

На правах рукописи

КРАВЧЕНКО

Илья Владимирович

**СИНДРОМ ФАНТАЗИРОВАНИЯ У ДЕТЕЙ:
КЛИНИКА, ДИНАМИКА, СИСТЕМАТИКА**

Специальность: 14.01.06 – психиатрия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Санкт-Петербург
2021

Работа выполнена в федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научный руководитель: **Макаров Игорь Владимирович**
доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты:

Шевченко Юрий Степанович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой детской психиатрии и психотерапии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Портнова Анна Анатольевна – доктор медицинских наук, руководитель отделения клинико-патогенетических проблем детской и подростковой психиатрии Московского научно-исследовательского института психиатрии - филиала федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Ведущая организация: федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П.Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита диссертации состоится 03 июня 2021 г. в 12 часов на заседании совета Д 208.093.01 по защите диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук, созданного на базе федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации (192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3)

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации (192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3) и на сайте www.bekhterev.ru

Автореферат разослан 05 апреля 2021 г.

Ученый секретарь диссертационного совета,
кандидат медицинских наук

Яковлева Юлия Александровна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы. 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., 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; 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. Вопрос отграничения физиологических и патологических форм фантазирования имеет особую значимость, поскольку именно в детском возрасте отмечается наибольшая склонность к фантазированию.

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 располагает новое понятие — псевдологию (*pseudologia phantastica*). Среди различных вариантов наименования патологии активного воображения 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, 1977). Значительно большую очерченность имеет термин «синдром бредаподобных фантазий», предложенный К. Birnbaum (1908), первоначально описанный лишь для форм фантазирования, имеющих отношение к реактивным психозам у взрослых, но в дальнейшем предлагавшийся к широкому использованию у детей (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 «бредаподобное» 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., 2005), что потребовало терминологического согласования (Treanor К.Е., 2012). В отечественной научной литературе аналогичного согласования не приводится. 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, 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). 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 синдрома патологического фантазирования (Ковалев В.В., 1979; Гурьева В.А., 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). 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 целесообразно опираться на выделенные в рамках концепции синдромокинеза варианты динамики психопатологической симптоматики (Крылов В.И., 2018). 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. «Патология» создает сущностную противоположность понятию «нормы» (Мещеряков Б.Г., 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 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:

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

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 течение 2005-2018 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:

1. Фантазирование у здоровых детей имеет сходство с вариантами патологического фантазирования по содержанию, проявлениям в зависимости от пола и возраста, но отличается своей динамикой.
2. 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.
3. 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.

4. 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 работы. 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.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

В соответствии с целью и задачами работы дизайн настоящего исследования представлял собой ретроспективное исследование группы здоровых детей и группы детей 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.

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.

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%.

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

Структура анкеты: вводная часть содержала 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 (детский сад или школа); основная часть включала 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 анкетировавшему лицу, вместе с заполненной анкетой). Большая часть вопросов носила полузакрытый и открытый характер, что давало респондентам возможность ответить по-своему.

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.

Материал и методы второго этапа исследования. Клиническая база исследования: отделение детской психиатрии ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. 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.

В настоящем исследовании применялись клиничко-психопатологический, клиничко-катамнестический и экспериментально-психологический методы, осуществлялась статистическая обработка полученного материала.

В рамках первого визита на основе структурированного интервью проводился сбор жалоб, анамнеза и особенностей фантазирования, а также оценка психического статуса пациента клиничко-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.

Группу составили 182 пациента в возрасте 3-17 лет. 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).

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 Кеттелла 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 (Дерманов И.Б., 2002). В связи с незавершённостью психического развития ребенка тестовые методики для определения типа характера становятся актуальными с подросткового возраста; с этой целью использовался «Патохарактерологический диагностический опросник» А.Е. Личко (Иванов Н.Я., 1995).

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.

Были выделены следующие диагностические категории (по МКБ-10):

1. умственная отсталость — 23% — F70.09, F71.1, F79;
2. ЗПР — 15% — F06.7, F06.828, F83;
3. детский аутизм — 8% — F84.01;
4. стойкие нарушения поведения — 6% — F06.828, F07.8, F92.8;
5. расстройства личности — 6% — F60.4, F61.1;
6. эпилепсия — 6% — F02.824, F06.828;
7. ОКР — 5% — F42.0, F06.828;
8. нарушение адаптации — 3% — F06.828, F43.25;
9. психоорганический синдром — 2% — F07.9;
10. шизофрения — 2% — F20.014, F20.8;
11. аффективные психозы — 2% — F32.8, F34.0;
12. другая диагностическая категория — 23% — F06.828, F06.06, F07.8, F68.1, F80.1, F90.0, F95.1.

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 переменными 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.

В процессе проведения исследования нами был предложен термин «*клинически значимые формы активного воображения*» (*КЗФ АВ*), включающий в себя все варианты патологического фантазирования у детей, а также те виды физиологического (повседневного) фантазирования, которые тем не менее потребовали проведения дифференциальной диагностики с психическим заболеванием у ребенка. В этом случае дифференциальная диагностика позволяет избежать неверного установления диагноза ребенку с непатологическими формами фантазирования.

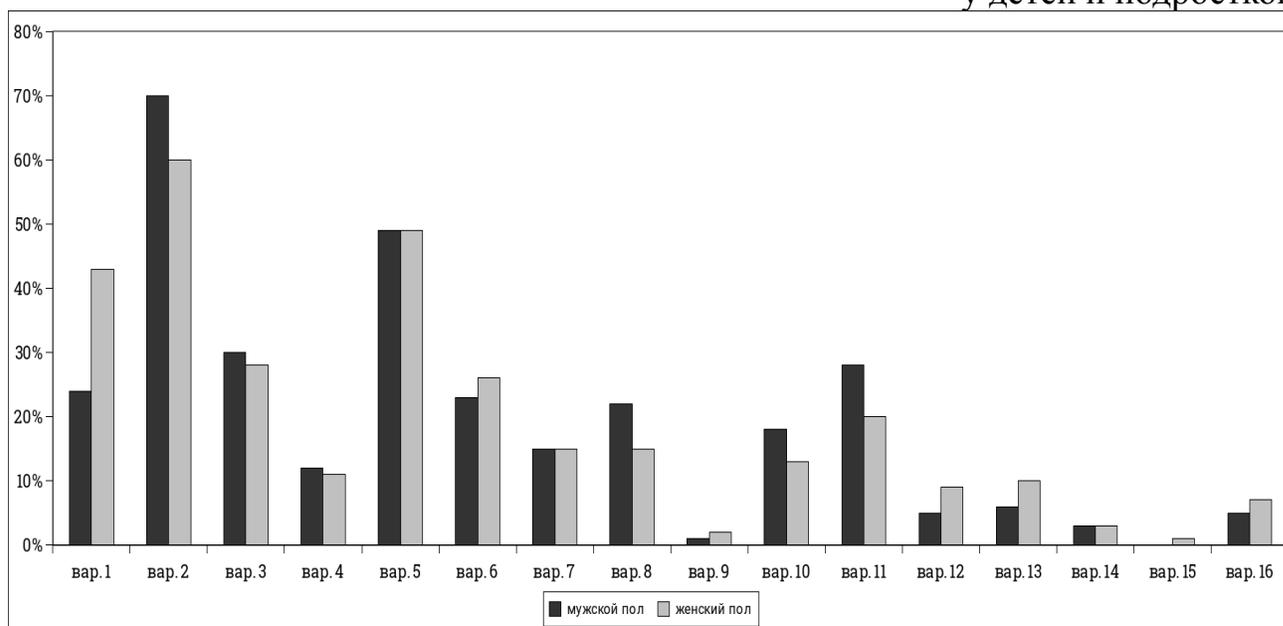
РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Результаты анализа физиологического фантазирования у детей и подростков. Большинство родителей (75%) начинают замечать проявления фантазирования у своих детей в период с 3 до 5 лет. Вариативный диапазон возраста начала проявлений фантазирования шире для девочек. Фантазирование начинает проявляться 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.

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 животного) с соответствующей имитацией их поведения. Эти же варианты проявляются раньше остальных. Широкое распространение имеют фантазии на тему благ, успеха, модных аксессуаров. Наиболее редкими, но вызывающими особое внимание родителей являются следующие варианты: агрессивные фантазии, фантазии на тему самоубийства и оговоры в сексуальных или криминальных отношениях. Количество одновременно представленных вариантов фантазирования у одного ребенка после 12 лет уменьшается. 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.

Диаграмма 1. Соотношение вариантов физиологического фантазирования у детей и подростков



Легенда к диаграмме 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.

Значимость фантазирования и разнообразие его вариантов с возрастом уменьшается. Одновременно с этим развитие сюжета фантазий усложняется. С возрастом чаще всего меняются темы фантазий (58%), усложняется сюжетная линия (32%), но уменьшается уделяемое им время (22%).

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. При оценке условий, сопровождающих фантазирование, почти 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. 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. 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: демонстративная мотивация, со стремлением впечатлить слушателя (суммарная доля 56%); адаптационно-компенсаторная мотивация, 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%). По мере взросления респондентов доля демонстративной мотивации падает, а двух других специфических типов растет. Более половины детей легко провоцируются на фантазирование (63%), четверть (23%) родителей считает, что их дети не являются легко провоцируемыми. По мере взросления снижается легкость провоцирования фантазирования.

Переключение с фантазирования на другую насущную деятельность преимущественно осуществляется легко (68%). По мере взросления дети легче отвлекаются от процесса фантазирования и переключаются на повседневные дела. 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. Особенности фантазирования послужили поводом для обращения за профессиональной помощью в редких случаях (3%).

Результаты анализа причин обращения за психиатрической помощью и типовых вариантов жалоб родителей в связи с КЗФ АВ детей и подростков. Клиническая значимость форм активного воображения исследуемых пациентов была обусловлена в первую очередь жалобами родителей (86%), необходимостью дифференциальной диагностики фантазирования с психопатологической симптоматикой (14%).

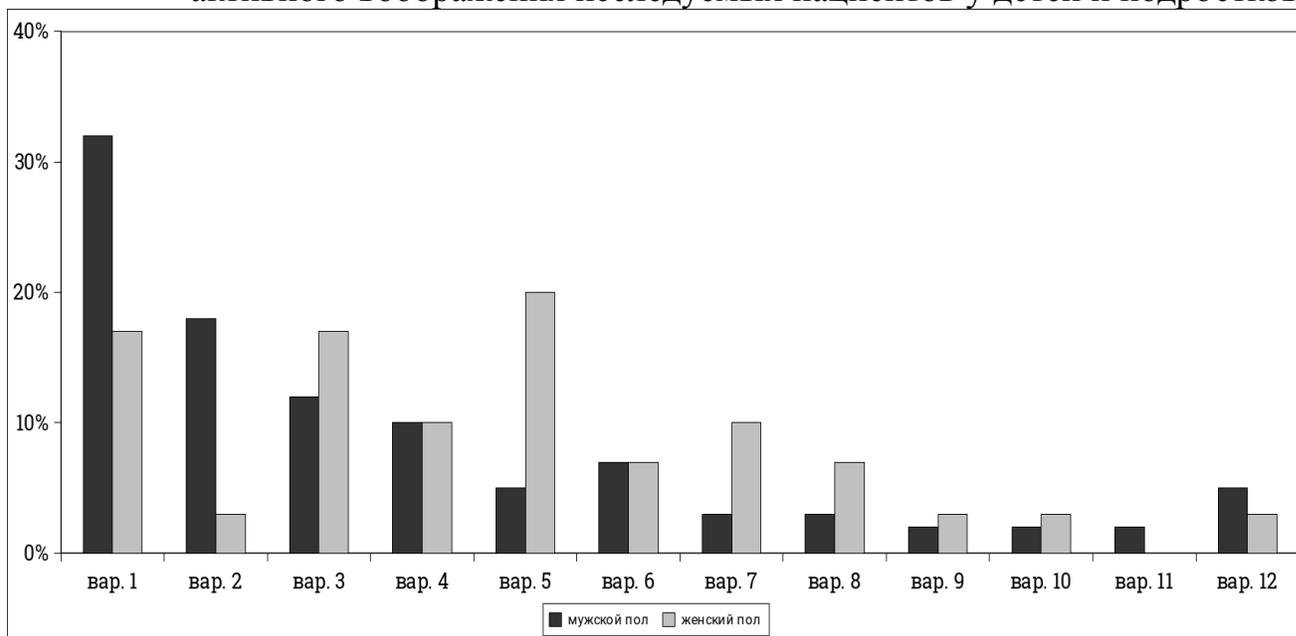
Учитывая то, что подавляющее большинство исследованных пациентов обратилось в связи с жалобами родителей на фантазирование, был проведен анализ этих жалоб, которые разделены на 10 ведущих категорий:

1. Содержание фантазий (культурно неприемлемый характер содержания, лживость выдумок, пугающая необычность содержания).
2. Внешнее проявление фантазирования (усиление двигательной активности в момент фантазирования или её снижение с появлением отрешенности, необычность отдельных движений или поведения в целом момент фантазирования).
3. Трудность переключения фантазирования (фиксированность ребенка на процессе фантазирования, трудность его отвлечения, степень его погруженности в фантазирование, которые мешают его переключению на насущные дела).
4. Фиксированность одной темы фантазирования (монотематичность фантазий).
5. Приобретение фантазированием неприятного для самого ребенка характера. По мере усиления охваченности пациента процессом фантазирования, внешнее проявление может приобретать вид, беспокоящий родителей и требующий дифференциальной диагностики с проявлениями психического заболевания (снижение настроения, содержание фантазий начинает отражаться в содержании obsessions, изменение содержания фантазий на агрессивное, появление страха воображаемых героев, разочарованности сюжетной линией, дискомфорта от приятного ранее процесса фантазирования).
6. Чрезмерная провоцируемость фантазирования. Чрезмерная легкость, с какой ребенок может провоцироваться на фантазирование, приводящее к массивному объему вымыслов, способному осложнить общение — придать ему окраску несерьезности или утомить слушателя.
7. Форма выражения фантазий. Форма подачи фантазий ребенком может быть неприятна родителям и приводит к жалобам (насмешливость, нелогичность).

8. Несоответствие темы фантазий возрасту ребенка, чаще всего проявляющимся в отставании от сверстников по содержанию и сложности развития сюжета.
9. Недопустимые действия, связанные с фантазированием. Появление культурно неприемлемых поступков, отражающих имеющиеся у ребенка интерес, увлечение или протест с культурно неприемлемым содержанием, представленным в фантазиях.
10. Бедность выразительных средств и эмоциональной окраски фантазий.

Результаты анализа типологических и статистических характеристик вариантов КЗФ АВ детей и подростков. На основе содержания фантазий пациентов и формы их выражения выделено 12 различающихся вариантов фантазирования.

Диаграмма 2. Соотношение вариантов клинически значимых вариантов активного воображения исследуемых пациентов у детей и подростков



Легенда к диаграмме 2:

- 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 с 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. Средний возраст пациентов 7 (6-9) лет. По мере взросления ребенка частота этого варианта фантазирования статистически достоверно снижается ($\text{grb } -0,258, p < 0,05$). У мальчиков отмечается в 1,9 раза чаще ($p > 0,5$ 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. Средний возраст пациентов 13 (12-14) лет. По мере взросления частота этого варианта фантазирования статистически достоверно увеличивается ($\text{grb } 0,267, p < 0,05$).

Фантазирование на тему доминирующих и сверхценных увлечений. Данный вариант фантазирования основан на фиксации индивидуума на одном интересе, которому он начинает уделять все больше времени, за счет снижения внимания к другим занятиям. Средний возраст пациентов 8 (6-10) лет. Лиц мужского пола в 6 раз больше ($p > 0,1$ по критерию U Манна-Уитни). Этот вариант фантазирования имеет корреляционную связь с категорией обращения — фантазирование потребовало дифференциальной диагностики с продуктивными психотическими симптомами ($\phi -0,224, p < 0,05$).

Псевдологические вымыслы (бесцельные и с умыслом). Включая псевдологическую симуляцию болезней. Сообщения пациента вызывают стремление родителей и врача дифференцировать сказанное с 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. Средний возраст пациентов 12 (10-14) лет. По мере взросления частота этого варианта фантазирования статистически достоверно увеличивается ($\text{grb } 0,232, p < 0,05$). Лиц мужского пола в 1,9 раз больше ($p > 0,5$ по критерию U Манна-Уитни). Это вариант направленности фантазирования только на других ($\phi 0,681$ при $p < 0,01$). Симуляция болезни без видимой цели отмечалась в 9 % случаев.

Произвольная сенсорализация представлений. Характер этого варианта произвольный, мотив — стремление развлечь себя («пересматривает любимый мультфильм»). Приобретает клиническое значение, в случаях компенсаторного механизма возникновения при психогениях или с приобретением

сенсореализацией непроизвольного характера и неприятного содержания, что отмечается на фоне опасений и сниженного настроения. Средний возраст пациентов 9 (5-12) лет. По мере взросления частота этого варианта фантазирования статистически достоверно снижается ($rpb -0,258$, $p < 0,01$). Девочек в 2 раза больше, чем мальчиков ($p > 0,5$ по критерию U Манна-Уитни).

Игровые перевоплощения. Дети проигрывают образ понравившегося персонажа, реже неодушевленного объекта. Клиническую значимость вариант фантазирования приобретает, когда ребенок отказывается отделять себя от проигрываемого образа, а также распространяет имитирующее поведение за рамки обычной игры по времени и месту. Средний возраст пациентов медиана 6 (5-8) лет. По мере взросления частота этого варианта фантазирования статистически достоверно снижается ($rpb -0,293$, $p < 0,05$). Лиц женского пола в 4 раз больше ($p > 0,1$ по критерию U Манна-Уитни). Направленность этого варианта фантазирования сочетанная — для себя и для окружающих ($\phi 0,385$ при $p < 0,01$).

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, такую же роль могут играть слова собеседника. Выраженная неустойчивость внимания определяет низкую целенаправленность мышления и особенность словесного оформления фантазий такого пациента. Средний возраст пациентов 9 (8-10) лет. Направленность фантазирования чаще выглядит как направленную на других ($\phi 0,286$, $p < 0,01$).

Ипохондрическое фантазирование. Средний возраст пациентов 17 лет (Me). По мере взросления вероятность встретить этот вариант достоверно выше ($rpb 0,232$, $p < 0,05$). Этот вариант наблюдался только у мальчиков.

Агрессивное фантазирование. Средний возраст пациентов 8 (7-9) лет. Половых или возрастных закономерностей для этого варианта не выявлено.

Фантазирование на тему суицида. Средний возраст пациентов медиана 16 (15-16) лет. Вариант характерен для подросткового возраста, и по мере взросления пациентов отмечается достоверно чаще ($rpb 0,286$, $p < 0,01$). Среди лиц женского пола встречается в 1,5 раз чаще ($p > 0,5$ по критерию U Манна-Уитни).

Результаты анализа динамики КЗФ АВ. В результате оценки синдрома кинеза КЗФ АВ были выделены варианты его динамики, представленные ниже.

Доминирование. При продолжительной фиксации на одном варианте фантазирования и сохраняющемся высоком уровне эмоциональной значимости темы фантазий, 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: фантазирование на тему доминирующих (сверхценных) увлечений (ϕ 0,254, $p < 0,05$); и не характерно для вариантов: псевдологические истории (бесцельные и с умыслом) и псевдологическая симуляция болезней (ϕ -0,414, $p < 0,01$), произвольная сенсореализация представлений (ϕ -0,264, $p < 0,05$).

Систематизация. Организация объектов фантазий по тематическому признаку с дальнейшим появлением иерархии вымышленных объектов и классификации их поведения. Сформированная система объектов их поведения и отношений между ними сохраняется длительное время и постоянно совершенствуется, нередко сочетаясь с доминированием в сознании. Для всех составляющих фабулы фантазий характерна нарастающая детализация. Такая динамика отмечена для вариантов КЗФ АВ: истории с систематизацией фабулы (ϕ 0,523, $p < 0,01$); не характерно для варианта не специфических мечтаний на темы благ, успеха, сюжетов и героев литературы или экрана (ϕ -0,280, $p < 0,01$). По мере увеличения возраста пациентов вероятность возникновения систематизации выше (rpb 0,382, $p < 0,01$), при наличии тяжелой перинатальной патологии вероятность систематизации снижается (rpb -0,274, $p < 0,01$).

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

Регресс симптоматики. Постепенное сглаживание клинических значимых проявлений фантазирования: уменьшение затрачиваемого времени, улучшение переключаемости, усиление значимости 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. Такой вариант течения у девочек отмечается чаще (ϕ 0,226, $p < 0,05$); при умственной отсталости наблюдается реже (ϕ -0,286, $p < 0,01$). Наличие задержек в формировании навыков ходьбы (ϕ -0,422, $p < 0,01$), слов (ϕ -0,285, $p < 0,01$), фраз (ϕ -0,233, $p < 0,05$), а так же наличие эпилептиформной активности в ЭЭГ (ϕ -0,258, $p < 0,05$) являются неблагоприятными прогностическими признаками в отношении регресса симптоматики.

Повторение варианта КЗФ АВ. Повторение варианта фантазирования и особенностей, придающих ему клиническую значимость, после предшествовавшего периода регресса симптоматики. Для варианта динамики характерна корреляционная связь 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 с диагностической категорией стойких нарушений поведения (ϕ 0,437 при $p < 0,05$).

Результат анализа применимости критериев патологичности фантазирования. В качестве критериев патологичности фантазирования были приняты предложенные А.В. Лашковой (2000) характеристики. К ним у обследованных пациентов были отнесены: 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.

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. В среднем у изученных пациентов с клинически значимыми формами активного воображения отмечалось менее половины критериев патологичности (2-а или менее критериев из 5-ти предложенных). Таким образом, изолированное использование данных критериев для оценки патологичности фантазирования у исследуемых пациентов не показательно, учитывая, что автор предложенных критериев оговаривает необходимость суммы критериев для суждения о патологичности фантазирования.

Думается, что не является точной оценка фантазирования как патологического лишь по факту наличия определенного его варианта или внешних признаков фантазирования, а также лишь по возрасту ребенка без учета других (проанализированных в исследовании) характеристик и всей динамики состояния. Понимание клинически значимых форм активного воображения у детей как совокупности всего патологического фантазирования и

некоторых вариантов повседневного фантазирования, приводящих к необходимости обращения к психиатру, позволяет избежать неверного установления диагноза ребенку с непатологическими формами фантазирования, способствует корректной дифференциальной диагностике.

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

1. 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.
2. 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 работ, опубликованных по теме диссертации

Статьи в изданиях, рекомендованных ВАК:

1. Кравченко, И.В. Синдромы фантазирования у детей и подростков / И.В. Макаров, И.В. Кравченко // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. - 2011. - № 1. - С. 18-22.
2. Кравченко, И.В. Клиническая типология синдрома фантазирования у детей и подростков / И.В. Макаров, И.В. Кравченко // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2013. - № 1. - С. 56-62.
3. Кравченко, И.В. Патологическое фантазирование (аналитический обзор) / И.В. Кравченко, И.В. Макаров // Вопросы психического здоровья детей и подростков. — 2017 (17). - № 1. - С. 109-115.
4. Кравченко, И.В. Патологическое фантазирование (аналитический обзор). Окончание / И.В. Кравченко, И.В. Макаров // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2017 (17). - № 2. - С. 96-106.

Статьи в изданиях, входящих в Scopus и в Перечень ВАК:

5. Кравченко, 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.

Монографии, учебные пособия, методические рекомендации:

6. Кравченко, И.В. Синдромы фантазирования у детей: клиника и систематика / И.В. Макаров, И.В. Кравченко // Пособие для врачей. - СПб.: СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2010. - 30 с.
7. Кравченко, И.В. Синдром фантазирования у детей / И.В. Макаров, И.В. Кравченко // И.В. Макаров. Клиническая психиатрия детского и подросткового возраста. - СПб: Наука и Техника, 2013. - С. 52-83.
8. Кравченко, И.В. Глава 4. Синдром фантазирования у детей и подростков / И.В. Макаров, И.В. Кравченко // И.В. Макаров. Психиатрия детского возраста. Руководство для врачей / Под общей ред. И.В. Макарова. - СПб.: Наука и Техника, 2019. – С. 224-257.
9. Кравченко, И.В. Синдромокинез фантазирования у детей с когнитивным дефицитом. Методические рекомендации / И.В. Макаров, И.В. Кравченко, Р.Ф. Гасанов, А.С. Автенюк, Д.А. Емелина // Диагностика и лечение психических и наркологических расстройств: современные подходы. Сборник методических рекомендаций / сост. Н.В. Семенова, под общ. ред. Н.Г. Незнанова. Выпуск 2. — СПб.: Издательско-полиграфическая компания «КОСТА», 2019. – С. 49-64.

Другие научные публикации:

10. Кравченко, И.В. Клиническая систематика синдромов фантазирования у детей / И.В. Макаров, И.В. Кравченко // Материалы XV Съезда

- психиатров России (9-12 ноября 2010 г.). - М.: ИД «Медпрактика-М», 2010. - С. 153.
11. Кравченко, И.В. Клиническая систематика синдромов фантазирования у детей / И.В. Макаров, И.В. Кравченко // IX Мнухинские чтения. Современные аспекты клиники, диагностики и лечения психопатологических синдромов в детской психиатрической практике. Городская конференция, посвященная памяти профессора С.С. Мнухина. - СПб., 2010. - С. 111-117.
 12. Кравченко, И.В. Фантазирование с визуализацией (вербализацией) представлений у детей / И.В. Макаров, И.В. Кравченко // Материалы межрегиональной научно-практической конференции к 110-летию кафедры психиатрии и наркологии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, 10 декабря 2010 г. – СПб.: Изд. НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2010. – С. 37-38.
 13. Кравченко, И.В. Синдромы фантазирования у детей: клинический аспект проблемы / И.В. Макаров, И.В. Кравченко // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии: тезисы докладов XV научной отчетной сессии НИИ психического здоровья СО РАМН (Томск, 6-7 сентября 2011 г.) / Под ред. акад. РАМН В.Я. Семке. - Томск: Изд-во «Иван Федоров», 2011. - С. 68.
 14. Кравченко, И.В. Клинические варианты синдромов фантазирования у детей / И.В. Макаров, И.В. Кравченко // Приоритетные направления охраны здоровья ребенка в неврологии и психиатрии (диагностика, терапия, реабилитация и профилактика): сб. тезисов Всероссийской научно-практической конференции / Под ред. проф. Е.В. Макушкина, проф. А.С. Петрухина. - СПб.: Изд-во «Альта Астра», 2011. - С. 70.
 15. Кравченко, И.В. Психопатология синдромов фантазирования у детей и подростков / И.В. Макаров, И.В. Кравченко // Комплексные подходы к стандартизации диагностики и терапии психических расстройств: материалы научно-практической конференции с международным участием, Санкт-Петербург, 27-28 октября 2011 г. / Под общ. ред. проф. Н.Г. Незнанова. - СПб.: СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2011. - С. 91-92.
 16. Kravchenko, I.V. The syndrome of fantasizing in children and adolescents / I.V. Makarov, I.V. Kravchenko // *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. - 2012. - V. 60., Issue 5, Supplement. – S. 158.
 17. Кравченко, И.В. Легко провоцируемые фантазии с ситуационно-обусловленным содержанием / И.В. Кравченко // Школа В.М. Бехтерева: от истоков до современности: материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 160-летию со дня рождения Владимира Михайловича Бехтерева и 110-летию Санкт-Петербургского научно-исследовательского

психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. – [Электронное издание]. – СПб.: Альта Астра, 2017. – С. 197-200.

Список сокращений

ГБУДО – государственное бюджетное учреждение дошкольного образования
ДДУ – детское дошкольное учреждение
ЗПР – задержка психического развития
КЗФ АВ – клинически значимые формы активного воображения
МКБ – международная классификация болезней
МРТ – магнитно-резонансная томография
НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева – Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева
ОКР – обсессивно-компульсивное расстройство
ОУ – образовательное учреждение
СОШ – среднеобразовательная школа
ФГБУ – федеральное государственное бюджетное учреждение
ЭЭГ - электроэнцефалограмма