6 (4-7)	5 (4-7)
Минимум		2	2
Максимум		11	13
Диапазон		9	11
- продолжительность (Ме)	2 (1-3)	1 (1-3)	2 (1-3)
Минимум		0	0
Максимум		8	12
Диапазон		8	12
сложные фантастические истории			
- возраст начала (Ме)	5 (4-7)	5 (4-6)	5 (4-7)
Минимум		1	2
Максимум		9	14
Диапазон		8	12

- продолжительность (Ме)	2 (1-3)	1 (1-2)	2 (1-3)
Минимум		0	0
Максимум		7	6
Диапазон		7	6
выдумки, близкие ко лжи			
- возраст начала (Ме)	5 (4-6)	5 (5-7)	5 (4-6)
Минимум		3	2
Максимум		11	12
Диапазон		8	10
- продолжительность (Ме)	1 (1-3)	1 (1-2)	1 (1-3)
Минимум		1	0
Максимум		4	8
Диапазон		3	8
рисование схем, проектов, изобретений с фантазиями на тему увлечений			
- возраст начала (Ме)	6 (5-7)	6 (5-7)	6 (5-7)
Минимум		3	3
Максимум		10	13
Диапазон		7	10
- продолжительность (Ме)	2 (1-3)	2 (1-3)	2 (1-3)
Минимум		1	0
Максимум		6	7
Диапазон		5	7
фантастическая бравада (хвастовство) особыми возможностями			
- возраст начала (Ме)	5 (4-7)	5 (4-7)	5 (4-7)
Минимум		2	3
Максимум		12	12
Диапазон		10	9
- продолжительность (Ме)	1 (1-2)	1 (1-2)	1 (1-2)
Минимум		1	0
Максимум		8	11
Диапазон		7	11
фантазирование на тему особых увлечений, на которых ребёнок длительно фиксируется			
- возраст начала (Ме)	5 (4-7)	6 (4-7)	5 (4-7)
Минимум		2	3
Максимум		10	13
Диапазон		8	10
- продолжительность (Ме)	2 (1-3)	1 (1-3)	2 (1-3)
Минимум		1	1
Максимум		7	3
Диапазон		6	2

поток легко сменяющих друг друга коротких фантазий, с перепрыгиванием с темы на тему			
- возраст начала (Ме)	5 (4-6)	5 (4-6)	5 (4-7)
Минимум		2	2
Максимум		9	13
Диапазон		7	11
- продолжительность (Ме)	2 (1-3)	1 (1-2)	2 (1-4)
Минимум		1	0
Максимум		8	11
Диапазон		7	11
фантазирование на тему своей болезни и недостатков			
- возраст начала (Ме)	6 (4-8)	6 (4-8)	7 (5-9)
Минимум		3	3
Максимум		10	14
Диапазон		7	11
- продолжительность (Ме)	1 (1-2)	1 (1-1)	2 (1-2)
Минимум		1	1
Максимум		2	5
Диапазон		1	4
вызывание ясных образов во время фантазирования, которые воспринимаются ребёнком как реальные			
- возраст начала (Ме)	4 (4-6)	4 (4-6)	4 (4-5)
Минимум		3	3
Максимум		11	13
Диапазон		8	10
- продолжительность (Ме)	1 (1-2)	1 (1-1)	2 (1-4)
Минимум		1	1
Максимум		4	9
Диапазон		3	8
агрессивные фантазии			
- возраст начала (Ме)	5 (4-8)	4 (4-7)	6 (5-9)
Минимум		3	4
Максимум		9	14
Диапазон		6	10
- продолжительность (Ме)	1 (1-1)	1 (1-1)	1 (1-1)
Минимум		0	1
Максимум		1	1
Диапазон		1	0
оговоры других или самооговоры себя в вымышленных криминальных отношениях, сексуальном насилии, позиционируемые ребёнком как реальные события			

- возраст начала (Ме)	4 (3-5)	4 (4-5)	4 (3-7)
Минимум		3	3
Максимум		5	12
Диапазон		2	9
- продолжительность (Ме)	2 (1-2)	0	2 (1-2)
Минимум		0	1
Максимум		0	2
Диапазон		0	1
фантазии на тему самоубийства или своей смерти			
- возраст начала (Ме)	6 (5-6)	0	6 (5-6)
Минимум		0	4
Максимум		0	7
Диапазон		0	3
- продолжительность (Ме)	0	0	0
Минимум		0	0
Максимум		0	0
Диапазон		0	0

Таблица Б.3.2.5 — Количество анкет без отметки вариантов фантазирования с распределением по полу и возрастным группам

	Для всех	Мужской пол	Женский пол	3-5 лет	6-8 лет	9-11 лет	12-14 лет	15-17 лет
Процент анкет с незаполненным блоком вариантов фантазирования относительно для каждой возрастной категории	7%	7%	7%	4%	2%	6%	8%	38%

Таблица Б.3.3.1 — Возрастной динамики тем, количества уделяемого времени и изменения сложности сюжетной линии с распределением по полу и возрастным группам

	Для всех	Мужской пол	Женский пол	3-5 лет	6-8 лет	9-11 лет	12-14 лет	15-17 лет
изменений с возрастом не отмечают	10%	8%	11%	7%	7%	11%	15%	9%

менялись темы	58%	61%	56%	59%	61%	63%	59%	26%
менялась сложность сюжетной линии	32%	29%	36%	34%	37%	33%	29%	21%
изменялась продолжительность уделяемого времени	22%	23%	21%	25%	19%	21%	25%	18%
(а) увеличивалась	14%	15%	13%	17%	15%	15%	10%	12%
(б) уменьшалась	6%	8%	5%	4%	5%	6%	11%	6%

Таблица Б.3.3.2 — Источники сюжета фантазий с распределением по полу и возрастным группам

	Для всех	Мужской пол	Женский пол	3-5 лет	6-8 лет	9-11 лет	12-14 лет	15-17 лет
Мультфильмы	71%	72%	69%	90%	85%	70%	47%	38%
яркие впечатления	41%	37%	45%	52%	50%	42%	28%	18%
Книги	39%	34%	43%	51%	45%	39%	26%	26%
Фильмы	35%	38%	32%	25%	31%	50%	32%	32%
Увлечения	26%	30%	23%	21%	33%	27%	26%	21%
Переживания	14%	12%	16%	13%	18%	13%	14%	12%
Страхи	10%	8%	12%	10%	12%	13%	6%	6%
Конфликты	3%	1%	3%	1%	4%	3%	1%	6%
не знаю	3%	4%	3%	0%	3%	3%	8%	3%
Другое	4%	Интернет. Из бесед с родственниками, другими взрослыми. Игры ролевые и компьютерные. Из общения со сверстниками. Из тематики запретов.						

Таблица Б.3.4.1 — Направленность физиологического фантазирования детей и подростков с распределением по полу и возрастным группам

	Для всех	Мужской пол	Женский пол	3-5 лет	6-8 лет	9-11 лет	12-14 лет	15-17 лет
ребёнок фантазирует только для себя	0%	0%	0%	0%	0%	1%	0%	0%
ребёнок	28%	23%	31%	24%	20%	39%	27%	29%

фантазирует преимущественно для себя								
ребёнок фантазирует только для окружающих	0%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	0%
ребёнок фантазирует преимущественно для окружающих	16%	17%	16%	20%	18%	16%	15%	12%
и тем и другим образом примерно в равной мере	45%	50%	41%	55%	53%	36%	46%	21%
Другое	4%	Для себя и для напарника игры. Фантазирует с друзьями во время игр. Фантазируем вместе (с мамой). Рассказывает другим только когда, другим интересно. Когда настроение хорошее, может рассказывать фантазии брату, любимой игрушке, родителям. Для близкого круга людей (друзей, родителей).						

Таблица Б.3.4.2 — Особенности поведения ребенка и подростка, отражающие направленность его физиологического фантазирования с распределением по полу и возрастным группам

	Для всех	Мужской пол	Женский пол	3-5 лет	6-8 лет	9-11 лет	12-14 лет	15-17 лет
предпочитает уединиться	13%	10%	16%	7%	6%	18%	18%	24%
старается попасть в центр внимания окружающих	30%	30%	30%	37%	37%	28%	23%	12%
тем и другим образом примерно в равной мере	46%	52%	41%	52%	47%	45%	48%	24%

Таблица Б.3.5.1 — Особенности внешнего проявления физиологического фантазирования у детей и подростков с распределением по полу и возрастным группам

	Для всех	Мужской пол	Женский пол	3-5 лет	6-8 лет	9-11 лет	12-14 лет	15-17 лет
спокойно сидит или лежит	18%	14%	21%	7%	14%	21%	29%	24%
расхаживает и жестикулирует	17%	21%	14%	22%	22%	17%	14%	3%
бывает по-разному	49%	52%	46%	61%	50%	48%	45%	26%
другое	6%	<p>Играет. Форма активности зависит от варианта и сюжета фантазирования. Фантазирует засыпая. В танце. Снимает сюжет на видео. Он любит путешествовать, так ему комфортно придумывать истории. Последнее время, когда играет одна, все время себе что-то рассказывает. Хочет посидеть в темноте, не любит, когда за ним подсматривают или подслушивают.</p>						

Таблица Б.3.6.1 — Варианты мотивационной составляющей физиологического фантазирования у детей и подростков с распределением по полу и возрастным группам

	Для всех детей	Мужского пола	Женского пола	3-5 лет	6-8 лет	9-11 лет	12-14 лет	15-17 лет
развлекает себя	57%	61%	54%	67%	68%	55%	48%	21%
стремится привлечь внимание окружающих	33%	33%	32%	45%	38%	26%	28%	21%
стремится удивить слушателей	23%	24%	22%	28%	31%	21%	18%	3%
получить в фантазии то, что хочет, но не получает в реальности	18%	16%	20%	10%	19%	19%	19%	29%

самоутверждается	13%	14%	11%	12%	16%	10%	14%	6%
компенсирует в фантазии то, в чем чувствует слабость	5%	5%	5%	4%	7%	3%	4%	9%
замещает неприятную реальность приятными построениями воображения	5%	4%	5%	1%	3%	5%	6%	15%
другое	3%	Реализует полученные знания через фантазию, сказку, рисунок. Пытается объяснить события. Познание себя и окружающего мира. Манипуляция родителями для достижения необходимого себе решения.						

Таблица Б.3.7.1 — Легкость провоцируемости физиологического фантазирования у детей и подростков с распределением по полу и возрастным группам

Легко ли ребёнок провоцируется на фантазирование:	Все дети	Среди мальчиков	Среди девочек	3-5 лет	6-8 лет	9-11 лет	12-14 лет	15-17 лет
1) нет	23%	28%	23%	14%	14%	24%	42%	56%
2) легко	63%	57%	65%	74%	75%	60%	42%	41%
3) очень легко	5%	7%	2%	4%	5%	7%	3%	0%

Таблица Б.3.7.2 — Легкость переключения к насущной деятельности от физиологического фантазирования у детей и подростков с распределением по полу и возрастным группам

Легкость переключения от фантазирования к насущной деятельности:	Все дети	Среди мальчиков	Среди девочек	3-5 лет	6-8 лет	9-11 лет	12-14 лет	15-17 лет
1) легко	68%	66%	72%	67%	67%	68%	70%	85%
2) трудно	21%	25%	16%	22%	5%	22%	16%	9%
3) очень трудно	2%	1%	2%	1%	3%	2%	1%	3%

Таблица Б.3.8.1 — Доли детей и подростков с нарушением микросоциальной адаптации в детском коллективе с распределением по полу и возрасту

Нарушение адаптации	Все дети	Среди мальчиков	Среди девочек	3-5 лет	6-8 лет	9-11 лет	12-14 лет	15-17 лет
1) незначительные	21%	23%	16%	20%	24%	17%	20%	30%
2) значительные	0,7%	0%	1%	1%	0%	1%	0%	3%

Таблица Б.3.8.2 — Долевая представленность случаев фантазирования, затрудняющих коммуникации и бытовую деятельность с распределением по полу и возрасту

Фантазирование является помехой общению и насущным занятиям:	Сред и всех лиц	Среди лиц мужского пола	Среди лиц женского пола	Сред и лиц 3-5 лет	Сред и лиц 6-8 лет	Сред и лиц 9-11 лет	Сред и лиц 12-14 лет	Сред и лиц 15-17 лет
1) нет	83%	79%	82%	88%	86%	79%	78%	78%
2) мешает общению с другими детьми	2%	2%	2%	3%	2%	0%	1%	9%
3) мешает общению с родителями и родственниками	2%	1%	3%	0%	3%	4%	3%	0%
4) мешает насущным занятиям	7%	8%	5%	3%	6%	8%	9%	9%

Таблица Б.3.8.3 — Доля случаев фантазирования, оказавших влияние на настроение и поведение с распределением по полу и возрасту

	Сред и всех лиц	Среди лиц мужского пола	Среди лиц женского пола	Сред и лиц 3-5 лет	Сред и лиц 6-8 лет	Сред и лиц 9-11 лет	Сред и лиц 12-14 лет	Сред и лиц 15-17 лет
Отрицательное влияние фантазирования	7%	4%	9%	5%	6%	10%	5%	13%

я на настроение и поведение								
Как влияло фантазирование на настроение и поведение	Недоволен, когда нарушают процесс фантазирования. Расстраивался, если что-то не получалось во время фантазирования так, как он хотел. Становится понурой, замкнутой. Позитивные вымышленные истории повышают настроение.							

Таблица Б.3.9.1 — Долевая представленность случаев обращения родителей за профессиональной помощью в связи с особенностями фантазирования их детей

Обращались к специалисту по проблемам с фантазированием:	Сред и всех лиц	Среди лиц мужского пола	Среди лиц женского пола	Сред и лиц 3-5 лет	Сред и лиц 6-8 лет	Сред и лиц 9-11 лет	Сред и лиц 12-14 лет	Сред и лиц 15-17 лет
1) не обращались	95%	93%	92%	97%	97%	94%	90%	91%
2) обращались								
(а) обращались к психиатру	0%	0% (1)	0%	0%	1%	0%	1%	0%
(б) неврологу	1%	0% (1)	1%	0%	1%	0%	2%	0%
(в) педиатру	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
(г) психологу	2%	2%	2%	1%	1%	2%	1%	9%
Сумма (а) - (г)	3%	2%	3%	1%	3%	2%	4%	9%

Таблица Б.3.9.2 — Долевая представленность случаев заинтересованности родителей в получении профессиональной помощи в связи с особенностями фантазирования их детей

Заинтересованность в консультации специалиста по поводу фантазирования:	Сред и всех лиц	Среди лиц мужского пола	Среди лиц женского пола	Сред и лиц 3-5 лет	Сред и лиц 6-8 лет	Сред и лиц 9-11 лет	Сред и лиц 12-14 лет	Сред и лиц 15-17 лет
1) нет	92%	89%	91%	95%	97%	89%	87%	96%
2) да								
(а) психиатра	1%	1%	1%	3%	0%	1%	2%	0%
(б) невролога	0%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	0%
(в) педиатра	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
(г) психолога	3%	3%	2%	3%	2%	4%	1%	4%
Сумма (а) - (г)	4%	4%	3%	7%	2%	5%	3%	4%

Таблица Б.3.10.1 — Результаты расчета ϕ -коэффициента корреляции дихотомических переменных Пирсона с дихотомической переменной «пол»

Исследуемая переменная	Значение коэффициента ϕ	Уровень статистической значимости	Характер связи
Изменение фантазирования по мере взросления:			
- нет	-,060		нет связи
- менялись темы	,049		нет связи
- менялась сложность сюжетной линии	-,076		нет связи
- продолжительность уделяемого времени	,028		нет связи
- продолжительность уделяемого времени увеличивалась	,036		нет связи
- продолжительность уделяемого времени уменьшалась	,075		нет связи
Варианты фантазирования:			
- фантазирование на темы сюжетов мультфильмов, книг, фильмов	,105	0,05	положительная связь
- перевоплощение в героя или животное с соответствующей имитацией их поведения	,003		нет связи
- фантазии на тему благ, успеха, модных аксессуаров	-,202	0,01	сильная отрицательная связь
- выдумывание сложных историй	,026		нет связи
(а) из них о вымышленном мире	-,054		нет связи
(б) из них о вымышленном друге	-,025		нет связи
- выдумки, близкие ко лжи	-,037		нет связи
(а) из них с умыслом	-,018		нет связи
(б) из них бесцельные небылицы	-,022		нет связи
- рисование схем, проектов, изобретений с	,089		нет связи

фантазиями на тему увлечений			
- фантастическая бравада (хвастовство) особыми возможностями	,094	0,05	положительная СВЯЗЬ
- фантазирование на тему особых увлечений, на которых ребёнок длительно фиксируется	,076		нет связи
- поток легко сменяющих друг друга коротких фантазий, с перепрыгиванием с темы на тему	-,001		нет связи
- вызывание во время фантазий ясных образов, которые воспринимаются ребёнком как реальные	,005		нет связи
- фантазирование на тему своей болезни или недостатков	-,074		нет связи
- выдумывание у себя болезни и вживание в роль больного	-,071		нет связи
- агрессивные фантазии	,026		нет связи
- оговоры других или самооговоры себя в вымышленных криминальных отношениях, сексуальном насилии, позиционируемые ребёнком как реальные события	-,009		нет связи
- фантазии на тему самоубийства или своей смерти	-,063		нет связи
Источник сюжетов фантазий:			
- мультфильмы	,033		нет связи
- яркие Впечатления	-,073		нет связи
- книги	-,091		нет связи
- фильмы	,058		нет связи

- увлечения	,080		нет связи
- переживания	-,055		нет связи
- страхи	-,067		нет связи
- конфликты	-,061		нет связи
Мотивационный компонент фантазирования:			
- развлекает себя	,070		нет связи
- стремится привлечь внимание окружающих	,012		нет связи
- стремится удивить Слушателей	,024		нет связи
- получить в фантазии то, что хочет, но не получает в реальности	-,043		нет связи
- самоутверждается	,035		нет связи
- компенсирует в фантазии то, в чем чувствует слабость	,017		нет связи
- замещает неприятную реальность приятными построениями воображения	-,028		нет связи
Поведение связанное с фантазированием:			
- предпочитает уединиться	-,093		нет связи
- старается попасть в центр внимания окружающих	-,003		нет связи
- для ребенка окружающая ситуация не принципиальна	,105	0,05	положительная связь
- спокойно сидит или лежит	-,091		нет связи
- расхаживает и жестикулирует	,094	0,05	положительная связь
- бывает по-разному	,053		нет связи
Направленность фантазирования:			
- ребёнок фантазирует преимущественно для себя	-,093		нет связи
- ребёнок фантазирует преимущественно для окружающих	,008		нет связи
- и тем и другим образом примерно в равной мере	,094	0,05	положительная связь

Фантазирование является помехой общению и насущным занятиям:			
- нет	-,042		нет связи
- мешает общению с другими детьми	,010		нет связи
- мешает общению с родителями и родственниками	-,050		нет связи
- мешает насущным занятиям	,066		нет связи
Отрицательное влияние фантазирования на настроение и поведение	-,096	0,05	отрицательная связь
Обращались к неврологу	-,022		нет связи
Обращались к психологу	,028		нет связи
Заинтересованность в консультации психиатра	,009		нет связи
Заинтересованность в консультации психолога	,056		нет связи

Таблица Б.3.10.2 — Результаты расчета точно-бисериального коэффициента корреляции для дихотомических переменных с интервальной переменной «возраст»

Исследуемая переменная	Значение бисериального коэффициента r_{pb}	Уровень статистической значимости	Характер связи
Изменение фантазирования по мере взросления:			
- нет	,102	0,05	положительная связь
- менялись темы	-,116	0,05	отрицательная связь
- менялась сложность сюжетной линии	-,085		нет связи
- продолжительность уделяемого времени	-,009		нет связи
- продолжительность уделяемого времени увеличивалась	-,057		нет связи
- продолжительность уделяемого времени уменьшалась	,066		нет связи
Варианты фантазирования:			

- фантазирование на темы сюжетов мультфильмов, книг, фильмов	-,181	0,01	сильная отрицательная связь
- перевоплощение в героя или животное с соответствующей имитацией их поведения	-,330	0,01	сильная отрицательная связь
- фантазии на тему благ, успеха, модных аксессуаров	-,042		нет связи
- выдумывание сложных историй	,006		нет связи
(а) из них о вымышленном мире	,009		нет связи
(б) из них о вымышленном друге	-,069		нет связи
- выдумки, близкие ко лжи	-,171	0,01	сильная отрицательная связь
(а) из них с умыслом	-,079		
(б) из них бесцельные небылицы	-,106	0,05	отрицательная связь
- рисование схем, проектов, изобретений с фантазиями на тему увлечений	-,037		нет связи
- фантастическая бравада (хвастовство) особыми возможностями	-,124	0,01	сильная отрицательная связь
- фантазирование на тему особых увлечений, на которых ребёнок длительно фиксируется	-,081		нет связи
- поток легко сменяющихся друг друга коротких фантазий, с перепрыгиванием с темы на тему	-,119	0,05	отрицательная связь
- вызывание во время фантазий ясных образов, которые воспринимаются ребёнком как реальные	-,092		нет связи
- фантазирование на тему своей болезни или	-,049		нет связи

недостатков			
- выдумывание у себя болезни и вживание в роль больного	-,035		нет связи
- агрессивные фантазии	-,073		нет связи
- оговоры других или самооговоры себя в вымышленных криминальных отношениях, сексуальном насилии, позиционируемые ребёнком как реальные события	-,094	0,05	отрицательная связь
- фантазии на тему самоубийства или своей смерти	,016		нет связи
Источник сюжетов фантазий:			
- мультфильмы	-,402	0,01	сильная отрицательная связь
- яркие Впечатления	-,222	0,01	сильная отрицательная связь
- книги	-,208	0,01	сильная отрицательная связь
- фильмы	,057		нет связи
- увлечения	,005		нет связи
- переживания	-,022		нет связи
- страхи	-,055		нет связи
- конфликты	,025		нет связи
Мотивационный компонент фантазирования:			
- развлекает себя	-,244	0,01	сильная отрицательная связь
- стремится привлечь внимание окружающих	-,157	0,01	сильная отрицательная связь
- стремится удивить Слушателей	-,167	0,01	сильная отрицательная связь
- получить в фантазии то,	,088		нет связи

что хочет, но не получает в реальности			
- самоутверждается	-,026		нет связи
- компенсирует в фантазии то, в чем чувствует слабость	,005		нет связи
- замещает неприятную реальность приятными построениями воображения	,129	0,01	сильная положительная связь
Поведение, связанное с фантазированием:			
- предпочитает уединиться	,183	0,01	сильная положительная связь
- старается попасть в центр внимания окружающих	-,166	0,01	сильная отрицательная связь
- для ребенка окружающая ситуация не принципиальна	-,103	0,05	отрицательная связь
- спокойно сидит или лежит	,184	0,01	сильная положительная связь
- расхаживает и жестикулирует	-,148	0,01	сильная отрицательная связь
- бывает по-разному	-,129	0,01	сильная отрицательная связь
Направленность фантазирования:			
- ребёнок фантазирует преимущественно для себя	,080		нет связи
- ребёнок фантазирует преимущественно для окружающих	-,066		нет связи
- и тем и другим образом примерно в равной мере	-,168	0,01	сильная отрицательная связь
Фантазирование является помехой общению и насущным занятиям:			
- нет	-,198	0,01	сильная отрицательная связь
- мешает общению с другими детьми	-,015		нет связи
- мешает	,044		нет связи

общению с родителями и родственниками			
- мешает насущным занятиям	,057		нет связи
Отрицательное влияние фантазирования на настроение и поведение	,030		нет связи
Обращались к неврологу	,050		нет связи
Обращались к психологу	,064		нет связи
Заинтересованность в консультации психиатра	-,026		нет связи
Заинтересованность в консультации психолога	-,022		нет связи

Таблица Б.4.1.2 — Результаты расчета точечно-бисериального коэффициента корреляции для дихотомических переменных с интервальной переменной «возраст обращения»

	Фантазирование является основной причиной обращения	Фантазирование является одной из причин обращения	Фантазирование потребовало дифференциальной диагностики с продуктивными психотическими симптомами
Возраст обращения	0,111	-0,291**	0,181

** Корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя).

Таблица Б.4.2.1 — Частота вариантов фантазирования среди клинически значимых вариантов воображения

Варианты фантазирования	Всего пациентов	Мужского пола	Женского пола
Неспецифические мечтания на темы благ, успеха, сюжетов и героев литературы или экрана	27%	32%	17%
Фантазирование на тему доминирующих увлечений	13%	18%	3%
Псевдологические	13%	12%	17%

истории (бесцельные и с умыслом) и псевдологическая симуляция болезней			
Истории со систематизацией фабулы	10%	10%	10%
Игровое перевоплощение	10%	5%	20%
Легко провоцируемые фантазии с ситуационно-обусловленным содержанием	7%	7%	7%
Фантазирование по типу оговоров и самооговоров	6%	3%	10%
Произвольная сенсореализация представлений	4%	3%	7%
Агрессивное фантазирование	2%	2%	3%
Фантазирование на тему суицида	2%	2%	3%
Ипохондрическое фантазирование	1%	2%	0%
Другой вариант фантазирования	4%	5%	3%

Таблица Б.4.2.2 — Средний возраст пациентов для различных вариантов фантазирования среди клинически значимых вариантов воображения

Варианты фантазирования	Медиана	Интерквартильный размах
Неспецифические мечтания на темы благ, успеха, сюжетов и героев литературы или экрана.	7	6 — 9
Истории со систематизацией фабулы.	13	12 — 14
Фантазирование на тему доминирующих увлечений.	8	6 — 10
Псевдологические истории (бесцельные и с умыслом) и псевдологическая симуляция болезней.	12	10 — 14
Фантазирование по типу оговоров и самооговоров.	9	8 — 12
Произвольная сенсореализация	9	5 — 12

представлений.		
Игровое перевоплощение.	6	5 — 8
Легко провоцируемые фантазии с ситуационно-обусловленным содержанием.	9	8 — 10
Ипохондрическое фантазирование.	17	
Агрессивное фантазирование.	8	7 — 9
Фантазирование на тему суицида.	16	15 — 16
Другой вариант фантазирования	9	7 — 11

Таблица Б.4.2.3 — Результаты расчета точечно-бисериального коэффициента корреляции для дихотомических переменных вариантов фантазирования с интервальной переменной «возраст»

Варианты фантазирования	Значение бисериального коэффициента r_{pb}	Уровень статистической значимости	Характер связи
Неспецифические мечтания на темы благ, успеха, сюжетов и героев литературы или экрана.	-0,258	0,05	
Истории со систематизацией фабулы.	0,267	0,05	
Фантазирование на тему доминирующих увлечений.	-0,058		
Псевдологические истории (бесцельные и с умыслом) и псевдологическая симуляция болезней.	0,232	0,05	
Фантазирование по типу оговоров и самооговоров.	0,080		
Произвольная сенсореализация представлений.	-0,045		
Игровое перевоплощение.	-0,293	0,05	

Легко провоцируемые фантазии с ситуационно-обусловленным содержанием.	-0,036		
Ипохондрическое фантазирование.	0,232	0,05	
Агрессивное фантазирование.	-0,042		
Фантазирование на тему суицида.	0,286	0,01	

Таблица Б.4.2.4 — Результаты расчета ϕ -коэффициента корреляции дихотомических переменных Пирсона между категориями обращений и вариантами фантазирования

Варианты фантазирования	Фантазирование является основной причиной обращения	Фантазирование является одной из причин обращения	Фантазирование потребовало дифференциальной диагностики с продуктивными психотическими симптомами
Неспецифические мечтания на темы благ, успеха, сюжетов и героев литературы или экрана.	-0,163	0,172	-0,121
Истории со систематизацией фабулы.	0,033	0,067	0,072
Фантазирование на тему доминирующих увлечений.	0,183	-0,053	-0,224*
Псевдологические истории (бесцельные и с умыслом) и псевдологическая симуляция болезней.	0,111	-0,119	0,172
Фантазирование по типу оговоров и самооговоров.	0,059	-0,082	-0,024

Произвольная сенсорреализация представлений.	0,100	-0,247*	0,240*
Игровое перевоплощение.	-0,049	0,142	-0,153
Легко провоцируемые фантазии ситуационно-обусловленным содержанием.	-0,170	0,144	0,117
Ипохондрическое фантазирование.	0,166	-0,121	-0,096
Агрессивное фантазирование.	0,070	-0,020	-0,137
Фантазирование на тему суицида.	-0,096	-0,172	0,168

* Корреляция значима на уровне 0,05 (двухсторонняя).

Таблица Б.4.2.5 — Результаты расчета ϕ -коэффициента корреляции дихотомических переменных Пирсона между типами направленности фантазирования и вариантами фантазирования

Варианты фантазирования	Только на себя	Преимущ. на себя	Только на других	Преимущ. на других	Объединенный вариант
Неспецифические мечтания на темы благ, успеха, сюжетов и героев литературы или экрана.	0,182	0,057	-0,188	-0,161	-0,023
Истории систематизацией фабулы.	0,062	0,191	-0,104	-0,089	-0,117
Фантазирование на тему доминирующих увлечений.	0,050	0,037	-0,123	-0,105	-0,015
Псевдологические истории (бесцельные и бессмысленные)	-0,291**	-0,123	0,681**	0,157	-0,089

псевдологическая симуляция болезней.						
Фантазирование по типу оговоров и самооговоров.	-0,079	-0,125	0,095	0,130	0,073	
Произвольная сенсорреализация представлений.	0,290**	-0,112	-0,067	-0,058	-0,130	
Игровое перевоплощение.	-0,170	-0,082	-0,104	-0,089	0,385**	
Легко провоцируемые фантазии ситуационно-обусловленным содержанием.	-0,105	0,080	-0,083	0,286**	-0,060	
Ипохондрическое фантазирование.	-0,079	-0,055	-0,033	-0,028	0,176	
Агрессивное фантазирование.	0,045	-0,078	-0,047	-0,040	0,080	
Фантазирование на тему суицида.	0,045	0,107	-0,047	-0,040	-0,091	

* Корреляция значима на уровне 0,05 (двухсторонняя).

** Корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя).

Таблица Б.4.3.1 — Результаты расчета ϕ -коэффициента корреляции дихотомических переменных Пирсона между вариантами фантазирования и вариантами динамики клинически значимых форм активного воображения

Варианты фантазирования	Систематизация	Доминирование	Длительная стабильное течение	Регресс	Повторение варианта КЗФ АВ	Смена варианта КЗФ АВ
Неспецифические мечтания на темы благ, успеха, сюжетов и героев литературы или экрана.	-0,280**	-0,021	0,064	0,017	-0,134	0,176

Истории со систематизацией фабулы.	0,523**	0,121	-0,030	0,114	-0,064	-0,035
Фантазирование на тему доминирующих увлечений.	0,074	0,254*	0,270**	- 0,223*	0,019	-0,042
Псевдологические истории (бесцельные и с умыслом) и псевдологическая симуляция болезней.	0,160	-0,414**	-0,253*	0,179	0,160	-0,042
Фантазирование по типу оговоров и самооговоров.	0,141	0,000	-0,140	- 0,006	-0,058	-0,026
Произвольная сенсорреализация представлений.	-0,100	-0,264*	-0,103	0,172	-0,028	-0,023
Игровое перевоплощение.	-0,155	0,197	0,119	0,038	0,016	-0,035
Легко провоцируемые фантазии с ситуационно-обусловленным содержанием.	-0,124	0,127	0,184	- 0,244*	-0,083	-0,028
Ипохондрическое фантазирование.	-0,049	0,087	0,108	- 0,133	0,158	-0,011
Агрессивное фантазирование.	-0,070	-0,185	-0,147	0,120	0,062	-0,016
Фантазирование на тему суицида.	-0,070	0,123	-0,147	0,120	0,224*	-0,016

* Корреляция значима на уровне 0,05 (двухсторонняя).

** Корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя).

Таблица Б.4.3.2 — Результаты расчета ϕ -коэффициента корреляции дихотомических переменных Пирсона между вариантами динамики клинически значимых форм активного воображения и перечисленными дихотомическими переменными

Исследуемые переменные	Систематизация	Доминирование	Длительная стабильное течение	Регресс	Повторение варианта КЗФ АВ	Смена варианта КЗФ АВ
Пол	-0,164	-0,096	-0,063	- 0,226 *	-0,187	0,075
ЗПР	-0,011	-0,147	-0,122	- 0,022	0,160	-0,042
Умственная отсталость	-0,249	0,218*	0,279**	- 0,286 **	-0,128	-0,057
Детский аутизм	-0,043	0,096	0,163	- 0,071	-0,041	-0,033
Психоорганический синдром	-0,049	-0,130	-0,104	- 0,133	0,158	-0,011
Эпилепсия	-0,113	0,000	0,054	- 0,205	-0,163	-0,026
Шизофрения	0,127	0,123	0,003	- 0,034	0,062	-0,016
Аффективные психозы	0,127	-0,031	-0,147	0,120	0,062	-0,016
Нарушение адаптации	0,076	-0,101	-0,182	0,148	-0,125	-0,020

Стойкие нарушения поведения	0,268	-0,099	-0,043	0,094	0,256*	0,437**
Психопатии	0,395	0,099	0,054	- 0,006	0,151	-0,026
ОКР	-0,100	-0,044	-0,211*	0,172	0,088	-0,023
Другая диагностическая категория	-0,109	-0,055	-0,042	0,317**	-0,128	-0,057
Неполная семья	-0,099	0,019	0,013	- 0,042	-0,004	0,158
Задержка формирования моторных навыков	-0,188	0,129	0,196	- 0,422**	-0,030	-0,058
Задержка появления слов	-0,215	0,067	0,086	- 0,285**	0,068	-0,077
Задержка появления фраз	-0,202	-0,028	0,064	- 0,233*	0,039	-0,087
Эпилептиформная активность в ЭЭГ	-0,169	0,089	0,093	- 0,258*	-0,054	-0,055
Патология в МРТ головного мозга	-0,205	-0,048	-0,126	- 0,016	-0,068	-0,075
Тяжелое нарушение речи	-0,187	0,059	0,207	- 0,202	0,015	-0,071

* Корреляция значима на уровне 0,05 (двухсторонняя).

** Корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя).

Таблица Б.4.3.3 — Результаты расчета точечно-бисериального коэффициента корреляции между дихотомическими переменными вариантов

динамики клинически значимых форм активного воображения и перечисленными интервальными переменными

Исследуемые переменные	Систематизация	Доминирование	Длительное стабильное течение	Регресс	Повторение варианта КЗФ АВ	Смена варианта КЗФ АВ
Возраст	0,382**	-0,058	0,000	-0,065	0,166	0,047
Сумма баллов перинатальной патологии	-0,274**	0,136	0,096	-0,158	0,023	-0,084
Уровень развития	-0,259*	0,274	0,292**	-0,350*	-0,158	-0,101

* Корреляция значима на уровне 0,05 (двухсторонняя).

** Корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя).

Таблица Б.4.3.4 — Результаты расчета ϕ -коэффициента корреляции дихотомических переменных Пирсона между вариантами динамики клинически значимых форм активного воображения и категориями обращения

Категории обращения	Систематизация	Доминирование	Длительная стабильное течение	Регресс	Повторение варианта КЗФ АВ	Смена варианта КЗФ АВ
Фантазирование является основной причиной обращения	0,217*	0,070	0,063	0,156	0,207	-0,068
Фантазирование является одной из причин обращения	-0,180	0,064	0,003	-0,192	-0,187	0,093
Фантазирование	0,048	-0,038	-0,150	0,245*	0,118	0,118

ие потребовало дифференциал ьной диагностики с продуктивным и психотическим и симптомами						
--	--	--	--	--	--	--

* Корреляция значима на уровне 0,05 (двухсторонняя).

** Корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя).

Таблица Б.4.3.5 — Результаты расчета ϕ -коэффициента корреляции дихотомических переменных Пирсона между вариантами динамики клинически значимых форм активного воображения и категориями жалоб

Категории жалоб	Систематизация	Доминирование	Длительная стабильное течение	Регресс	Повторение варианта КЗФ АВ	Смена варианта КЗФ АВ
Содержание	0,106	-0,163	-0,155	0,041	0,081	0,104
Внешнее проявление	-0,042	0,133	0,156	-0,026	-0,098	-0,079
Чрезмерная провоцируемость фантазий	-0,135	-0,271**	-0,035	-0,024	0,074	-0,031
Трудность переключения фантазирования	0,041	0,288**	0,194	-0,035	0,109	-0,045
Фиксированность одной темы	0,059	0,175	0,163	-0,151	-0,041	-0,033
Несоответств	-0,086	-0,101	0,066	-0,106	0,009	-0,020

ие возрасту						
Приобретение негативного характера фантазированием	-0,145	0,096	-0,149	0,089	0,043	-0,033
Форма выражения фантазий	-0,100	-0,044	-0,103	-0,049	-0,028	-0,023
Сопровождаются недопустимыми действиями	0,076	-0,101	-0,058	0,021	-0,125	-0,020
Бедность сюжета и развития фантазий	-0,049	-0,130	-0,104	-0,133	-0,071	-0,011

* Корреляция значима на уровне 0,05 (двухсторонняя).

** Корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя).

Таблица Б.4.3.6 — Результаты расчета точно-бисериального коэффициента корреляции для дихотомических переменных вариантов фантазирования с интервальной переменной, выражающей сумму баллов критериев патологичности по А.В. Лашковой (2000)

Варианты фантазирования	Значение бисериального коэффициента r_{pb}
Неспецифические мечтания на темы благ, успеха, сюжетов и героев литературы или экрана.	-0,037
Истории со систематизацией фабулы.	-0,012
Фантазирование на тему доминирующих увлечений.	0,083
Псевдологические истории (бесцельные и с умыслом) и псевдологическая симуляция болезней.	-0,054

Фантазирование по типу оговоров и самооговоров.	0,070
Произвольная сенсореализация представлений.	-0,144
Игровое перевоплощение.	0,225*
Легко провоцируемые фантазии с ситуационно-обусловленным содержанием.	-0,077
Ипохондрическое фантазирование.	0,147
Агрессивное фантазирование.	-0,204
Фантазирование на тему суицида.	0,002

* Корреляция значима на уровне 0,05 (двухсторонняя).

Таблица Б.4.3.7 — Результаты расчета точно-бисериального коэффициента корреляции для перечисленных дихотомических переменных с интервальной переменной, выражающей сумму баллов критериев патологичности по А.В. Лашковой (2000)

Варианты фантазирования	Значение бисериального коэффициента r_{pb}
Пол	-0,183
ЗПР	-0,292**
Умственная отсталость	0,081
Детский аутизм	0,040
Психоорганический синдром	-0,143
Эпилепсия	0,026
Шизофрения	0,140
Аффективные психозы	0,002
Нарушение адаптации	-0,025
Стойкие нарушения поведения	0,026

Психопатии	-0,063
ОКР	-0,095
Другая диагностическая категория	0,179
Неполная семья	-0,097
Задержка формирования моторных навыков	0,116
Задержка появления слов	0,022
Задержка появления фраз	-0,008
Эпилептиформная активность в ЭЭГ	0,070
Патология в МРТ головного мозга	-0,248**
Тяжелое нарушение речи	-0,099

** Корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя).

Таблица Б.4.3.8 — Результаты расчета коэффициента корреляции Спирмена перечисленных переменных с интервальной переменной, выражающей сумму баллов критериев патологичности по А.В. Лашковой (2000)

Исследуемые переменные	Значение ρ_{xy}	Характер связи
Возраст	0,020	Связи нет
Сумма баллов перинатальной патологии	0,032	Связи нет
Уровень развития	0,037	Связи нет