

ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

2003 (3), № 2

СОДЕРЖАНИЕ

ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ, СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА И СМЕЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ

Н. К. Сухотина, И. Л. Крыжановская РЕЗУЛЬТАТЫ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ВОСПИТАННИКОВ ОДНОГО ИЗ ДЕТСКИХ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ИНТЕРНАТОВ.....	7
О. В. Серебровская СРАВНИТЕЛЬНЫЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ САМООЦЕНКИ КОРРЕКЦИОННЫХ ПЕДАГОГОВ, РАБОТАЮЩИХ В СПЕЦИАЛЬНОЙ ШКОЛЕ VIII ВИДА, И КОРРЕКЦИОННЫХ ПЕДАГОГОВ И ПСИХИАТРОВ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ.....	12
Ю. Е. Куртанова ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.....	16
С. В. Трушкина ИССЛЕДОВАНИЕ МОТИВОВ РОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН.....	21
В. С. Собкин ВЛИЯНИЕ РОДИТЕЛЬСКОЙ СТРАТЕГИИ НА ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ РЕБЕНКА.....	25
Л. Е. Никитина СОСТОЯНИЕ И ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОГО ВОСПИТАНИЯ: ИДЕОЛОГИЯ И ПРИНЦИПЫ РАЗВИТИЯ.....	32

ПРОФИЛАКТИКА, ТЕРАПИЯ, КОРРЕКЦИЯ, РЕАБИЛИТАЦИЯ, ОРГАНИЗАЦИЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ПОМОЩИ

Е. И. Баздырев ОСОБЕННОСТИ ДЕЙСТВИЯ ЛАМИКТАЛА В КОМБИНАЦИИ С ДЕПАКИНОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕЗИСТЕНТНОЙ ЭПИЛЕПСИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.....	38
М. Ю. Шевченко ИГРОВАЯ ПСИХОКОРРЕКЦИЯ ПРИ РАБОТЕ С ГИПЕРАКТИВНЫМИ ДЕТЬМИ.....	40
Е. О. Смирнова, В. М. Холмогорова ОПЫТ КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ, НАПРАВЛЕННОЙ НА СТАНОВЛЕНИЕ ГУМАННЫХ ОТНОШЕНИЙ ДОШКОЛЬНИКОВ.....	44
А. Л. Венгер ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ИЗРАИЛЬСКОЙ СИСТЕМЕ ОБРАЗОВАНИЯ.....	51
С. В. Тетерский ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕТЕЙ И МОЛОДЕЖИ: СОЦИАЛЬНО-ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.....	53

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

Е. И. Морозова, А. Л. Венгер ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ.....	60
И. В. Макаров К ВОПРОСУ О ШИЗОТИПИЧЕСКОМ РАССТРОЙСТВЕ У ДЕТЕЙ.....	62
Л. В. Финькевич РОДИТЕЛЬСКИЕ ОТНОШЕНИЯ КАК УСЛОВИЯ СТАНОВЛЕНИЯ ЛИЧНОСТИ В ДОШКОЛЬНОМ ДЕТСТВЕ.....	63
Н. А. Литвинова, Л. В. Финькевич ВЛИЯНИЕ РОДИТЕЛЬСКОГО ОТНОШЕНИЯ НА МЕЖЛИЧНОСТНОЕ ПОВЕДЕНИЕ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ.....	65
И. А. Свистун, Л. В. Финькевич СООТНОШЕНИЕ ПОЗНАВАТЕЛЬНОГО КОМПОНЕНТА КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ ПОДРОСТКОВ И ТИПОВ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ.....	66
В. И. Слепкова	

МОЛОДЕЖЬ И СЕМЬЯ.....	67
Е. О. Смирнова	
ДИАГНОСТИКА В ОБРАЗОВАНИИ: СРЕДСТВО ИЛИ ЦЕЛЬ.....	69
Ю. С. Шевченко, Ф. А. Романова	
К ПРОБЛЕМЕ ГОТОВНОСТИ РЕБЕНКА К ШКОЛЬНОМУ ОБУЧЕНИЮ.....	71
С. С. Носов	
ГОНОРАР ПСИХОТЕРАПЕВТА: ОПЫТ НЕМЕЦКИХ КОЛЛЕГ.....	73

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ

Л. Ф. Кремнёва, Н. В. Римашевская	
СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ФОРМИРОВАНИЕ МАТЕРИНСКОГО ПОВЕДЕНИЯ.....	76
П. В. Безменов	
РЕФЕРАТИВНЫЙ ОБЗОР.....	85

ЛЕКЦИИ, МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

Н. Б. Морозова	
СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОЙ ПСИХИАТРИИ (ЛЕКЦИЯ 3).....	88
Е. И. Морозова	
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ЗАМЕЩАЮЩИХ СЕМЕЙ: ИЗ ОПЫТА РАБОТЫ «ШКОЛЫ ОПЕКУНОВ» ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ, УСЫНОВИВШИХ ДЕТЕЙ.....	93
МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ КОНСИЛИУМ.....	105

ОФИЦИАЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, ПРОЕКТЫ, ИНФОРМАЦИЯ

К ЮБИЛЕЮ ПРОФЕССОРА Э. Г. ЭЙДЕМИЛЛЕРА.....	115
С. А. Игумнов	
II МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС «МОЛОДОЕ ПОКОЛЕНИЕ XXI ВЕКА: АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ» (ОБЗОР МАТЕРИАЛОВ).....	116
ПАМЯТИ <u>АЛЕКСАНДРА СЕРГЕЕВИЧА ЛОМАЧЕНКОВА</u>	118

Материалы для публикации в журнале «ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ» направляются с адресными реквизитами автора (для последующей высылки ему экземпляра журнала с публикацией) -

- 1) электронной почтой вложенным файлом в формате Word. rtf на адрес: <acpp@online.ru> либо
- 2) почтой на дискете и с бумажной распечаткой по адресу: 123056, Москва, Грузинский вал, д. 18/15, к. 23, Главному редактору Н. М. Иовчук

ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ, СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА И СМЕЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ

Н. К. Сухотина, И. Л. Крыжановская

РЕЗУЛЬТАТЫ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ВОСПИТАННИКОВ ОДНОГО ИЗ ДЕТСКИХ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ИНТЕРНАТОВ Московский НИИ психиатрии (Москва).

ВВЕДЕНИЕ

Проблема детского сиротства, как следует из документов российских общественных организаций (1), остается одной из острейших и неразрешимых в России, в первую очередь, в силу «неспособности власти реформировать антигуманную, неэффективную и затратную интернатную систему». Как следует из материалов проверки интернатных учреждений для детей (4), «они в большинстве переполнены, специалистов по охране детства на местах не хватает, финансирование недостаточно». Наиболее тяжелое положение у детей-инвалидов в домах-интернатах Министерства труда и социальной защиты РФ. Эти дети лишены полноценной медицинской помощи, т. к. интернаты не относятся к учреждениям здравоохранения, в связи с чем не располагают необходимыми медицинскими средствами и возможностями (1). Многим детям из психоневрологических интернатов (ПНИ) недоступно образование, поскольку по решению ПМПК они признаны необучаемыми, а именно по отношению к детям-сиротам, имеющим отклонения в развитии, по данным Е. Е. Чепурных (3), наиболее часто допускается «педагогический брак». Переосвидетельствование этих детей не проводится и, как следует из материалов проверки интернатных учреждений (4), даже при отсутствии психических нарушений администрация не предпринимает никаких мер для перевода их из ПНИ. Подобное положение не может не вызывать тревогу и повышенное внимание к этой проблеме журналистов, общественных организаций и отдельных граждан, отстаивающих право каждого человека на достойное существование. С определенной периодичностью в учреждениях, несущих ответственность за судьбы детей-сирот с психическими отклонениями в развитии, возникают ситуации, требующие психолого-психиатрического обследования воспитанников конкретного ПНИ, оказавшегося в центре внимания общественности.

Данная публикация является результатом обследования воспитанников одного из ПНИ для детей. Это стало возможным после письма директора интерната в МЗ РФ с просьбой о назначении врачебно-психиатрической комиссии по пересмотру диагноза ряду воспитанников. Вслед за этим появилась газетная публикация, в которой утверждалось, что «тысячи детей попадают в результате ложного диагноза в интернаты для умственно отсталых» (2).

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

На момент обследования в ПНИ находились 145 детей в возрасте от 8 до 18 лет. Психолого-психиатрическое обследование было проведено детям, лишь частично ограниченным в понимании и выполнении инструкций, обладающим речевым запасом, достаточным для элементарного общения, уровень психического развития которых предположительно (при первичном осмотре) был не ниже умеренной умственной отсталости (УО) - нерезко выраженной имбецильности. Всего было обследовано 62 ребенка, из них 66,1% (41 чел.) составили мальчики, 33,9% (21 чел.) – девочки. Соотношение м:д=1,95:1,0. Возраст детей на момент осмотра представлен в таблице 1.

Таблица 1.

Распределение обследованных детей по возрасту.

Возраст	Количество детей (n=62)	
	абсолютное число	%
9 – 11 лет	4 чел.	6,5
12 – 14 лет	21 чел.	33,9
15 – 16 лет	26 чел.	41,9
17 – 18 лет	11 чел.	17,7

Как видно из представленных данных, большинство обследованных детей было в возрасте старше 14 лет. Длительность пребывания их в психоневрологическом интернате представлена в таблице 2.

Все дети были переведены в ПНИ с диагнозом имбецильность (умеренная УО по МКБ-10) как необучаемые. Из них 17,7% детей в школе не учились, 62,9% до перевода в ПНИ закончили 1-4 класса вспомогательной школы, 13% - более 4 классов, а 6,4% - вспомогательную школу в полном объеме.

Таблица 2.

Распределение обследованных детей по длительности пребывания в ПНИ.

Длительность пребывания	Количество детей (N=62)	
	абсолютное число	%
менее 1 года	2 чел.	3,2
от 1 до 3х лет	25 чел.	40,3
от 4х до 6 лет	22 чел.	35,5
от 7 до 10 лет	13 чел.	21,0

Как видно из представленных данных, больше половины детей находилось в ПНИ 4 и более года.

Обследование детей проводилось в 2 этапа.

1-й этап – психиатрическое обследование с определением выраженности и психопатологической структуры дефекта, а также постановкой предварительного диагноза.

2-й этап – психологическое исследование, в задачи которого, наряду с уточнением уровня психического недоразвития, входила оценка психоэмоционального состояния детей и подростков. Применялись дифференцированные схемы психологического обследования в зависимости от предварительной оценки состояния ребенка или подростка, полученной на 1-м этапе обследования.

Детям и подросткам с легкой УО и субнормой проводилось психометрическое обследование по методике Векслера. Остальным детям психометрическое обследование проводилось с использованием цветных матриц Равена (невербальный интеллект). Вербальный интеллект оценивался по субтесту «последовательные картинки», методике «Исключение понятий» (вербальный вариант), а также на основании общего развития речи. У всех обследованных, учившихся в школе, оценивался уровень сформированности школьных навыков (чтение, письмо, счет). Для оценки психоэмоционального состояния детям и подросткам предлагалось выполнить тест тревожности (Р. Тэмпл, М. Дорки, В. Амен), детский депрессивный тест CDI (М. Ковач), а также опросник для оценки качества жизни детей и подростков (Х. Ремшмидт, Ф. Маттеят). Подросткам с субнормой и легкой УО уровень тревожности определяли по данным школы личностной и ситуационной тревожности Ch. Spilberger и соавт. в модификации Ю. Л. Ханина.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

Распределение детей и подростков в зависимости от выраженности УО, установленной в результате психолого-психиатрического обследования, представлено в таблице 3.

Таблица 3.

Распределение детей по степени УО.

Выраженность УО	Количество детей (n=62)		
	абсолютное число	% по отношению к обследованным детям	% по отношению ко всем воспитанникам
Субнорма	3	4,8	2,1
Легкая УО	20	32,3	13,8
Легкая на грани с умеренной УО	10	16,1	6,9
Умеренная УО	29	46,8	20,0

Таким образом, 15,9% детей и подростков по уровню своего психического развития не должны были находиться в ПНИ, куда, как известно, направляются дети-сироты с умеренной и выраженной УО. 6,9% детей и подростков представляют спорную в этом отношении группу, поскольку уровень их психического развития (по старой классификации соответствовавший выраженной дебильности) ограничивает их познавательные способности и способности в приобретении трудовых навыков, но не исключает возможности их приобретения при соответствующих программах обучения.

При дальнейшем анализе материала в зависимости от выраженности УО были выделены 2 группы обследованных детей.

1-я группа включала детей и подростков с легкой УО 20 чел., субнормой – 3 чел., легкой на грани с умеренной – 10 человек. Всего – 33 человека

2-я группа включала детей с умеренной УО – 29 человек.

У большинства детей и подростков УО сочеталась с другими психопатологическими расстройствами (осложненные формы УО по определению отечественных психиатров). Наиболее часто осложненные формы наблюдались у детей с легкой формой УО, что видно из данных, представленных в таблице 4.

Таблица 4.

Распределение детей и подростков в зависимости от формы УО.

Форма УО	1 группа – 33 чел.	2 группа – 29 чел.	Всего – 62 чел.
Неосложненная	7 чел. – 21,2%	17 чел. – 58,6%	24 чел. – 38,7%
Осложненная	26 чел. – 78,8%	12 чел. – 41,4%	38 чел. – 61,3%

Частота встречаемости отдельных форм осложняющих психопатологических расстройств среди обследованных воспитанников интерната представлена в таблице 5.

Таблица 5.

Частота встречаемости отдельных форм осложняющих психопатологических расстройств среди обследованных воспитанников интерната.

Осложняющие психопатологические расстройства	1-я группа (n=33)		2-я группа (n=29)		Всего (n= 62)	
	% от всех обследованных	% от обслед. с осложняющей симптоматикой	% от всех обследованных	% от обслед. с осложняющей симптоматикой	% от всех обследованных	% от обслед. с осложняющей симптоматикой
Орг. эмоционально лабильное астеническое расстройство	51,5	61,5	3,5	8,3	29,0	47,4
Психопатические и психопатоподобные аффективно неустойч. типа	15,2	19,2	27,6	66,7	21,0	34,2
Расстройства невротического круга	9,1	7,7	3,5	8,3	6,5	10,5
Аффективные расстройства	3,0	3,8	-	-	1,6	2,6
Специфические речевые расстройства	6,1	7,7	3,5	8,3	4,8	7,9
Эпилептиформный синдром	6,1	7,7	3,5	8,3	4,8	7,9
Гиперактивное расстройство внимания	-	-	3,5	8,3	1,6	2,6

- У отдельных детей и подростков имело место сочетание указанных расстройств.

Как видно из представленных данных, в 1-й группе осложняющая симптоматика встречалась в 1,9 раза чаще, чем во 2-й группе. Структура осложняющей психопатологической симптоматики в целом наиболее часто характеризовалась органическим эмоционально лабильным (астеническим) расстройством – почти у половины детей с осложненной формой, а также психопатоподобными и психопатическими расстройствами, сопровождающимися нарушениями поведения – у трети детей и подростков. Значительно реже встречалась патология невротического уровня, аффективные и эпилептиформные синдромы, специфические речевые расстройства.

Преобладание осложненных форм УО среди детей и подростков с легкой УО представляется не случайным. Как следует из личных документов обследованных, наличие у них осложняющих психопатологических расстройств делало более сложным формирование школьных навыков, затрудняло адаптацию в микросоциуме, что при отсутствии индивидуального подхода и организующей помощи со стороны взрослых приводило к школьной дизадаптации со всеми вытекающими последствиями (потеря учебной мотивации, формирование патохарактерологических реакций отказа, протеста, появление невротической симптоматики). Оценка познавательных способностей ребенка на ПМПК проводилась только один раз и навсегда определяла его дальнейшую судьбу. Особое психоэмоциональное состояние ребенка здесь могло сыграть роковую для него роль.

Психоэмоциональное состояние воспитанников психоневрологического интерната оценивалось с помощью перечисленных выше методик.

В таблице 6 суммированы показатели уровня тревожности детей и подростков по трем градациям: низкий, умеренный, высокий.

Таблица 6.

Распределение обследованных воспитанников ПНИ в зависимости от уровня тревожности.

Уровень тревожности	1-я группа	2-я группа	Общий показатель
низкий	3,8 %	-	2,7 %
средний	57,8 %	66,7 %	61,1 %
высокий	38,4 %	33,3 %	36,2 %

Как видно из представленных данных, у большинства обследованных определялся средний уровень тревожности, сопоставимый по группам с легкой и умеренной УО. Повышение уровня тревожности отмечается у одной трети обследованных, причем, существенных различий между группами с легкой и умеренной УО также не определяется. Повышение уровня тревожности среди значительного числа воспитанников психоневрологического интерната свидетельствует о недостаточной эмоциональной приспособленности их к условиям проживания в ПНИ.

Обследование детей с использованием детского депрессивного теста (М. Kovach) показало значительный разброс индивидуальных балльных оценок. В соответствии с установленной градацией, балльные оценки в пределах от 45 до 55 расценивались как средние показатели, ниже 45 баллов – как низкие (ниже нормы), выше 55 баллов – как повышенные (выше среднего). Подобная оценка показателей применялась как для суммарной шкалы, так и для отдельных шкал. Полученные результаты представлены в таблице 7.

Таблица 7.

Распределение детей и подростков по результатам обследования детским депрессивным тестом (суммарная шкала).

Показатель в баллах	1-я группа	2-я группа	Всего
ниже среднего < 45	15,3 %	-	12,1 %
средний 45-55	61,6 %	57,1 %	60,6 %
выше среднего > 55	23,1 %	42,9 %	27,3 %

Как видно из представленных данных, более чем у 1/4 обследованных определялись завышенные показатели по общей шкале «депрессивности». Эти данные в целом совпадают с результатами клинических исследований, выявлявших у данных детей наличие депрессивных реакций, обусловленных их дизадаптацией в микросоциуме (интернате).

При сравнении показателей по группам обращает на себя внимание частота завышенных показателей среди детей и подростков с умеренной УО. Однако следует отметить, что только 7 человек данной группы смогли выполнить этот тест. Небольшое число наблюдений не позволяет сказать, имеется ли реальная зависимость между уровнем «депрессивности» воспитанников интерната и выраженностью их психического недоразвития или полученные данные – результат нерепрезентативной выборки. Поэтому при анализе результатов, полученных по отдельным шкалам, выделение групп не проводилось.

Таблица 8.

Распределение детей и подростков по результатам обследования детским депрессивным тестом (отдельные шкалы).

Показатель в баллах	Шкалы				
	Плохое настроение	Межличностные проблемы	Неспособность	Ангедония	Отрицательное отношение к себе
ниже среднего <45	16,1 %	36,6 %	36,6 %	9,7 %	41,4 %
средний 45-55	58,1 %	30,1 %	56,7 %	61,3 %	37,9 %
выше среднего >55	25,8 %	33,3 %	6,7 %	29,0 %	20,7 %

Как видно из представленных данных, основной проблемой воспитанников являются проблемы межличностных отношений. Именно по этой шкале отмечается максимальный разброс индивидуальных балльных оценок. Следующей по частоте повышенных показателей является шкала «Ангедония». Минимальное число завышенных оценок отмечено по шкале «неспособность», а заниженных по шкале «отрицательное отношение к себе». По-видимому, это обусловлено снижением критических способностей данного контингента, затрудняющих адекватную самооценку.

С помощью адаптированного для детей, находящихся в сиротских учреждениях, опросника ILK оценивались различные аспекты качества жизни детей и подростков: отношения с воспитателями, социальные контакты со сверстниками, состояние физического и психического здоровья («нервы», «настроение»).

Оценка производилась по 5-балльной шкале: 1 балл – очень плохо, 2 балла – скорее плохо, 3 балла – средне, 4 балла – скорее хорошо, 5 баллов – очень хорошо. Она носила субъективный характер. Использовался невербальный материал.

В целом испытуемые дали высокую оценку качества жизни в ПНИ – 4,2 балла. Здесь следует отметить, что большинство детей и подростков находилось в сиротских учреждениях с раннего детства и другой жизни не знало. Однако, широкий диапазон оценок по ряду особенно значимых позиций: контакты со сверстниками (от 1 до 5 баллов, в среднем – 4,4 балла), «когда ты один» (от 1 до 5 баллов, в среднем – 2,8 балла), «нервы» (от 1 до 5 баллов, в среднем 2,9 балла) свидетельствует о различной степени адаптации детей и подростков к проживанию в ПНИ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Клинико-психологическое обследование воспитанников одного из ПНИ показало, что 15,9% детей и подростков по уровню своего психического развития соответствуют легкой УО (20 чел.) и субнорме (3 чел.).

Как известно, в большинстве случаев легкой УО без выраженных поведенческих расстройств возможно приспособление к практической деятельности, включая неквалифицированный и малоквалифицированный труд, с последующим трудоустройством и самостоятельным проживанием в социокультуральных условиях, не требующих продуктивности в отвлеченно-теоретической сфере. Для этого необходима соответствующая программа профессиональной подготовки детей и подростков с легкой УО по новым социально востребованным специальностям, а также формирование у них навыков социального функционирования в обществе, что, как известно, не проводится в условиях ПНИ. Следовательно, 23 воспитанника, потенциально способных к трудовой деятельности и социальному функционированию самостоятельно или в условиях временного/постоянного патронатного надзора, не получили адекватного их познавательным способностям образования, трудовых навыков и навыков социального общения.

Анализ причин необоснованных переводов сирот с легкой УО в детские дома социального обеспечения показал, что в большинстве случаев причиной становится дизадаптация ребенка в различных ситуациях социального взаимодействия (учебной, коммуникативной), проявляющаяся невротическими и поведенческими расстройствами. Диагностика выраженности УО и сформированности познавательных способностей детей, определившая их дальнейший жизненный путь, проводилась без участия психолога. Соответственно не проводилась развернутая экспериментально-психологическая оценка уровня их интеллектуального развития и типа нарушений познавательной деятельности, также как и психодиагностическое исследование собственно психологических проблем, стоящих за фасадом учебной неуспеваемости и нарушений поведения.

Все это требует серьезного улучшения диагностики УО, которая должна проводиться на основе комплексной оценки массива диагностических данных, полученных в результате интегративной деятельности врача-психиатра, психолога и коррекционного педагога.

В процессе онтогенетического развития под действием биологических и средовых факторов могут происходить изменения в структуре формирующейся личности ребенка и его познавательных способностей. В связи с этим необходимы повторные осмотры детей психиатром и психологом, хотя бы выборочно по показаниям, с тем чтобы исправить возможные «ошибки перевода», что на практике не происходит.

С другой стороны, в условиях эмоциональной депривации, незанятости свободного времени, неблагоприятно складывающейся для ребенка системы отношений со сверстниками и воспитателями появляются различные формы отклоняющегося поведения в виде побегов, суицидальных попыток, агрессивных действий с последующим патохарактерологическим формированием личности, появлением асоциальных установок и аддиктивных тенденций. Для профилактики указанных расстройств ПНИ должен быть укомплектован штатным психиатром и психологом. Необходимы психодиагностические обследования детей и подростков с выявлением лиц с признаками социальной дизадаптации, представляющих группу риска по формированию отклоняющегося поведения и невротических расстройств.

Поскольку проблемы обследованного ПНИ являются типичными для всех детских ПНИ, необходимы на уровне государственной политики пересмотр и разработка новых мер по социальному устройству жизни и социальной защите умственно отсталых сирот.

ЛИТЕРАТУРА

1. Комментарии и дополнения к Национальному докладу о прогрессе, достигнутом Российской Федерацией в ходе осуществления целей Всемирной декларации и Плана действий Всемирной встречи на высшем уровне в интересах детей. // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2002. - № 2. – С. 132-149.
2. Самарина А. Психическая атака // Общая газета. – 2001. - № 24 (410). – С.15.
3. Чепурных Е. Е. Дети с особыми нуждами: социальная и педагогическая поддержка. // Социальное и душевное здоровье ребенка и семьи: защита, помощь, возвращение в жизнь. – М., 1998. – С. 3-8.
4. Цымбал Е. И. Нарушение прав детей, оставшихся без попечения родителей (по материалам проверки интернатных учреждений) // Социальное и душевное здоровье ребенка и семьи: защита, помощь, воз-

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ САМООЦЕНКИ КОРРЕКЦИОННЫХ
ПЕДАГОГОВ, РАБОТАЮЩИХ В СПЕЦИАЛЬНОЙ ШКОЛЕ VIII ВИДА,
И КОРРЕКЦИОННЫХ ПЕДАГОГОВ И ПСИХИАТРОВ
ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ**

Детская психиатрическая больница № 6 (Москва).

При обследовании детей, поступающих в детскую психиатрическую больницу, врачи и коррекционные педагоги часто сталкиваются с проявлениями школьной дизадаптации у своих пациентов. К сожалению, именно педагог зачастую оказывается источником проблем, которые затем обнаруживаются у ребенка. Н. В. Вострокнутов [1] выделяет особый тип школьной дизадаптации – «конфликтно-невротический», сопровождающийся нарастающим психическим напряжением, негативными эмоциональными переживаниями и являющийся следствием школьного конфликта. Многие исследователи [3; 5] указывают на то, что психические нарушения у детей, на самом деле, являются частью проблемы человеческих взаимоотношений, а необходимость помещения ребенка в психиатрический стационар оказывается следствием непрофессионализма педагогов. Конечно, отношения между учеником и учителем являются потенциально конфликтными, но на то педагоги и получают специальное образование, чтобы не допустить перерастания конфликтных отношений в патологию. С детьми, страдающими различными отклонениями в развитии, работают специалисты, получившие специальное – дефектологическое – образование. Казалось бы, от них еще более логично ожидать терпимого, позитивного отношения к воспитанникам. Однако эти ожидания оказываются далеко не всегда оправданными.

При оценке личностных особенностей специалистов, работающих с детьми, традиционно используются либо «универсальные» методики исследования личности, либо методики, направленные на оценку профессиональных качеств. Весьма детально разработаны, в частности, профессиограммы педагогической деятельности, созданы модели деятельности специалистов разного профиля. Однако личностные параметры взрослых, работающих с детьми, страдающими различными видами аномалий, остаются вопросом, требующим специального изучения.

В плане его решения представляется интересным и весьма полезным изучение оценки личностью коррекционного педагога и врача самих себя, своих возможностей, места в системе отношений с аномальными детьми. Известно, что самооценка относится к центральным личностным образованиям и является важнейшим фактором саморегуляции личности, существенно влияет на взаимоотношения с окружающими. Самооценочные суждения педагогов и врачей, работающих с детьми с отклонениями в развитии, представляются очень информативными при изучении источников возможных конфликтных ситуаций в отношениях «взрослый-ребенок», трудностей установления контакта, при несоответствии ожидаемых специалистами результатов лечебно-педагогического процесса с реальными достижениями.

В исследовании Т. И. Яндановой (Институт коррекционной педагогики РАО) [4], рассматривается субъективная оценка педагогами их отношений с детьми, социально-психологические позиции и ценностные ориентации. Для изучения указанных параметров самооценки ею был проведен опрос коррекционных педагогов школы VIII вида. На основе результатов исследования Т. И. Яндановой мы разработали анкету, которую использовали для проведения аналогичного сравнительного исследования самооценки коррекционных педагогов и психиатров детской психиатрической больницы. Нас интересовал вопрос: влияет ли на социально-психологическую позицию дефектолога работа в учреждении системы здравоохранения (в детской психиатрической больнице)?

В исследовании Т. И. Яндановой принимали участие коррекционные педагоги специальной школы VIII вида, в нашем исследовании – коррекционные педагоги детской психиатрической больницы. Следует подчеркнуть, что клинические коррекционные педагоги часто используют групповые и фронтальные занятия как одну из форм коррекционной работы, поэтому имеют полное представление о методике работы с классом. Для того чтобы установить, к какой позиции (педагогической или медицинской) приближаются ценностные ориентации клинических коррекционных педагогов, нами было проведено аналогичное исследование самооценки психиатров ДПБ № 6, работающих с пациентами школьного возраста.

На вопрос о том, как можно определить понятие «**трудный ребенок**», было получено несколько определений. Состав группы трудных детей, по мнению всех респондентов, неоднороден. Детей, воспитывающихся в неблагоприятных условиях, считают «трудными» 33,3% учителей (результаты опроса учителей приводятся на основании исследования Т. И. Яндановой) и 25% клинических коррекционных педагогов. Психиатры не отождествляют «трудности» детей с условиями их воспитания, а видят источник проблем ребенка в одной из биологических причин (текущее заболевание, нарушение нейродинамики). Детей,

интеллектуальный дефект у которых осложнен текущими заболеваниями, причисляют к «трудным» 50% клинических коррекционных педагогов, 45% психиатров и лишь 16,7% учителей. Только 8% клинических коррекционных педагогов понимают под «трудными детьми» детей с «трудным характером», среди учителей с ними согласно 13,3% опрошенных, а среди психиатров – 30%. Ни один клинический коррекционный педагог не считает нарушения нейродинамики достаточными для того, что считать ребенка «трудным», в то время как 30% учителей и 30% психиатров считают таких детей «трудными». Исключительную роль воспитания в возникновении трудностей видят 8% логопедов, 6,7% учителей и ни один из опрошенных врачей. Т.е. клинические коррекционные педагоги более привычны и терпимы к возбудимым и расторможенным детям и под особыми трудностями понимают сложную структуру дефекта, в то время как учителя испытывают наибольшие трудности в налаживании отношений именно с расторможенными детьми и с детьми с отклонениями в поведении асоциального характера (из неблагополучных семей).

Эти данные перекликаются с результатами, полученными в исследованиях, проведенных с целью выявления отклонений в психическом здоровье школьников [3]. Авторы указывают на тот факт, что частота жалоб учителей на неусидчивость и беспокойство своих учеников связана с нереалистическими требованиями педагогов к усидчивости детей и к необходимому им количеству внимания. По результатам нашего опроса, для психиатров наиболее сложным оказывается преодоление последствий текущего заболевания и нарушений нейродинамики при полном игнорировании вклада неблагоприятных условий воспитания. Большинство опрошенных педагогов (63,3%) убеждено, что ребенок не имеет права не подчиняться требованиям учителя, в то время как 91,6% клинических коррекционных педагогов и абсолютно все опрошенные психиатры склонны к демократическому стилю общения с детьми и предусматривают право ребенка не подчиняться требованиям старшего (среди учителей таких только 36,7%).

В результате опроса выяснилось, что учителя, врачи и клинические коррекционные педагоги считают наиболее эффективными следующие **способы взаимодействия с учеником в конфликтной ситуации**:

- переключение на другие виды деятельности (46,7% учителей, 66,6% клинических коррекционных педагогов, 30% врачей)

- доверительные беседы с учащимися (36,7% учителей, 33,4% клинических дефектологов, 57% врачей).

Ни один из опрошенных коррекционных педагогов и психиатров не надеется на то, что конфликт может разрешиться сам собой (среди учителей таких 26,7%), не считает правильным привлекать для решения проблемы третьих лиц (родителей, администрацию), в то время как к такому способу прибегает 16,7% учителей.

Как справедливо пишет Т. И. Янданова [4], «исходя из анализа полученных данных, можно с уверенностью констатировать, что многие учителя стоят на позициях авторитарной педагогики, предъявляют требования в первую очередь к поведению ребенка и ожидают, что оно будет соответствовать их требованиям».

Врачи-психиатры и клинические коррекционные педагоги более глубоко анализируют состояние ребенка, придерживаются демократичного стиля в отношении с детьми. В ситуации конфликтного поведения учителя преимущественно используют репрессивные меры воздействия, что ведет не к благоприятному разрешению ситуации, а к возникновению затяжных скрытых конфликтов, в то время как врачи и клинические коррекционные педагоги предпочитают конструктивные способы выхода из сложных ситуаций и не закрывают глаза на возникающие трудности.

Интересным было рассмотрение **иерархии качеств**, которые необходимы в общении с детьми. Врачи и учителя на первое место выдвигают педагогическую этику (45% и 23,3% соответственно), клинические коррекционные педагоги согласны с ними в 30% случаев. Однако столько же клинических коррекционных педагогов (30%) и столько же психиатров (45%) считают решающей доброту, в то время как эту позицию разделяют лишь 16,7% учителей. О необходимости честности и откровенности с детьми в первую очередь указывают 20% учителей и 25% клинических коррекционных педагогов и никто из опрошенных врачей (может быть, это обратная сторона привычки дозировать информировать больных?), о справедливости как важнейшем качестве говорят 13,3% учителей, 15% психиатров и 8% клинических коррекционных педагогов.

Таким образом, иерархия качеств «по-учительски» выглядит следующим образом:

- 1) педагогическая этика;
- 2) честность и откровенность;
- 3) доброта;
- 4) справедливость.

Иерархия качеств «по-дефектологически» имеет другой вид:

- 1) доброта + педагогическая этика;
- 2) честность и откровенность;
- 3) справедливость.

Иерархия качеств «по-психиатрически»:

- 1) доброта + педагогическая этика;

2) справедливость.

Можно порадоваться, что самыми добрыми и справедливыми оказались врачи-психиатры, самыми добрыми и честными – клинические коррекционные педагоги, а самыми «этичными» и честными учителя. Интересно, какие взрослые люди больше всего нравятся детям?

Сравнительный анализ суждений коррекционных педагогов **о детях, к которым они испытывают чувство симпатии**, показывает, что 23,3% учителей и 75% клинических коррекционных педагогов отмечают детей, у которых ярко выражена познавательная потребность. Вполне логично, что ни один из опрошенных врачей не назвал познавательную потребность среди привлекательных детских качеств, т. к. врачебная профессия не относится к образовательным и развивающим. Самостоятельные и независимые дети вызывают симпатию у 20% учителей, 16,6% клинических коррекционных педагогов и 15% психиатров. Детей, у которых нет проблем с дисциплиной, выделяют многие учителя (16,7%) и коррекционные педагоги (16,6%), но еще большее число врачей – 30%. Отзывчивые дети нравятся 16,7% учителей, 15% психиатров и 25% клинических коррекционных педагогов. Ответ «Мне нравятся все дети» дали 25% клинических коррекционных педагогов, 15% психиатров и лишь 3,3% учителей! Чтобы понравится врачу-психиатру, ребенку надо научиться быть «спокойным и выдержанным». Именно такие дети нравятся 45% опрошенных врачей. Таким образом, мы видим, что подавляющее большинство опрошенных (учителей школы и коррекционных педагогов психиатрической больницы и врачей-психиатров) ориентированы на образ ребенка, идеально организованного либо для педагогического процесса (с выраженной познавательной потребностью), либо для лечебного процесса (дисциплинированные, спокойные и выдержанные). Педагоги, как правило, видят в ребенке только объект своего воздействия, в то время как клинические коррекционные педагоги и врачи все-таки могут любить детей бескорыстно.

Особый интерес представляет сравнительный анализ отношений учителя вспомогательной школы, врача и дефектолога психиатрической клиники к самому себе и к своей профессии. Как оказалось, для всех респондентов наиболее значимыми являются счастливая семейная жизнь (75% клинических коррекционных педагогов и 45% психиатров). «Принятие окружающими» наиболее значимым в жизни считают психиатры (45%). Ни один психиатр и ни один коррекционный педагог не считает наиболее значимым в своей жизни успех в профессиональной деятельности, в то время как учителя указывали этот фактор на втором месте по частоте после счастливой семейной жизни. Очень незначительное число психиатров и клинических коррекционных педагогов (менее 3%) придают решающее значение реалиям общественной и социальной жизни, в то время как у учителей «возникновение тех или иных эмоций... неразрывно связано с коррекционными педагогами и врачами, по сравнению с учителями, больше фиксированы на личной, нежели на общественной жизни.

Известно, что постоянно возникающие негативные эмоциональные состояния постепенно трансформируются в неврозы и стрессовые расстройства, которые, в свою очередь, негативно сказываются и на профессиональной деятельности. По результатам опроса, проведенного Т. И. Яндановой [4], большинство учителей находится в состоянии выраженной депрессии, постоянно испытывает страх относительно своего будущего и будущего своих близких. Наше исследование показало, что большинство психиатров (88%) и клинических коррекционных педагогов (58,3%) испытывает состояние депрессии лишь иногда, меньшая часть (15% и 16,6% соответственно) – часто. В постоянном страхе, связанном с будущим, живут 25% клинических коррекционных педагогов (и никто из врачей), испытывают его часто 30% психиатров и 25% клинических коррекционных педагогов, а иногда – 57% врачей и 50% клинических коррекционных педагогов. По всей видимости, такая распространенность страхов связана с нестабильностью общества, материальной неустроенностью. Однако выраженность и распространенность депрессивных и фобических расстройств среди учителей все же больше, чем среди опрошенных психиатров и клинических коррекционных педагогов.

Сравнительное тестирование также показало, что учителя ориентированы на **ценностные свойства личности**, среди которых они особенно выделяют деловые качества. Выдвижение деловых качеств как приоритетных, по мнению Т. И. Яндановой, обусловлено изменениями жизненных ценностей в социальном сознании. Необходимо отметить, что указанные изменения не коснулись общественного «дефектологического и психиатрического сознания» – 100% клинических коррекционных педагогов и 100% врачей ценят в человеке личностные, а не деловые качества. В отличие от учителей, они не считают приоритетными профессиональную конкурентоспособность и умение приспосабливаться к изменяющимся условиям труда.

Кроме того, нами было проанализировано **отношение врачей и клинических коррекционных педагогов к самим себе**. Оказалось, что на первое место среди факторов, вызывающих эмоционально положительное отношение к себе, и врачи (45%), и учителя (23,3%), и клинические коррекционные педагоги (41,6%) выдвигают ощущение радостного настроения. Значительная часть психиатров (45%) и клинических коррекционных педагогов (30%) и незначительная часть учителей (6,7%) испытывают удовлетворе-

ние собой тогда, когда проявляют уравновешенность («Когда я спокойна»). Удовлетворение собой от оказания внимания и помощи другим испытывают 13,3% учителей, 25% клинических коррекционных педагогов и ни один из опрошенных психиатров. Получается, что психиатры в целом значительно более интровертированы по сравнению со всеми коррекционными педагогами. Является ли это следствием привыкания, будничности в оказании помощи другим (пациентам), или предметом для размышления? Ни один клинический коррекционный педагог и ни один психиатр не испытывают удовлетворения собой лишь на основе собственных деловых качеств или внешних данных, в то время как среди учителей эти качества занимают второе место! Обращает на себя внимание тот факт, что никто из психиатров и клинических коррекционных педагогов не выбрал ответ «Я никогда себе не нравлюсь», в то время как 20% учителей ответили, что они никогда не нравятся себе. Такие факты рассматриваются в психологии как заниженная самооценка или могут быть признаком «синдрома эмоционального выгорания», который обычно проявляется при профессиональной непригодности.

Большинство учителей (40%) и значительная часть психиатров и клинических коррекционных педагогов (35% и 30% соответственно) недовольны собой, когда не могут сохранить спокойствие и проявляют отрицательные эмоции. Другим фактором, провоцирующим эмоционально отрицательное отношение к себе, являются тревога и подавленное настроение. На него указывают 42% клинических коррекционных педагогов и лишь 13,3% учителей (как и в случаях положительного отношения к себе клинические коррекционные педагоги, в отличие от учителей, придают фактору настроения решающее значение, что может свидетельствовать о более развитой рефлексии). Подавленное настроение и тревога не характерны для психиатров, что перекликается с упомянутыми выше данными о распространенности депрессивных и фобических расстройств. Однако, неприятное чувство неуверенности в своих действиях испытывают 57% врачей-психиатров (среди клинических коррекционных педагогов таких 28%, а среди учителей – 10%). Получается, что самые самоуверенные (а, следовательно, и авторитарные) – учителя, а самые сомневающиеся – психиатры.

Изучение такого важного показателя, как **ожидание оценки со стороны коллег**, позволило получить следующие результаты. В положительном отношении уверены 100% психиатров, 83% клинических коррекционных педагогов и 66,6% учителей. Прямую и косвенно выявляемую негативную оценку предполагают 33,4% учителей и никто из опрошенных коррекционных педагогов более оптимистичны, либо в коллективах психиатрической клиники более здоровый и доброжелательный настрой по отношению к коллегам.

Содержание **ожидаемого отношения со стороны родных** показало, что подавляющее большинство всех опрошенных уверены в эмоционально положительном отношении близких. Некоторая часть учителей (10%) указывает на потребительское отношение со стороны близких. Среди специалистов, работающих в больнице, этот показатель в два раза ниже.

Большинство учителей (63,3%) желали бы **измениться в сторону улучшения** деловых качеств. Среди психиатров и коррекционных педагогов таких желающих в 2,5 раза меньше. На первое место у специалистов, работающих в стационаре, вышло желание сохранить свое здоровье и красоту, на что указали 70% врачей и 50% клинических коррекционных педагогов. Среди учителей такую позицию разделяют лишь 6,7% опрошенных. На втором месте у клинических коррекционных педагогов оказалось желание стать более уравновешенным, сдержанным в общении человеком (30%). Среди учителей таких – 16,7%. Опрошенные психиатры и так довольны своей уравновешенностью и сдержанностью в общении, к которым их, наверно, приучила профессия.

Главными в педагогической деятельности 70% опрошенных психиатров и 58% опрошенных клинических коррекционных педагогов считают личностные качества, а соответственно 30% и 42% - профессиональные. Среди опрошенных учителей о приоритете профессиональных качеств заявили 36,7%, что в целом согласуется с мнением врачей и клинических коррекционных педагогов.

Таким образом, в результате сравнительного психологического анализа можно сделать вывод о том, что работа в учреждении системы здравоохранения влияет на социально-психологическую позицию коррекционных педагогов. Исследование показывает, что психиатры и клинические коррекционные педагоги:

- 1) склонны к более демократичному стилю общения и, в отличие от учителей, предусматривают право ребенка не подчиняться требованиям старшего;
- 2) обращают внимание скорее на структуру дефекта больного ребенка, чем на его поведение и воспитание;
- 3) придерживаются исключительно конструктивных способов выхода из конфликтной ситуации, не прибегая к репрессивным мерам;
- 4) в иерархии качеств, необходимых для общения с детьми, в 2 раза чаще учителей отдают предпочтение доброте, сочетающейся с педагогической этикой;
- 5) испытывают симпатию к спокойным, выдержанным и дисциплинированным детям (психиатры), а

также детям с выраженной познавательной потребностью (клинические коррекционные педагоги), но, в отличие от учителей, любят детей и просто так, ни за что;

6) не придают большого значения наличию или отсутствию успеха в профессиональной деятельности, значительно реже связывают возникновение тех или иных эмоций с реалиями общественной и социальной жизни;

7) реже, чем учителя, испытывают состояние выраженной депрессии и страха относительно своего будущего (психиатры – совсем редко);

8) в отличие от большинства учителей, не придают значения деловым качествам человека при его оценивании;

9) эмоционально положительное и отрицательное отношение к самим себе связывают с радостным или подавленным настроением, ощущением внутреннего спокойствия, в отличие от учителей, придающих большее значение деловым качествам, внешним данным и самообладанию;

10) практически не проявляют признаков «эмоционального выгорания»;

11) в 1,5 раза чаще, чем учителя, уверены в положительном отношении к себе со стороны коллег и близких;

12) в 7 раз чаще, чем учителя, указывают на желание сохранить здоровье и красоту и в 2,5 раза реже нацелены на улучшение деловых качеств.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что работа в учреждении системы здравоохранения дает возможность коррекционным педагогам овладевать более глубокими представлениями о патологических психических процессах по сравнению с их коллегами, работающими в образовательном учреждении. Ценностные ориентации работающих в стационаре коррекционных педагогов более близки к системе профессиональных ценностей врачей-психиатров, чем к самооценочным суждениям коллег, работающих в системе образования. Клинические коррекционные педагоги свободнее ориентируются в вопросах патологии и медицинской деонтологии, что представляется залогом более успешной коррекционно-развивающей и реабилитационной работы.

Н.М.Иовчук и А.А.Северный [2] справедливо отмечают, что проблема взаимодействия педагогов, психиатров и дефектологов в процессе диагностической и коррекционной работы представляет собой важную, но не решенную задачу. Наше исследование делает попытку доказать, что «слабым звеном» является не содержание программы подготовки дефектологических кадров, а отсутствие достаточных условий для дальнейшего повышения квалификации и переподготовки специалистов-дефектологов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вострокнутов Н. В. Школьная дезадаптация: ключевые проблемы диагностики и реабилитации // Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Школьная дезадаптация: эмоциональные и стрессовые расстройства у детей и подростков». - М., 1995.

2. Иовчук Н. М., Северный А. А. Междисциплинарное взаимодействие в коррекционной работе при пограничной психической патологии у детей и подростков // Вопросы психического здоровья детей и подростков. - 2001. - № 1.

3. Слободская Е.Р., Сафронова М.В., Савина Н.Н. Психическое здоровье российских школьников в межкультурном контексте (по данным учительских опросников) // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2001. - № 1.

4. Янданова Т.И. Психологический анализ самооценки учителя-дефектолога // Дефектология. – 2001. - № 2.

5. Rutter M., Sandberg S. (1985) Epidemiology of child psychiatric disorder. Metodological issues and some substantive findings.

Ю. Е. Куртанова

ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Российский реабилитационный центр «Детство» (Москва).

В последние десятилетия в связи с увеличением количества заболеваний в детском возрасте в медицинской психологии стало актуальным изучение изменений психического развития ребенка под влиянием болезни. У детей с хроническими соматическими заболеваниями наряду с диагностикой личностных особенностей, условиями его воспитания необходимо исследовать его отношение к болезни, чувства и переживания, связанные с ней. Опыт отечественных и зарубежных исследователей показывает, что всеобъемлющую оценку состояния больного в детской клинике трудно сделать, используя такие понятия, как отношение или реакция на заболевание. Разобраться в переживаниях заболевшего ребенка или подростка, по

мнению Д. Н. Исаева, возможно лишь изучая внутреннюю картину болезни [1]. Термин «внутренняя картина болезни» был предложен Р. А. Лурией. По его определению, внутренняя картина болезни – «...все то, что испытывает и переживает больной, вся масса его ощущений... его общее самочувствие, самонаблюдение, его представления о своей болезни, о ее причинах... - весь тот огромный внутренний мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущений, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм» [2].

Основными составляющими внутренней картины болезни у детей являются объективные проявления болезни, особенности эмоционального реагирования личности, уровень интеллектуального функционирования, личный опыт (общежитейский и перенесенных заболеваний), полученная и получаемая информация о здоровье, внутренних органах, о болезни, ее причинах, лечении, смерти, отношение родителей и других лиц из окружения ребенка к его заболеванию, влияние врача и медперсонала на заболевшего, наличие других стрессоров. Формирующееся у детей отношение к заболеванию зависит от многих обстоятельств. В первую очередь – от возникающих у них ощущений боли, тяжести болезни, глубины поражений, необратимости, успехов лечения заболевания. В значительной степени сказывается помещение детей в больницу, соседство с больными, ограничение активности, отрыв от коллектива сверстников и членов семьи, изменения режима питания и состава диеты. Наконец, отношение к болезни у детей определяется степенью осознания дефекта, психологической защитой, представлениями о болезни [3].

Несмотря на появление работ, исследующих внутреннюю картину болезни детей [4, 5, 6], все же, по мнению В. В. Николаевой, до сих пор остается малоисследованным возрастной аспект субъективного отражения болезни [7].

Целью нашей работы стало изучение внутренней картины болезни детей с различными хроническими заболеваниями: лимфостазом, муковисцидозом и нефрологическими заболеваниями. Под нефрологическими заболеваниями мы понимаем заболевания мочевыводящей системы, такие как пиелонефрит, гломерулонефрит, цистит, которые, как правило, развились у детей вследствие врожденной аномалии мочевыводящих путей. Наряду с этими довольно распространенными заболеваниями, мы исследуем отношение к болезни с редко встречающейся патологией. Лимфостаз – это заболевание, при котором происходит скопление лимфы в тканях, приводящее к их отеку и увеличению размеров пораженного органа. Наиболее часто поражаются нижние и верхние конечности. Лимфостаз – это единственное заболевание из исследуемых, которое внешне выражено, видно окружающим. Муковисцидоз – наследственное заболевание, при котором поражаются клетки экзокринных желез. У больного выделяется густая слизь, которая закупоривает кишечные железы, выводной проток поджелудочной железы и бронхи. Муковисцидоз можно считать самым тяжелым заболеванием из исследуемых по прогнозу лечения, это заболевание с самой низкой продолжительностью жизни.

Для выявления внутренней картины болезни мы использовали метод клинической беседы. Возраст детей, участвующих в исследовании, 7-17 лет. Всех испытуемых мы разделили на три группы – младшую (7-9 л.), среднюю (10-12 л.) и старшую (13-17 л.). Всего было обследовано 111 детей с нефрологическими заболеваниями, 35 детей, страдающих лимфостазом, и 48 больных муковисцидозом. Исследование проводилось на базе Российского реабилитационного центра «Детство» и Республиканской детской клинической больницы.

По результатам обследования можно сказать, что все больные дети знали о цели пребывания в стационаре, но не все могли дать название своей болезни. При муковисцидозе название болезни знают только подростки старшей группы, не могут назвать болезнь 42% детей младшей и 7% детей средней группы. 50% детей из младшей группы, 29% из средней и 11% детей из старшей группы, страдающих нефрологическими заболеваниями, не знают названия своих болезней. Но все дети, страдающие лимфостазом, независимо от возраста, называли свое заболевание.

50% детей из младшей группы, 36% из средней и 27% из старшей группы с нефрологическими заболеваниями вообще не имеют представления о течении своего заболевания, имеют частичные знания о ходе болезни 33% детей из младшей, 21% из средней и 18% из старшей группы. Свою концепцию болезни (представление о причинах, ходе, лечении, последствиях болезни) имеют всего 16%, 43% и 55% детей из младшей, средней и старшей групп соответственно. По сравнению с этим почти все дети, страдающие лимфостазом, (75%) имеют представление о своем заболевании. Такое различие, по нашему мнению, связано с тем, что лимфостаз – заболевание внешне выраженное, и дети, видя свои внешние дефекты (увеличенные в размерах руки или ноги), раньше начинают интересоваться причиной, течением, возможностями излечения своего заболевания. Адекватные представления о ходе заболевания муковисцидозом имеют 50% детей из младшей, 75% из средней и 90% детей из старшей группы. Довольно высокие показатели знаний о течении болезни объясняются тем, что больные муковисцидозом ежедневно вынуждены поддерживать состояние своего здоровья (пить ферменты, откашливаться), в отличие от больных другими заболеваниями,

при которых необходимо проходить курс лечения один раз в полгода.

На болезненные проявления, исходящие от тех органов, которые поражены болезнью, жалуются 55% детей с нефрологическими заболеваниями и 54% детей с лимфостазом всех возрастных групп. При муковисцидозе болезненные ощущения появляются чаще: у 75% младших детей, 56% детей среднего возраста и 70% старших детей.

О причинах заболеваний дети строят свои предположения. Больные нефрологическими заболеваниями считают, что их болезнь врожденная («Я таким родился»), составляют 44% младшей, 27% средней и 28% старшей группы; считающие, что их болезнь передалась по наследству («У моей мамы была такая же болезнь»), составили 11% младшей, 18% средней и 14% старшей группы. Причину болезни видят в переохлаждении организма (в простуде) 22% детей младшей, 18% средней и 28% детей старшей группы; в осложнении на почки после других заболеваний видят причину своих болезней 11% детей младшей и 27% детей средней группы. Помимо этих, довольно адекватных суждений о причинах возникновения своего заболевания, можно было встретить и такие: «Я заболел, потому что грязные пальцы брал в рот», или «Я заболела, потому что в детстве ела землю» и т. п.

Дети с лимфостазом видели причиной своего заболевания наследственную предрасположенность (27,5% подростков), повреждения сосудов, связок (31% старших детей), перенапряжение конечностей (4,5% детей). Считают болезнь врожденной 34% детей всех возрастов. Не могут найти причину болезни 9% детей младшего и среднего возраста.

При муковисцидозе по 25% детей младшего и среднего возраста, а также 40% детей старшего возраста считают причиной болезни наследственную предрасположенность, считают болезнь врожденной 33% младших, 44% средних и 40% старших детей. Остальные дети называли в качестве причины заболеваний простуду, отравление, заражение и даже колдовство. Затруднялись назвать причину своего заболевания 8% детей всех возрастов.

Таким образом, мы видим, что наряду с адекватными представлениями о причинах заболеваний встречаются и выдуманные, фантастические. Представления о причинах своих болезней у детей соотносятся с теми ограничениями, которые на них накладывает заболевание. Если детям с нефрологическими заболеваниями запрещается переохлаждаться, то они считают переохлаждение причиной своего заболевания; если детям с лимфостазом рекомендуют беречь, не повреждать сосуды, не перенапрягать ноги, то именно этот фактор они считают основным в возникновении заболевания.

Мы выявили данные относительно представлений детей о том, кого они считают виновным в возникновении заболевания. Никого не винят 62,5% детей младшей группы, 23% средней и 44% детей старшей группы, страдающих нефрологическими заболеваниями. Обвиняют себя в возникновении заболеваний 25% детей младшего, 46% среднего и 22% старшего возраста. Родителей или других родственников обвиняют 12,5% детей младшей и 15% детей средней группы. Считают, что врачи виноваты в возникновении заболеваний 15% детей средней и 11% детей старшей групп. Некоторые подростки обвиняли воспитателей в детском саду, радиацию в России. Дети младшей и средней групп, страдающих лимфостазом, никого не винят в возникновении заболеваний. Подростков же, никого не обвиняющих в своих болезнях, оказалось только 38%, обвиняют себя 28%. Остальные дети обвиняют родственников, других людей, врачей, природу. Дети с муковисцидозом никого не видят виновным в их заболевании (83% младшей, 100% средней и 85% старшей группы). Остальные обвиняют родственников, а в подростковом возрасте себя самого.

Итак, дети средней группы при нефрологических заболеваниях и старших групп при лимфостазе и муковисцидозе оказались наиболее склонны к самообвинению. Дети, которые себя обвиняют в возникновении своего заболевания, оказываются наиболее психологически сложными.

Возможность выздоровления видят все дети младшей группы с нефрологическими заболеваниями, 80% младших детей с лимфостазом и только 66% детей с муковисцидозом той же возрастной группы. В средних группах 62% детей с лимфостазом, 75% детей с муковисцидозом и 92% с нефрологическими заболеваниями считают, что их болезнь излечима. Остальные же считают, что вылечиться невозможно, можно лишь временно улучшить свое соматическое состояние. В старших же группах 81% детей с нефрологическими заболеваниями, всего 36% детей с лимфостазом и 40% подростков с муковисцидозом верят в возможность выздоровления; 19% почечных больных и 31% детей с лимфостазом надеются только на временное улучшение физического состояния; а 31% детей с лимфостазом и 60% больных муковисцидозом вообще не верят в какое-либо выздоровление.

Эти данные говорят о том, что с возрастом дети становятся более критичными к результатам лечения, все больше сомневаются в возможности выздоровления. Особенно это выражено у детей, страдающих лимфостазом и муковисцидозом. У подростков с указанными нозологиями при ощущении невозможности выздоровления начинают сужаться жизненные цели, подросткам становится трудно планировать свое будущее, свою профессиональную деятельность. А у больных муковисцидозом это происходит наряду с возможно-

стью смертельного исхода, бесплодием. У некоторых из них происходит перестройка иерархии мотивов по типу выдвижения в качестве ведущего – мотива «сохранения здоровья» [7]. Это обстоятельство необходимо использовать при психотерапевтической работе с детьми в медицинских учреждениях. Им необходима ранняя профориентация с учетом интересов ребенка и ограничений, накладываемых заболеванием.

Возможность смертельного исхода заболевания исключают 60% детей младшей группы, 88% средней и 71% старшей группы детей с нефрологическими заболеваниями. Остальные же дети не исключают возможность смертельного исхода, «если не лечиться и запустить болезнь». Только 12% детей средней группы и 10% подростков, страдающих лимфостазом, не исключают возможность смертельного исхода заболевания. Остальные же такую возможность исключают. При муковисцидозе мы видим иную картину. Считают свою болезнь смертельной 25% детей младшей группы, 50% средней и 75% старшей группы. Действительно, при муковисцидозе самая низкая продолжительность жизни из исследуемых заболеваний.

На вопрос о том, что необходимо сделать, чтобы вылечиться, дети младших групп отвечали так: принимать таблетки, делать операции, процедуры. Интересно, что в этом возрасте дети не различают диагностические и лечебные процедуры и поэтому некоторые из них считают, что для выздоровления важно делать, например, УЗИ. Также дети младшей группы считают, что вылечиться можно, занимаясь спортом, слушаясь взрослых или лежа в больнице. При нефрологических заболеваниях и лимфостазе встречались дети, которые считали, что их заболевание пройдет само с возрастом.

Дети в средней группе также считают, что для выздоровления необходимо лечиться: принимать таблетки, делать уколы, различные процедуры, операции, делать зарядку. Но по сравнению с младшей группой у этих детей появляется понимание того, чего в целях выздоровления нельзя делать, например, «нельзя простужаться», «нельзя есть острого» или просто «нужно беречь себя». Также появляется понимание того, что он – ребенок – активный участник лечебного процесса («Я вылечусь, если буду очень сильно этого хотеть», «Чтобы вылечиться, нужно верить в выздоровление»). При муковисцидозе дети считали, что для выздоровления важна моральная поддержка со стороны близких людей, важно просить Бога о выздоровлении.

Дети старшей группы также считают, что для выздоровления необходимы манипуляции, связанные с лечебным процессом (процедуры, таблетки, уколы, операции). При рассуждениях о возможности выздоровления у старшей группы появляется целый пласт ограничений, вредящих здоровью (нельзя простужаться, бегать, курить; необходимо заниматься гимнастикой, соблюдать диету). Присутствуют и высказывания относительно активности самого ребенка в лечебном процессе («Мое здоровье зависит только от меня»), относительно значимости психологической составляющей для выздоровления («Чтобы выздороветь, необходимо верить в выздоровление», «... надо долго бороться»).

Только некоторые подростки, страдающие лимфостазом и муковисцидозом, считают, что болезнь может пройти с возрастом. У этих подростков отмечается пассивность при лечении, возложение ответственности за выздоровление на случай, некоторый инфантилизм по отношению к заболеванию. При такой позиции можно отмечать и незначительные результаты улучшения состояния при лечении. Подобные факты отношения к лечению необходимо также учитывать при психокоррекционной работе с больными детьми.

При ответе на вопрос, чем мешает болезнь им в жизни, дети с нефрологическими заболеваниями младшей группы разделились поровну. 50% из них считают, что болезнь им ничем не мешает, а 50% говорят, что мешает – ограничениями, которые налагает болезнь, пропусками школы и т. п. Дети в средней группе (все, кроме одного) считают, что болезнь им мешает – также ограничениями, пребыванием в больницах, болезненными состояниями. Только один ребенок сказал, что болезнь ему помогает тем, что он лежит бесплатно в санаториях, что он может учиться на домашнем обучении. 66% детей старшей группы считают, что болезнь им мешает ограничениями (в еде, движениях), посещениями больниц. Но также нашлись подростки, которые видели положительные моменты в наличии у них тяжелого заболевания – различные льготы для инвалидов.

Дети, страдающие лимфостазом, признались, что болезнь им в жизни мешает (50% детей младшей группы, 100% средней и 81% детей старшей группы). Но объяснения они дают специфично для своего заболевания. Они говорят о трудностях нахождения соответствующей обуви (трудно подобрать обувь на отекающие ноги), о невозможности надевать короткие юбки (для девочек), о невозможности выходить на пляж. То есть их больше волнует в болезни фактор внешнего облика. Большинство из них считают, что им было бы гораздо легче, если бы их болезнь «была не видна», имела внутреннюю отнесенность.

Больным муковисцидозом болезнь мешает чаще: 84% младших, 82% средних и 65% старших детей отмечают различные неудобства, которые являются следствием болезни. Чаще всего это постоянные процедуры, принятие таблеток, посещение больниц, кашель, сниженные физические и энергетические возможности.

Относительно последствий заболеваний дети считают следующее. При нефрологических заболеваниях 12,5% детей из младшей группы, 23% из средней и 66% детей из старшей группы считают, что их заболевание каким-либо образом отразится на их будущей жизни. Чаще это отрицательное влияние, например,

девочки говорят о трудностях при рождении детей, мальчики – об ограничении в выборе профессии. Но некоторые ищут выгоду в наличии заболевания для будущего, например, возможность не служить в армии. При лимфостазе 25% младших, 58% средних и 43% старших детей предполагают, что их болезнь может повлиять на их будущую жизнь (передачей заболевания своим детям, невозможностью выбора профессий, связанных с физическим трудом). При муковисцидозе таких детей 25% в младшей, 19% в средней и 70% в старшей группе. Помимо вышеперечисленных последствий заболеваний больные муковисцидозом называют различные осложнения, ухудшение соматического состояния и возможность летального исхода.

Как мы видим, с возрастом увеличивается процент детей, отмечающих влияние хронического заболевания на их последующую жизнь. Чем старше становится ребенок, тем больше расширяется его ближайшая перспектива, тем более реально он может оценить последствия своего заболевания. Наиболее полно все последствия ребенок может осознать в подростковом возрасте. Исключение составляет группа больных лимфостазом, что можно объяснить развитыми механизмами психологической защиты у подростков этой группы.

Данные показывают, что не все дети-инвалиды считают себя больными детьми. Только 71% детей с нефрологическими заболеваниями в младшей группе, 46% в средней и 60% в старшей группе считают себя больными детьми. Остальные же, признавая, что они страдают серьезными заболеваниями, считают себя здоровыми людьми. При лимфостазе 40% детей младшей, 87% средней и 68% детей старшей группы признают себя больными. Из них 9% подростков уточняют, что они физически больны, но чувствуют себя здоровыми. При муковисцидозе больными себя считают 58% детей младшей, 88% детей средней и 75% старшей группы. Снижение числа детей, признающих себя больными, может быть связано с тем, что у подростков с лимфостазом и муковисцидозом развиты механизмы психологической защиты.

Дети с описываемыми заболеваниями чаще всего не любят разговаривать о своей болезни с друзьями и знакомыми. Но связи с тем что они часто отсутствуют в школе, им приходится рассказывать одноклассникам о пребывании в больницах и причинах этого пребывания. Обычно из сверстников о болезни детей знают только один или несколько друзей, которым ребенок доверяет. Остальные же, по мнению детей, не должны об этом знать. По их словам, друзья спокойно относятся к их заболеваниям, морально их поддерживают, пишут письма в санатории. Только изредка дети отмечают негативное (даже жестокое) отношение к их заболеванию со стороны сверстников. При нефрологических заболеваниях это чаще всего связано с ночным и дневным недержанием мочи некоторых детей, при лимфостазе – с необычным внешним видом их конечностей, при муковисцидозе – с недостаточным весом и ростом по сравнению со сверстниками. Младшие дети не любят говорить со сверстниками о своей болезни, потому что «дружить не будут, подумают, что я заразная», а старшие, «потому что будут смеяться». Поэтому эти дети легче и раскованнее чувствуют себя в больницах и санаториях в обществе сверстников с тем же заболеванием, чем в компании здоровых детей.

Несмотря на высказывание Д. Н. Исаева о том, что материнское влияние на отношение детей к здоровью незначительно, а наиболее значителен вклад телевизионных передач в приобретении сведений о здоровье [1], мы получили иные данные. 49% детей всех возрастных групп с нефрологическими заболеваниями, 85% детей с лимфостазом и 81% больных муковисцидозом получают знания о своей болезни от матери. 38% детей с нефрологическими заболеваниями, 65% детей с лимфостазом и 75% больных муковисцидозом знают о подробностях своего заболевания от врачей. Остальные дети называли в качестве источника информации сведения о болезни отца, других родственников, друзей, а также уроки биологии, прочтение медицинских справочников, книг, журналов, историй болезни, просмотр телевизионных передач. Следует отметить, что при редких патологиях у детей отмечается большая зависимость от лечащего врача, от его мнений, замечаний, особенно в подростковом возрасте.

Таким образом, мы видим огромное влияние матери и врачей на получение знаний и отношение к болезни детей. И от того, как мать и врач преподнесут информацию ребенку о его болезни, от того, как мать сама отнесется к этой информации, во многом зависит внутренняя картина болезни самого ребенка. Следовательно, при коррекционной работе с детьми, страдающими соматическими заболеваниями, необходима работа с медицинским персоналом и родителями для создания адекватного отношения родителей к заболеванию ребенка, а значит, создания адекватной внутренней картины болезни самого ребенка.

Итак, на основании полученных данных можно сделать следующие выводы:

1. Внутренняя картина болезни строится специфично для конкретного заболевания.
2. При различных заболеваниях можно отметить различные периоды кризиса осознания болезни, характеризующиеся особыми негативными переживаниями и наибольшим развитием механизмов психологической защиты.
3. При нефрологических заболеваниях кризис осознания наступает в предподростковом возрасте (10-12 л.), а при лимфостазе и муковисцидозе – в подростковом возрасте (13-16 л.).
4. Для создания адекватной внутренней картины болезни помимо психотерапевтической работы с

детьми необходима разъяснительная работа с медицинским персоналом и родителями в целях правильного преподнесения информации о заболевании ребенка.

5. При психокоррекционной работе с больными детьми необходимо давать информацию о болезни адекватно возрасту и индивидуальности ребенка, а также формировать у детей активное отношение к лечению.

6. Для больных лимфостазом и муковисцидозом необходима ранняя профориентация с целью профилактики депрессивного отношения к заболеванию, а также для возможности самореализации в будущем.

ЛИТЕРАТУРА

1. Исаев Д. Н. Психология больного ребенка: Лекции. СПб, 1993.
2. Лурия Р. А. Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания. М., 1977.
3. Исаев Д. Н. Психосоматическая медицина детского возраста. СПб., 1996.
4. Перес Э. В. Динамика отношения к болезни у больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких. Автореф. дис... канд. М., 1989.
5. Саад В. А. Этнопсихологические различия отношений к болезни у подростков. Автореф. дис... канд. СПб., 1996.
6. Филякова Е. Г. Образ Я подростков с хроническими соматическими заболеваниями (бронхиальная астма и гастродуоденальная патология). Автореф. дис... канд. М., 1997.
7. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику. М.: МГУ, 1987.

С. В. Трушкина

ИССЛЕДОВАНИЕ МОТИВОВ РОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Родильный дом г. Электросталь (Московская обл.).

Психология материнства – одна из наиболее сложных и малоразработанных областей современной науки. Несмотря на то что во всех психологических школах и направлениях изучению различных аспектов материнства уделялось и уделяется немало сил, вопросов не становится меньше. Их актуальность продиктована как падением рождаемости в развитых странах, так и учащением случаев отказа от ребенка, причем чаще всего это отказ не физический, видимый, а психологический, эмоциональный, скрытый за фасадом «благополучной» семьи [14]. Не редкость жестокое обращение с ребенком, эмоциональная холодность и отвержение его матерью. Сегодня уже ни у кого не вызывает сомнения, что именно это является причиной возникновения многих отклонений в психологическом и психическом здоровье детей раннего возраста [6, 7, 9, 11, 13, 14]. Девиантное материнство все чаще привлекает внимание исследователей-психологов. И если несколько десятилетий назад стремление женщин рожать детей и самоотверженно посвящать себя их воспитанию воспринималось как «естественное», биологически заданное, то сегодня признается, что нарушения отношения матери к ребенку – явление весьма широко распространенное как в современном обществе, так и на протяжении всей истории вида *Homo Sapiens*. Во все времена женщина была способна бросить или убить рожденного ребенка, если его появление понижало ее социальный ранг [6]. Искусственное прерывание беременности было в ходу уже в древнем Египте. Сокрушительный удар по представлениям о мощности и абсолютности «материнского инстинкта» наносят факты из области этологии, свидетельствующие о том, что инстинктивное родительское, и в частности материнское, поведение даже у животных может проявляться по-разному или не проявляться вообще в зависимости от ситуации или особенностей самки [13]. Окружающая нас социальная действительность дает множество примеров тому, как женщины отказываются рожать и растить детей, предпочитая для себя иные жизненные сценарии. Психологические проблемы самих женщин, ставших матерями без сформировавшейся готовности к этому, все чаще становятся поводом для обращения за помощью к психологам и психотерапевтам.

Один из вопросов, который в связи с этим необходимо поставить, это вопрос о том, почему и зачем современная женщина решается родить ребенка. Ответ на него может способствовать пониманию многих психологических феноменов и возникновению нового ракурса в рассмотрении психологических проблем материнства и раннего детства. Верно найденный ответ на этот вопрос может внести ощутимый вклад в разработку программ социальной и психологической помощи семье и самой женщине. По мнению Ю. С. Шевченко и соавт., «...дальнейшие психологические исследования должны способствовать углублению знаний о ценностно-смысловой и мотивационной сферах материнства и разработке адекватных методов профилактики девиантного поведения» [14, с. 96].

В связи с этим было предпринято экспериментальное исследование. Оно имело целью выявление и анализ осознаваемых и декларируемых мотивов деторождения у беременных женщин, не затрагивая неосознаваемых или скрываемых мотивов. Гипотеза была сформулирована следующим образом: решение женщины о рождении ребенка полимотивировано; мотивы деторождения индивидуальны и связаны с личностными особенностями женщины.

В исследовании на добровольной основе приняли участие 20 женщин в возрасте от 19 до 37 л. (средний возраст 28 л.), находящихся в третьем триместре беременности. Все они являлись пациентками отделения патологии беременности родильного дома г. Электросталь Московской обл. и имели различные акушерские диагнозы. Психические заболевания отсутствовали, к психологу или психотерапевту ранее ни одна испытуемая не обращалась. 40% женщин уже имели одного ребенка, 5% – двоих, 55% ждали первого ребенка. Женщины различались по уровню образования, профессиональной принадлежности и семейному положению. Все испытуемые назвали текущую беременность желанной.

Испытуемым была предложена анкета, состоящая из 24 вариантов продолжения фразы «Я решила родить этого ребенка, потому что...». Методика была разработана автором данной работы специально для целей этого исследования. В процессе составления анкеты были использованы данные научной, научно-популярной и художественной литературы, а также результаты собственного пилотажного исследования, проводившегося в 2000-2002 гг. в форме бесед с беременными женщинами. Собранные «коллекция» разнообразных причин, которые назывались женщинами в качестве повлиявших на их решение родить ребенка, была сокращена за счет исключения сходных по своей сути мотивов. Оставшиеся 24 причины, сформулированные наиболее емко, составили текст предлагаемой испытуемым анкеты. Стимульный материал представлял собой 24 карточки следующего содержания:

- 1) женщине нужно иметь детей (хотя бы одного ребенка);
- 2) для здоровья женщины гораздо полезнее родить ребенка, чем сделать аборт;
- 3) став мамой, я приобрету большее уважение, больший «вес» в глазах мужа (или своих родителей, свекрови или свекра);
- 4) это была хорошая возможность убедить его отца, что нам уже пора создать семью;
- 5) хотела, чтобы все были мной довольны;
- 6) хотела, чтобы все родные и знакомые увидели, узнали и оценили, что у меня теперь есть ребенок;
- 7) моим родителям (или свекру и свекрови) очень хотелось иметь внука или внучку;
- 8) его отец просил меня об этом;
- 9) хотела получать больше внимания от мужа (своих или его родителей, других людей);
- 10) почувствовала, что пора начать жить по-новому;
- 11) мне надоело, что все поучают меня, как жить, теперь я сама мать и буду жить «своей головой»;
- 12) так я смогла изменить отношения с его отцом, внести в них новые чувства с его и со своей стороны;
- 13) уверена, что прекрасно справлюсь со всеми трудностями и выращу ребенка, которым буду гордиться;
- 14) стремилась доказать его отцу или другим членам семьи, что и я что-то значу, что имею право сама принять важное решение;
- 15) хотела доказать всем, что смогу быть счастлива несмотря ни на что;
- 16) дети – опора родителям в старости, их надежный тыл;
- 17) считаю аборт грехом;
- 18) хочу, чтобы в мире стало на одного нормального человека больше;
- 19) мир так сложен и жесток, а мой ребенок станет в нем моим островком, родным и понятным;
- 20) ради ребенка я смогу сделать то, чего не стану делать ради себя самой, и в результате мы оба выиграем;
- 21) хотела испытать чувство гордости за себя, почувствовать себя настоящей женщиной, личностью;
- 22) готова все отдать ради его (ее) счастья и верю, что, повзрослев, он (она) оценит это;
- 23) он – частица моего любимого человека, которую я хочу оставить у себя на всю жизнь;
- 24) мне захотелось подарить ему все хорошее, что есть у меня в этом мире.

Инструкция испытуемым: «На этих карточках перечислены те причины, которые обычно называются женщинами, если их спрашивают, почему они решили родить ребенка. Среди них нет ни хороших, ни плохих – они все жизненные, нормальные. Пожалуйста, внимательно прочтите все причины и отберите те из них, которые Вы считаете «своими». Итак, перед вами продолжения фразы: «Я решила родить ребенка, потому что...». Выбирайте не спеша, во времени Вы не ограничены». После выполнения этого задания предлагается следующее: «Возможно, у вас была какая-либо своя причина, не указанная здесь. Если да, то какая? Сформулируйте ее». И, наконец, последняя инструкция: «Оцените, пожалуйста, выбранные Вами причины, включая свою, в процентах, по степени их влияния на Ваше решение».

Выбранные мотивы, их значимость и формулировка своей причины фиксировались в протоколе.

Кроме того, испытуемым предлагались два личностных теста – опросник ИТО Л. Н. Собчик и проективная методика Л. Сонди «Тест восьми влечений» в интерпретации Л. Н. Собчик – «Метод портретных выборов» (МПВ) [10], а также рисуночный тест «Я и мой ребенок». Он был разработан Г. Г. Филипповой [3] и применяется с целью выявления особенностей переживания женщиной беременности и ситуации ма-

теринства, восприятие ею своего ребенка и себя в качестве матери, восприятия ценности ребенка. Интерпретация проводилась по критериям, принятым в психодиагностике для рисуночных тестов и по следующим специфическим критериям: наличие на рисунке фигур матери и ребенка; замена образа матери и ребенка на животное, растение, символ; содержание образа ребенка и его возраст; соотношение размеров фигур матери и ребенка; отражение совместной деятельности матери и ребенка, дистанция и особенности расположения персонажей; изоляция фигуры ребенка. Учитывались признаки конфликтности, враждебности, относящиеся к теме рисунка, а также эмоции, высказывания и другие поведенческие проявления во время рисования.

В ходе исследования гипотеза подтвердилась. Как и ожидалось, столь важное решение, затрагивающее многие жизненные сферы женщины, было полимотивированным. В среднем испытуемые называли 9 мотивов, в любом случае не менее трех. При этом 23 мотива из 24 предлагаемых выбирались хотя бы один раз, наиболее «популярными» в данной выборке оказались мотивы № 1, 24, 20, 13, 23, 19, 16 – они были названы более чем половиной испытуемых. Сочетания мотивов и их иерархия не повторялись, для одних женщин наиболее значимыми оказывались одни соображения, для других – совершенно другие.

Интересно, что наиболее «ходовым» оказался мотив № 1 – «женщине нужно иметь детей». Его назвали в качестве значимого 80% испытуемых. Это свидетельствует о весьма высоком влиянии социально-ролевых установок на мотивацию рождения детей у женщин в пределах данной выборки.

Обращает на себя внимание тот факт, что у 75% испытуемых, согласно ИТО, отмечается наличие тех или иных личностных черт, выраженных до степени дизадаптации (у 45% исследуемых избыточно выраженной, дизадаптирующей чертой является экстравертированность, у 35% - сензитивность, у 25% - тревожность, у 5% - интровертированность). Согласно МПВ, полная реакция по фактору k (шизоидность) проявилась у 35% испытуемых, по фактору m (маниакальность) – у 55% (причем 25% имели полную амбивалентную реакцию), у 50% - по фактору s (мазохизм) и у 50% - нулевая реакция по фактору e (эпилептоидность). Результаты рисуночного теста особенно впечатляют. По типам переживания беременности и ситуации материнства испытуемые различались следующим образом: у 10% - благоприятная ситуация, у 40% - тревога и неуверенность в себе, связанные с материнством, и у 50% - внутриличностный конфликт с беременностью и ситуацией материнства.

Такое обилие «психологического» неблагополучия у пациенток отделения патологии беременности еще раз подтверждает современные представления о психосоматической природе некоторых акушерских осложнений. Согласно им, осложнения в течении беременности являются соматическим проявлением внутриличностного конфликта с ситуацией собственного материнства и неприятием женщиной себя в качестве матери [1, 8]. В связи с этим результаты, полученные на данной выборке, нельзя переносить на совокупность женщин, не имеющих осложнений в течении беременности.

Для проверки положения о связи значимых мотивов деторождения с личностными особенностями испытуемых были применены методы статистической обработки результатов. С их помощью в пределах экспериментальной выборки были выделены три подгруппы испытуемых, условно названные «**интровертные**», «**пассивно-конформные**» и «**экстравертные**». В целях анализа подсчитывалась суммарная оценка выраженности соответствующих личностных свойств по трем тестам: ИТО, МПВ и рисуночному. Критерием для выделения подгрупп было статистически достоверное отличие суммарной оценки в подгруппе от таковой же у остальных испытуемых, определяемое при помощи t-критерия Стьюдента.

Суммарная оценка «**интровертности**» складывалась из показателя по шкале интровертированности теста ИТО (от 0 до 3 баллов), показателя фактора k в тесте МПВ (от 0 до 6 баллов) и баллов (от 0 до 6), набранных по рисуночному тесту. В рисунке оценивалось наличие следующих 6 показателей: странность, необычность сюжета; схематичность изображения; замена главных персонажей на символы, животных или вообще их отсутствие, изолированность персонажей от внешнего мира; длинные, вытянутые фигуры; изображение лиц в профиль, наличие скрывающих (защищающих) деталей; руки прижаты к телу, пальцы отсутствуют или не прорисованы. В подгруппу вошли 5 испытуемых, отличие средней суммарной оценки интровертности в подгруппе от таковой у остальных испытуемых статистически достоверно с вероятностью допустимых ошибок, равной 0,001.

Суммарная оценка «**конформности**» складывалась аналогично из показателей по шкале ригидности теста ИТО, показателя фактора e теста МПВ (поскольку значима была нулевая реакция по этому фактору, баллы присваивались в обратном порядке) и набранным баллам по рисунку. В рисуночном тесте оценивались: отказ от рисования, долгие паузы в исполнении рисунка; очень слабый нажим; формализм в исполнении, «сопротивление раскрытию»; фигуры из палочек; отсутствие одного или двух главных персонажей; наличие «контролирующего» персонажа. В подгруппу вошли 6 испытуемых, различие суммарных оценок конформности достоверно на уровне 0,001.

Суммарная оценка «**экстравертности**» складывалась из показателей по шкале экстравертированности

теста ИТО, по фактору *m* теста МПВ (учитывалась только амбивалентная реакция) и набранных баллов по рисунку. В рисунке учитывались: высокий темп работы; хорошая прорисовка лиц (есть глаза, нос, рот, уши), улыбка на лице; нажим варьирует; «открытые» позы персонажей, но с укороченными или отсутствующими пальцами рук; округлость линий; руки прижаты к телу. Подгруппу составили 3 испытуемых, различие достоверно на уровне 0,001.

После выделения подгрупп проводился анализ мотивов деторождения внутри каждой из них и выявление отличий от закономерностей, выявленных во всей экспериментальной выборке. В качестве единиц анализа были выбраны: частотность встречаемости мотива (т. е. количество выборов этого мотива в группе, отнесенное к числу членов этой группы) в группах; общее количество мотивов, названных членами групп; частотность предложения собственного мотива членами групп.

Ярко выраженные личностные особенности женщин проявились и в предпочтении ими тех или иных причин, осознаваемых как повлиявшие на решение о рождении ребенка. Значимость всех различий подтверждена при помощи *t*-критерия Стьюдента.

Так, женщинам с высокой интровертированностью (шизоидной акцентуацией) было свойственно, решая вопрос о рождении ребенка, руководствоваться мнением ближайшего окружения (мотивами № 7 и 23) чаще, чем остальным, а мотивом «женщине нужно иметь детей» реже, чем остальным. Собственные формулировки мотивов этими женщинами предлагались вдвое чаще, чем в среднем по выборке. Количество декларируемых мотивов у них оказалось ниже, чем в среднем по выборке, что может быть объяснено либо склонностью к обобщениям, либо восприятием многих мотивов, обусловленных социальной средой, как незначимых.

Испытуемые из подгруппы «экстравертные» характеризовались противоречивостью, амбивалентностью «личностного устройства». Все они имели полную амбивалентную реакцию по фактору *m*, что говорит о наличии у них сильного неустойчивого типа высшей нервной деятельности и выраженности таких черт, как независимость, потребность в самореализации, импульсивность в высказываниях и поступках, эмоциональная жесткость, эгоизм, и одновременно – впечатлительность, стремление к эмоциональной вовлеченности, к сотрудничеству и к сопричастности групповым интересам, эмоциональная лабильность, неустойчивость мотивации. Такая двойственность проявилась и в сочетании у них разнонаправленных личностных тенденций: экстравертированности с интровертированностью, спонтанности с сенситивностью. Для них был характерен выбор гораздо большего, в сравнении с остальными, количества мотивов — от 14 до 17. Такое разнообразие мотивации может быть объяснено существующими противоречивыми личностными устремлениями. Для всех членов этой подгруппы оказались значимыми мотивы № 1, 2, 16, 17, 18, 20, 21, 24.

Испытуемые из подгруппы «пассивно-конформные», согласно личностным тестам, отличались высокой конформностью установок, изменчивостью мотивационной направленности в зависимости от ситуации, преобладанием страха неудачи над мотивацией достижения, сильной ориентацией на общепринятые нормы поведения и мораль, повышенной тревожностью, декларацией альтруизма, тенденцией к накоплению негативных эмоций. У них наблюдалась большая схожесть в результатах рисуночных тестов: отказы от выполнения, рисование с большой неохотой после долгих уговоров, формализм в исполнении («лишь бы отделаться»), проявление отрицательных эмоций во время рисования; нажим очень слабый, линии едва видны, отсутствие в сюжете рисунка либо матери, либо и матери, и ребенка. У пятерых испытуемых из шести отношение к ситуации собственной беременности и материнства интерпретируется как конфликтное. Не сформировано ни отношение женщины к будущему ребенку как к самостоятельной ценности, ни представление себя в роли матери. Возможно неосознанное отрицание этой роли. Испытуемые из этой группы чаще других (а именно – все шестеро) называли мотивы № 1, 2, 20.

Анализ иерархии мотивов внутри подгрупп путем определения ранговых корреляций между мотивами, проранжированными испытуемыми по степени их влияния на решение, положительных результатов не дал.

Выявленные закономерности позволяют сделать вывод об индивидуальности мотивации деторождения у каждой конкретной женщины и об обусловленности этой мотивации более общими мотивационно-личностными структурами. Мера такой обусловленности, по-видимому, также индивидуальна и может снижаться вплоть до полной замены «собственной» мотивации (т. е. переживания «я действительно хочу») социально-ролевыми установками на предназначение женщины (переживанием «я должна этого хотеть»). Такая замена негативно сказывается на отношении женщины к беременности и будущему материнству, что отчетливо проявилось на примере «пассивно-конформной» подгруппы.

Резюме. В результате исследования было установлено, что потребность иметь ребенка у женщины должна рассматриваться как многоуровневая. Она включает в себя физиологические, этологические, социальные и личностные и ситуативные составляющие, находящиеся в сложных и неоднозначных иерархических взаимоотношениях. Предметом экспериментального изучения стала личностно-обусловленная моти-

вация деторождения, причем лишь декларируемый ее аспект. Исследование не затрагивало неосознаваемых или скрываемых мотивов.

Экспериментально было показано, что каждая конкретная женщина при решении вопроса о сохранении беременности бывает мотивирована только ей присущим сочетанием мотивов. Они варьируют по количеству и содержанию. Были выявлены закономерности в мотивации деторождения у женщин со сходной личностной дисгармонией.

Одновременно исследование показало, что «доля» социально-ролевой обусловленности в мотивации рождения ребенка может быть очень высока, вплоть до почти полной замены внутренней мотивированности стремлением соответствовать стереотипным общественным установкам на «роль женщины». Такая ситуация повышает риск возникновения внутриличностного конфликта, внутреннего неприятия себя как матери и формирования предпосылок для эмоционального отказа от ребенка в будущем.

Дальнейшие исследования могут быть направлены на изучение неосознаваемых и скрываемых мотивов деторождения, выяснение степени биологической и социальной обусловленности желания иметь ребенка и связи ее с благополучием переживания женщиной ситуации собственного материнства, а также на выявление особенностей мотивации рождения детей у женщин с нормально протекающей и патологической беременностью.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамченко В. В. Психосоматическое акушерство / СПб: СОТИС, 2001.
2. Брутман В. И., Филиппова Г. Г., Хамитова И. Ю. Динамика психологического состояния женщин во время беременности и после родов // Вопросы психологии, 2002, № 1. - С. 59-68.
3. Брутман В. И., Филиппова Г. Г., Хамитова И. Ю. Методики изучения психологического состояния женщин во время беременности и после родов // Вопросы психологии // 2002, № 3. - С. 110-117.
4. Каган В. Е. Воспитателю о сексологии / М., 1991.
5. Леус Т. В. Представление женщины о себе как о матери до и после родов // Дисс. канд... психол. наук. М., 2001.
6. Обухова Л. Ф. Возрастная психология / М., 1999.
7. Петровский В. А., Полевая М. В. Отчуждение как феномен детско-родительских отношений // Вопросы психологии, 2001, № 1. - С. 19-25.
8. Психика и роды / Под ред. Э. К. Айламазяна. СПб: Яблочко СО, 1996.
9. Римашевская Н. В., Кремнёва Л. Ф. Проспективное исследование материнского поведения и его влияния на психическое развитие детей раннего возраста // Вопросы психического здоровья детей и подростков, 2002, № 3. - С. 7-13.
10. Собчик Л. Н. Введение в психологию индивидуальности / М., 1997.
11. Спиваковская А. С. Профилактика детских неврозов / М., 1988.
12. Филиппова Г. Г. Материнство и основные аспекты его исследования в психологии // Вопросы психологии, 2001, № 2. - С. 22-37.
13. Филиппова Г. Г. Психология материнства / М., 2002.
14. Шевченко Ю. С., Шагинян Н. Ю., Бармин В. В. Психосоциальные аспекты нежеланного материнства и раннего развития ребенка // Социальная и клиническая психиатрия, 2001, № 3. - С. 94-105.

В. С. Собкин

ВЛИЯНИЕ РОДИТЕЛЬСКОЙ СТРАТЕГИИ НА ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ РЕБЕНКА

Центр социологии образования РАО (Москва).

С первых месяцев жизни ребенок осознает себя через отношения с родителями, и этот процесс не только внешнего, но и внутреннего взаимодействия продолжается на протяжении всей жизни. Отношение ребенка к миру, к себе, его самоощущение во многом определяется характером родительского воспитания. В целом, данные положения широко известны и общеприняты. В то же время, они остаются весьма общими, не наполненными конкретным содержанием. В самом деле, как именно чувствует и осознает себя ребенок в семьях с разным стилем воспитания? Имеют ли значение пол ребенка, позиция отца и матери в отношении к нему, наличие отца в семье и пр.? Все эти вопросы имеют исключительное значение для понимания специфики детско-родительских отношений в семьях разного типа. Для ответа на них было предпринято специальное социологическое исследование, в котором на материале опроса родителей и анализа детских рисунков (около 1000 родителей и их детей) проанализирована связь между стратегией родительского воспитания и характером самочувствия ребенка в семье.

Стратегия родительского воспитания имеет сложный, комплексный характер. В настоящем исследовании рассматривались следующие четыре составляющих родительской стратегии:

1) целевые установки, которые направляют воспитательный процесс, т. е. к чему стремятся родители при воспитании своего ребенка. Подобная целевая ориентация задается «образом ребенка» – теми личностными качествами, способностями, умениями и навыками, которые, по мнению родителей, наиболее желательно у него сформировать;

2) стиль взаимодействия с ребенком, т. е. особенность социально-ролевой позиции взрослого, которую он склонен реализовывать в процессе взаимодействия с ребенком. Например авторитарная или демократическая позиция, предоставление ребенку свободы или требование соблюдения норм и др.;

3) поощрения и наказания ребенка, которые склонны использовать родители при его воспитании. Данный показатель определяют степень жесткости или мягкости контроля – что позволяет, а что запрещает родитель своему ребенку;

4) эмоциональные состояния самого родителя, которые обычно возникают при взаимодействии с собственным ребенком: от радости до агрессии, от сочувствия ребенку до самоутверждения самого взрослого. Эмоциональные характеристики выступают в качестве своеобразных параметров самооценки взрослым собственной «успешности/неуспешности» при выполнении родительской функции.

С учетом данных составляющих родительской стратегии был составлен опросник для родителей детей старшего дошкольного возраста (5-6 лет).

Дети глазами родителей

Важно было выяснить влияние пола на воспитательные стратегии родителей. При этом учитывались не только различия в позиции отца или матери, но и пол самого ребенка. Половые различия могут проявляться и в целевой ориентировке, и в особенностях стиля воспитания, и в характере поощрений и наказаний мальчиков и девочек. Особый интерес представляет анализ воспитательных стратегий относительно полноты семьи. Учитывая стремительный рост числа неполных семей, этот аспект является особенно актуальным в настоящее время

Остановимся на наиболее характерных воспитательных стратегиях, которые проявляются по отношению к мальчику и девочке со стороны родителей в полной и неполной семье. Рассмотрим последовательно каждую из четырех ситуаций: 1 – мальчик в полной семье, 2 – мальчик в неполной семье (только с матерью), 3 – девочка в полной семье, 4 – девочка в неполной семье (только с матерью).

Ситуация 1 – мальчик в полной семье. Со стороны отца по отношению к сыну реализуется стратегия равноправия, ориентированная на развитие в ребенке способностей к социальной адаптации («умение приспособиваться к любым условиям и разным коллективам»). Активность со стороны отца направлена на развитие волевых и физических качеств сына, а также вежливости и уважения к старшим. Со стороны матери проявляются две достаточно противоречивые и порой амбивалентные стратегии: одна – на поддержание семейных возрастных статусов; другая – на поддержание детской активности и самовыражения сына. При этом реализация обеих этих стратегий сопровождается негативными переживаниями матери. Можно полагать, что именно этим двум типам стратегий активно противостоит сам ребенок, что и вызывает конфликт.

Выделим два наиболее существенных момента. Первый из них касается традиционного сюжета инфантильной сексуальности (эдипова комплекса). Как показали наши результаты, сам отец не демонстрирует в отношении сына своего социально-статусного превосходства, напротив, он склонен к равноправию и стимуляции у ребенка волевых проявлений. Фиксирует же внимание на социально-статусном неравенстве именно мать, беря на себя и осуществление наказаний. Фактически мать, с одной стороны, фиксирует социальную иерархию отношений, а с другой, ориентирует ребенка на социальные достижения. Можно полагать, что подобный тип поведения вызывает особые аффективно-симбиотические переживания как у матери, так и у сына. Второй момент связан с ориентацией обоих родителей на поддержание детской инициативы. Но мать и отец реализуют подобную установку по-разному. Отец задает ее как цель воспитания, мать же склонна в большей степени «идти от самого ребенка», поддерживая его активность.

Ситуация 2 – мальчик в неполной семье. Здесь воспитательные воздействия идут лишь со стороны матери. Она так же ориентирована на поддержание активности и самовыражения ребенка, так же применяет наказания и ориентирована на соблюдения ребенком правил, принятых в обществе. Однако, в отсутствие отца, мать, наказывая сына, склонна как ставить под угрозу возможность его общения с другими («не разрешу играть с друзьями»), так и обозначать возможность разрыва межличностных отношений с ребенком («не стану с ними разговаривать», «тоже не буду выполнять своих обещаний»). Можно сделать вывод о том, что подобная стратегия строится на культивировании тесной аффективной симбиотической связи «мать-ребенок». В этом отношении она противоположна стратегии на поддержание социально-статусной возрастной вертикали, которую реализует мать при воспитании сына в полной семье. Другой аспект связан с позитивными эмоциональными переживаниями матери при общении с сыном («наполняюсь энергией»,

«ощущаю себя счастливым человеком»). Можно видеть, что при воспитании сына в неполной семье мать проецирует на него эмоциональные переживания, которые могут объясняться отсутствием мужчины в семье («наполняюсь энергией»).

И, наконец, в отсутствие отца мать направлена на воспитание в сыне отзывчивости, доброты и милосердия, вежливости и уважения к старшим. Перечисленные качества в традиционалистском понимании задают выраженные феминные характеристики, которые должны культивироваться у девочки. Заметим, что отец при воспитании сына в полной семье табуирует культивацию этих качеств у мальчика (он должен быть волевым, физически развитым и т. п.). В отсутствие же отца, мать проецирует на ребенка собственные женские качества.

В целом социальная ситуация воспитания сына в неполной семье представляет сложную и весьма противоречивую картину, которая принципиально отличается от воспитания мальчика в полной семье. Так, явно обнаруживает себя аффективная связь «мать-сын», когда культивируются позитивные эмоциональные переживания и в то же время под угрозу ставится разрыв межличностных отношений. Мать как бы «замыкает» на себя ребенка и ищет в нем эмоциональную («мужскую») поддержку, и параллельно с этим стратегия воспитания в целевом отношении ориентирована на формирование в ребенке «феминных» личностных качеств.

Ситуация 3 – девочка в полной семье. Первое, на что следует обратить внимание, это реализация отцом и матерью двух противоположных воспитательных стратегий. Если отец предпочитает равноправие и ориентирован на воспитание способностей к адаптивному поведению, то мать стремится воспитывать в дочери такие качества, как аккуратность, дисциплинированность, отзывчивость, милосердие. В данном случае стратегии отца и матери находятся в отношении «полоролевой дополтельности»: отец реализует «мужскую» линию воспитания, мать – «женскую». Явно выраженными оказываются противоположные полоролевые стратегии воспитания у матери и отца по линии «феминность-маскулинность». В данной ситуации мать также стремится поддерживать статусную возрастную вертикаль и готова к наказаниям ребенка.

Наконец, при воспитании дочери отец (в отличие от воспитания сына) реализует авторитарный стиль отношений с ребенком, связанный с «идеологическими» задачами воспитания. Сопоставляя две ситуации - воспитания сына и дочери в полной семье, мы обнаруживаем принципиальные различия, характеризующие взаимодействие родителей с ребенком. При воспитании сына отец подавляет ориентацию матери на воспитание «феминных» качеств (аккуратность, дисциплинированность, доброта, отзывчивость, милосердие). При воспитании же дочери «подавляется» совершенно иная линия воспитательной стратегии матери, которая связана с поддержанием активности ребенка, ориентированной на социальные достижения. По сути дела, эти целевые задачи берет на себя при воспитании дочери отец.

Крайне интересным оказывается также аспект, связанный с негативными эмоциональными переживаниями родителей: мать испытывает негативные состояния при воспитании сына («нервничаю, раздражаюсь»), а отец при воспитании дочери («испытываю сложности, которые превращаются в скандалы»). Таким образом, родители испытывают особые негативные состояния при воспитании ребенка противоположного пола, что, в свою очередь, может свидетельствовать о сложностях понимания ими смысловой позиции ребенка противоположного пола.

Ситуация 4 – девочка в неполной семье. Социальная ситуация воспитания девочки в неполной семье также имеет ряд характерных особенностей, некоторые из которых остаются теми же, что при воспитании дочери в полной семье. Одна из них - ориентация на воспитание «феминных» качеств; другая - поддержание социально-статусной возрастной вертикали. Относительно реализации этих двух стратегий отсутствие отца при воспитании дочери не оказывает какого-либо существенного влияния.

Принципиальный интерес представляет стратегия, определяемая авторитарным отношением к ребенку и ориентированная на развитие морально-нравственных качеств. В полной семье ее реализует отец по отношению к дочери. При отсутствии супруга мать восполняет эту линию отцовского поведения. В данной ситуации полностью отсутствует ориентация на поддержание активности и самовыражения ребенка, которую в полной семье по отношению к дочери реализует отец.

В ситуации неполной семьи дочь в целом оказывается под влиянием жесткого контролирующего поведения матери. Более того, в отличие от воспитания сына в неполной семье, где отмечались амбивалентность эмоциональных переживаний матери, в ситуации воспитания девочки без отца у матери доминируют негативные эмоциональные характеристики: «не могу справиться со спонтанной активностью», «испытываю сложности, которые превращаются в скандалы».

Итак, рассмотрение четырех ситуаций, показывает, что все они в психологическом плане являются принципиально различными. При этом наиболее проблемными оказываются ситуации воспитания ребенка в неполной семье. В выделенных четырех ситуациях различные стратегии весьма своеобразно сочетаются между собой. В каждой из них реализуется не какая-то одна стратегия, а весьма специфичный комплекс,

сочетающий между собой различные факторы. В этом отношении, имеет смысл говорить не столько о воспитательных стратегиях, сколько о воспитательных комплексах.

Родители глазами детей

Субъективное, внутреннее отношение и эмоциональное состояние ребенка исследовалось с помощью методики «Рисунок семьи», для того чтобы понять, как дети воспринимают своих родителей и как они чувствуют себя в разных семейных ситуациях. В рисовании принимали участие дети тех родителей, которые опрашивались в предыдущей части работы и результаты ответов которых были представлены выше. Анализ показал, что рисунки выделенных нами групп детей принципиально отличаются и отражают своеобразие взаимоотношений ребенка с родителями в полной и неполной семье.

Ситуация 1 – рисунки мальчиков, воспитывающихся в полной семье. Рисунки ма, как правило, являются либо контурными, либо черно-белыми и выполнены в холодных тонах. Персонажи (члены семьи) такого рисунка расположены достаточно далеко друг от друга. В то же время они явно «демонстрируют» позитивное эмоциональное состояние, поскольку на лицах изображена улыбка. Это рисунок с выраженным сюжетом, отражающим семейные бытовые ситуации. Композицию рисунка составляют все члены полной семьи: отец, мать и ребенок.

При сопоставлении изображения фигуры ребенка и фигуры отца можно заметить, что сама фигура ребенка в данном случае характеризуется относительно немногими параметрами: это контурное изображение большого размера, которое в рисунке стоит на первом месте. Фигура же отца задана достаточно большим числом показателей, причем весьма противоречивых: теплые-холодные тона; контур-прорисованность; первый-последний; больше других-равный. Таким образом, практически по всем основным показателям (цвет, размер, порядок расположения и прорисованность) в данном случае мы обнаруживаем явные противоречия, что может свидетельствовать об амбивалентном переживании ребенком позиции отца. Конфликтность отношений «отец-сын» выражается более явно, поскольку мальчик на рисунке своей семьи, как правило, стремится изобразить себя больше других и поставить себя на первое место. Здесь проявляется не только амбивалентное переживание позиции отца, но и конфликт, связанный со стремлением мальчика к доминированию.

Подобное напряжение по отношению к отцу, интересно сопоставить с реализуемой отцом стратегией воспитания. Напомним, что отец при воспитании сына придерживается стратегии равноправия, причем отец направлен на развитие у мальчика волевых качеств и в то же время он контролирует сына и требует уважения к позиции взрослого. Можно видеть, что подобная противоречивая стратегия отца («равноправие и контроль») и отражается в амбивалентном переживании мальчиком статусной позиции отца.

В отличие от фигуры отца, мать не прорисовывается и, как правило, располагается между фигурами отца и ребенка. Она занимает явно промежуточный статус в семейной иерархии. В то же время, в отличие от фигуры отца, здесь отсутствует социально-статусная конкуренция, причем сама фигура матери расположена к ребенку ближе, чем фигура отца. В таком расположении можно усмотреть классический психоаналитический треугольник «отец-мать-сын». Для более глубокого понимания подобного типа отношения к матери целесообразно обратиться к той стратегии поведения, которую реализует мать при воспитании сына в полной семье. Напомним, что в поведении матери явно обозначились две линии. Одна направлена на поддержание социально-статусной возрастной вертикали «отец-мать-сын». При этом мать берет на себя осуществление различных форм наказания ребенка, что вызывает, по оценкам самих матерей, «сложности, которые превращаются в скандалы». Этим, кстати, можно объяснить противоречивость цветовой гаммы (наличие холодных и теплых тонов), в которой изображается на рисунке мать. Другая линия поведения матери связана с поддержанием активности и самовыражения ребенка. Можно полагать, что именно подобная стратегия связана со стремлением ребенка изображать себя на рисунке семьи доминирующей фигурой.

Таким образом, особенности детского рисунка содержательно связаны с родительскими стратегиями воспитания.

Ситуация 2 – рисунки девочек, воспитывающихся в полной семье. Этот тип рисунков принципиально отличается от предыдущего.

В целом он выполнен в иной цветовой гамме, где преобладают смешанные и теплые тона. В отличие от рисунков мальчиков, здесь, как правило, используется не один, а гораздо больше символов (солнышко, цветы и т. п.). Фигуры на рисунке расположены значительно ближе друг к другу, что характеризует позитивные эмоциональные связи между членами семьи. Улыбки на лицах персонажей (как и в рисунках мальчиков) символизируют желание автора рисунка подчеркнуть позитивные эмоциональные состояния, характерные для членов семьи. И, наконец, важно отметить, что эти рисунки более разнообразны, поскольку в них наряду с бытовыми ситуациями часто изображается и игровая деятельность. Таким образом, в отличие от рисунков мальчиков, рисунки девочек из полных семей ярче выражают позитивное эмоциональное состояние авторов. Если у мальчиков положительное эмоциональное состояние отражалось лишь улыбкой-

ми на лицах персонажей рисунка, то у девочек его выражают и теплая цветовая гамма, и близость расположения фигур, и улыбки, и общая игра.

В изображении матери доминируют либо теплые, либо смешанные тона. Как правило, фигура матери больше других, хорошо прорисована и стоит на первом месте (либо находится между фигурами ближе к ребенку), что свидетельствует о явно позитивном отношении дочери к своей матери.

Себя самого ребенок на рисунке также изображает в теплых тонах и хорошо прорисованным. Все это позволяет сделать вывод о положительном эмоциональном самочувствии девочки, воспитывающейся в полной семье. Характерно, что изображение девочками собственной фигуры принципиально отличается от изображения мальчиков из полных семей, где Я-фигура, как правило, задана лишь контуром. Если у мальчиков семейный конфликт задан внешней структурой социально-ролевых статусных позиций и определяет отношения мальчика с отцом, то у девочек – это именно внутренний конфликт, проявляющийся в противоречивости собственного изображения, что отражает амбивалентность переживания собственного Я.

Весьма своеобразно и изображение фигуры отца – он изображен либо в холодных, либо в смешанных тонах, что свидетельствует о меньшей эмоциональной связи девочки со своим отцом. Если мать, как правило, изображается больше других персонажей, то отец изображается равным; если мать стоит на первом месте (либо между фигурами), то фигура отца находится на последнем месте (либо между фигурами). Таким образом, у мальчиков на рисунке доминирующей фигурой является отец, у девочек – мать. В этом, по-видимому, проявляется особое представление о социальной иерархии ролевых позиций в семье, когда отец занимает отнюдь не лидирующую позицию.

Для более полного понимания особенностей переживания девочки необходимо соотнести особенности их рисунков с реализуемыми родителями стратегиями по воспитанию девочки в полной семье. Напомним, что в воспитании девочки в полной семье отец и мать реализуют прямо противоположные стратегии: если отец ориентирован на равноправие, то мать на воспитание в дочери аккуратности, дисциплинированности. Мы отмечали, что здесь родители реализуют противоположные воспитательные стратегии и находятся в отношении «полоролевой дополненности». Можно полагать, что подобное различие воспитательных стратегий и проявляется в изображении фигур отца и матери. Так, отец, реализующий стратегию равноправия позиций взрослый–ребенок, оказывается не доминирующей фигурой; мать же, ориентированная на воспитание таких качеств, как аккуратность и дисциплинированность, выступает доминирующей, главенствующей фигурой, что и отражается на детском рисунке. Более того, как и в ситуации воспитания сына, мать реализует стратегию, направленную на поддержание возрастной вертикали путем осуществления наказаний. Однако, если в восприятии мальчика эта ролевая функция уступает позиции отца, то в восприятии дочери мать выступает как доминирующая фигура в семье.

Напомним, что для позиции отца по отношению к девочке характерным является авторитарный стиль, ориентированный на «идеологические» задачи воспитания с подчеркиванием моральных оценок поведения ребенка: «что хорошо, а что плохо». Подобная тенденция авторитарного оценивания моральных поступков ребенка связана с эмоциональной «отстраненностью» девочки от своего отца, которая и проявляется в изображении его фигуры.

Ситуация 3 – рисунки девочек, воспитывающихся в неполной семье. Общая композиция рисунка во многом схожа с рисунком девочек из полных семей. Этот тип рисунков выполнен в смешанных и теплых тонах, с использованием символов и с близким расположением фигур. Как правило, на таких рисунках изображена либо игровая ситуация, либо дан групповой портрет членов семьи («отсутствие сюжета»). В то же время, в отличие от рисунков девочек из полных семей, здесь отсутствуют сюжеты, связанные с бытовыми семейными ситуациями. Важно и то, что в этих рисунках отсутствуют улыбки на лицах персонажей.

Как и следовало ожидать, рисунки отличаются по числу изображенных персонажей – на них отсутствует фигура отца. Существенно отличаются как изображение матери, так и фигура самого ребенка. Я-фигура изображена либо в теплых, либо в смешанных тонах. Сравнивая ее с изображением девочек из полных семей, можно заметить, что у последних изображение себя в смешанной цветовой гамме отсутствует. Это позволяет сделать вывод о том, что эмоциональное самочувствие девочки в неполной семье не столь благополучно. В данном случае можно с большой долей вероятности говорить о наличии внутреннего эмоционального конфликта у девочки, воспитывающейся в неполной семье. Это, в частности, подтверждает и анализ изображения Я-фигуры по такому параметру, как прорисованность: Я-фигура одновременно определяется как прорисованностью, так и непрорисованностью. Девочка не рисует себя больше других фигур, а наоборот, изображает себя меньше других (или равной). Помимо этого, она не ставит себя на первое место (поскольку на рисунке изображены лишь два персонажа, это означает, что она находится на последнем месте). Таким образом, общая характеристика изображения Я-фигуры на рисунках девочек из неполной семьи позволяет зафиксировать во-первых, внутреннюю конфликтность, и во-вторых, – ощущение своего неравенства у ребенка и отсутствие у него стремления к доминированию.

Принципиально иначе изображается фигура матери. Во-первых, изображение матери выполнено в смешанных тонах, что позволяет сделать вывод об амбивалентном отношении к ней ребенка. Во-вторых, способ изображения матери контуром с прорисованностью лишь отдельных элементов также может свидетельствовать о неоднозначности отношений ребенка к матери. То, что мать изображается больше других фигур, явно свидетельствует о ее доминировании. О социальных напряжениях отношений с матерью свидетельствует также и порядок ее расположения (как правило она изображается первой). Все перечисленные характеристики позволяют сделать выводы о том, что мать воспринимается ребенком как доминирующий взрослый и что отношения ребенка с ней носят эмоционально более отстраненный характер.

Как и при анализе предыдущих ситуаций, для более глубокого понимания смысловой позиции, изображенной на рисунке ребенка, здесь стоит обратиться к характеристике используемых матерью стратегий при воспитании девочки в неполной семье. Напомним, что две линии совпадают при воспитании дочери матерью в полной и неполной семье - ориентация на воспитание «феминных» качеств и на поддержание социально-статусной возрастной вертикали.

Единственное отличие состоит в стратегии, связанной с авторитарным воспитанием и ориентированной на развитие морально-нравственных качеств. Именно здесь, по-видимому, и надо искать те особенности поведения матери, которые характеризуют своеобразие детского рисунка, выражающего особенности переживания девочкой из неполной семьи своих отношений с матерью. Эту стратегию в полной семье реализует по отношению к дочери отец. Принятие незамужней матерью этой отцовской линии поведения и усиление контролирующей, оценивающей функции явно проявляется в детском рисунке. Характерно, что не только отношения с матерью воспринимаются дочерью как более отстраненные, но и изменяется характер переживания собственного Я самим ребенком.

Ситуация 4 – рисунки мальчиков, воспитывающихся в неполной семье.

Эти рисунки принципиально отличаются от всех рассмотренных выше. В своем большинстве они контурные, черно-белые, либо выполнены исключительно в холодных тонах. Фигуры не связаны между собой и находятся далеко друг от друга. Отсутствует и возрастная вертикаль, заданная разной величиной фигур членов семьи. Улыбки на лицах персонажей также отсутствуют. Присутствует достаточно большое число символических элементов. Отличительными особенностями рисунков является отсутствие бытовых ситуаций семейной жизни, и основной сюжет связан «с учебой».

Анализируя структурную композицию рисунков, отметим существенное отличие этих рисунков от рисунков девочек из неполных семей. Если в рисунках девочек фигура отца отсутствует (иными словами, он «вытеснен» из поля восприятия ребенком собственной семейной ситуации), то в рисунках мальчиков из неполной семьи фигура отца присутствует, и, более того, она задана достаточно большим числом параметров. На наш взгляд, это крайне важное отличие, которое фиксирует особый тип переживания своей семейной ситуации мальчиком из неполной семьи: несмотря на реальное отсутствие отца, в идеальном плане («образе своей семьи») он «не вытеснен», а наоборот, активно присутствует. Это свидетельствует об особой эмоциональной связи сына со своим («отсутствующим») отцом.

Фигура самого ребенка на рисунке характеризуется достаточно небольшим числом элементов. Изображена она контуром и не прорисована, выполнена в смешанной цветовой гамме. Это свидетельствует не только об отсутствии явно выраженных позитивных переживаний собственного Я, но и в целом о сниженном внимании ребенка к собственным эмоциональным состояниям и переживаниям.

Изображение матери дано контуром, не прорисовано и выполнено в холодных тонах. На рисунке мать явно занимает последнюю позицию. Все перечисленные параметры свидетельствуют об отчуждении, «холодных» отношениях, когда мать воспринимается сыном достаточно отстраненно.

В отличие от этого, отец композиционно стоит на первом месте и его фигура больше других. Это свидетельствует о значимости позиции отца при восприятии ребенком своей семейной ситуации. Поскольку, как мы отметили выше, мать занимает последнюю позицию на рисунке, правомерен вывод о том, что ребенок находится ближе к отцу, занимая положение между отцом и матерью. О том, что отец вызывает позитивные эмоциональные переживания у ребенка, свидетельствует и то, что его фигура выполнена в теплых тонах. Этот момент следует специально подчеркнуть, поскольку отец является единственным членом семьи, при изображении которого ребенком используется теплая цветовая гамма. В то же время надо отметить, что фигура отца задана контуром и не прорисована. Это обстоятельство свидетельствует о «размытости», нечеткости представлений ребенка об отце, об отсутствии у него стремления к детализации своего отношения к отцу. В этой связи крайне важно сравнить этот тип изображения фигуры отца с его изображением у мальчиков из полных семей, где, напомним, фиксируется хорошая прорисованность его фигуры, с одной стороны, а с другой, - проявляются достаточно сложные и противоречивые отношения к социальному статусу отца в структуре семьи.

Последний момент стоит пояснить, поскольку он принципиален. Так, обсуждая общую композицию

рисунка мальчика из полной семьи, мы фиксировали своеобразный социально-статусный конфликт, суть которого состоит в стремлении ребенка занять первую позицию на рисунке и изобразить себя больше других фигур. Одновременно эти же тенденции, связанные с доминированием, проявляются и в изображении фигуры отца. Мать же, «разрешая» подобный конфликт, изображается на рисунке между фигурами отца и сына. На рисунке же мальчика из неполной семьи подобного социально-статусного конфликта нет: отец занимает безусловно доминирующую позицию и стоит на первом месте, второе место, с явным эмоциональным тяготением к отцу (поскольку тот изображен в теплой цветовой гамме), занимает сын и на последнем месте расположена мать, изображенная в холодных тонах, что свидетельствует о ее своеобразном эмоциональном «отторжении» ребенком.

Таким образом, в ситуации воспитания мальчика в неполной семье фигура отца явно «идеализируется», мать эмоционально «отторгается», а сам конфликт, связанный с занятием ребенком доминирующей позиции в структуре социально-ролевых отношений в семье, отсутствует. Иными словами, классический психоаналитический конфликт (Эдипов комплекс, связанный с желанием ребенка обладать матерью и занять место отца) здесь кардинально преобразуется. Так, образ отца идеализируется, стремление к эмоциональной связи с отцом актуализируется, однако характерная для Эдипова комплекса ситуация соперничества сына с отцом отсутствует, а «желание обладать матерью» трансформируется в ее «отвержение».

Понятно, что высказанные соображения требуют дополнительных подтверждений, поэтому обратимся анализу реализуемых матерью стратегий воспитания мальчика в неполной семье. Сопоставляя материнские стратегии с особенностями изображения семейной ситуации, выделим ряд существенных, на наш взгляд, моментов. Ситуация воспитания мальчика в полной и неполной семье отличается по двум параметрам. Один из них связан со стратегией, направленной на поддержание активности и самовыражения ребенка и ориентированной на развитие его умственных способностей. Эта стратегия характерна для воспитания мальчика в неполной семье – не случайны на их рисунках изображения сюжетов, связанных с учебной деятельностью. Помимо этого, отличительной особенностью в стратегии незамужней матери является ее стремление использовать в качестве наказаний ограничение общения со сверстниками и отказ от выполнения собственных обещаний. Мать строит свой контроль за поведением ребенка, постоянно фиксируя угрозу разрыва межличностных отношений. Можно полагать, что именно подобная стратегия («игра на разрыв межличностных отношений») и вызывает у ребенка ответную реакцию «отторжения» матери, что выражено на его рисунке в изображении ее контуром, в холодных тонах и, наконец, на последнем месте.

Другое отличие касается воспитания в сыне аккуратности, дисциплинированности, исполнительности, которое пытается реализовать одинокая мать. Эта стратегия характерна для воспитания девочки, и в ситуации полной семьи подавляется отцом как культурно не адекватная, ориентированная на воспитание у сына «феминных» личностных качеств. В отсутствие же отца, мать актуализирует данный тип воспитания, который обычно соответствует позиции матери при воспитании девочки. Но как мы теперь видим, обращаясь к анализу рисунков мальчиков из неполных семей, подобный протест относительно реализации матерью данной линии поведения возникает и у самого ребенка. Однако мальчик не может «подавить» эту линию поведения матери, наложить на нее запрет, как это делает отец в ситуации полной семьи. Единственной для ребенка возможностью разрешить этот конфликт оказываются негативные собственные переживания отношений с матерью, ее эмоциональное «отторжение». Заметим, что ситуация конфликта при реализации подобной стратегии фиксируется и самой матерью: «не могу справиться со спонтанной активностью ребенка».

Актуализация матерью «феминной» стратегии поведения по отношению к сыну, воспитывающемуся без отца, ведет также к проявлению своеобразного феномена: идеализации мальчиком образа отца как доминирующей фигуры, которая может «наложить запрет» на неадекватное поведение матери в отношении к сыну. В этой связи заметим, что акцентуация мальчиками «доминирующей и теплой фигуры отца» отнюдь не случайна, поскольку здесь это характеризует «охранительную» позицию отца в отношении ребенка. Таким образом, если в психоаналитической традиции при рассмотрении семейной ситуации воспитания мальчика обращается основное внимание на Эдипов комплекс, определяющий конкурентные отношения сына и отца (что, кстати, достаточно отчетливо проявилось в рисунках мальчиков из полных семей), то в ситуации воспитания мальчика в неполной семье, как мы видим, внутренняя логика отношений ребенка с матерью и отцом определяется совершенно иначе: здесь ребенок не конкурирует с отцом, а, наоборот, идеализирует его позицию как охранительную; отец как идеальный образ «защищает» сына от матери.

Таким образом, анализ детских рисунков «Моя семья» позволил выявить действительно существенные особенности смысловой позиции мальчиков и девочек дошкольного возраста относительно переживания ими различных типов семейных ситуаций. Сопоставление рисунков детей с воспитательными стратегиями родителей позволило понять, как переживается и прорабатывается самим ребенком реализуемая родительская стратегия воспитания.

Сравнение практически всех показателей рисунков детей выявило одну и ту же тенденцию: дети, живущие в неполной семье, имеют менее благоприятную картину эмоционально-личностной сферы по сравнению с их сверстниками из полных семей. Причем, особо уязвимую группу представляют мальчики, живущие с одинокой матерью. Для них в большей степени, чем для девочек из неполных семей, характерны сниженный эмоциональный тонус, трудности в общении, чувства одиночества и отверженности, негативное самоощущение. Учитывая стабильность и однонаправленность этих особенностей, их можно считать достаточно устойчивыми характеристиками, отражающими специфику личностного развития мальчика в неполной семье.

Интерпретация полученных данных может быть двоякой. С одной стороны, у мальчиков, живущих без отца, отсутствует объект для идентификации и подражания, в результате чего у них наблюдаются проблемы с половой идентичностью. Это приводит к неуверенности и внутреннему дискомфорту. С другой стороны, отмеченные особенности могут являться следствием попыток матери заменить ребенку отца. Понимая, что сыну необходим отец, одинокая мать сознательно или бессознательно стремится компенсировать ребенку его отсутствие и берет на себя мужские функции. В результате мальчик лишается не только отца, но и в некотором смысле матери – материнской любви, теплоты, терпимости и пр. Как известно, именно эти черты материнского отношения в раннем и дошкольном возрасте являются главными условиями уверенности ребенка в себе, доверия к окружающему миру и общего положительного самоощущения. Естественно, этот путь развития не является обязательным и объективно предопределенным. Однако, полученные данные свидетельствуют о том, что мальчики из неполных семей составляют особую проблемную группу, которая нуждается в особо пристальном внимании.

Л. Е. Никитина

СОСТОЯНИЕ И ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОГО ВОСПИТАНИЯ: ИДЕОЛОГИЯ И ПРИНЦИПЫ РАЗВИТИЯ

ГНИИ семьи и воспитания РАО (Москва).

Детство – развивающийся общественно-значимый мир, главной целью которого является взросление – освоение, присвоение, реализация взрослости. За последние 20 лет дети стали более импульсивными, более сосредоточенными на специфических интересах своей возрастной группы, более прагматичными, менее управляемыми. Растущее недоверие к официальным структурам, в числе которых для ребенка основное место занимает образовательное учреждение, вызывает дефицит полноценного воспитания, усугубляющийся глобальным кризисом семьи и деформациями общественного и семейного воспитания. Эти деформации выражаются в негативных тенденциях общественного развития, таких как увеличение количества социальных сирот и семей, пренебрегающих своим родительским долгом, антипедагогическая либерализация норм социальной жизни, расслоение общества по уровню и образу жизни, распространение спектра и количества угроз жизни и безопасности личности и общества, укоренение в обществе нежелательных для продуктивного воспитания жизненных стратегий и сценариев, связанных с личным успехом, достигнутым любой ценой и безнравственными средствами. Социальный фон воспитания детей в современной России определяется как кризисный и неблагоприятный.

Тем не менее, в последние годы наметились и положительные сдвиги, определяющие перспективы в развитии воспитания как приоритетной сферы социальной жизни. Усиливается осознанный социальный запрос на создание как новых, так и адаптированных зарубежных эффективных воспитательных систем, технологий, средств, что стимулирует повышенную инновационность в образовательном секторе. Российские дети значительно больше, чем 20 лет назад, информированы о современных процессах в различных областях науки, техники и социальной жизни, динамично овладевают современными коммуникационными продуктами и технологиями, более конструктивно воспринимают воспитательные воздействия, осознаваемые как полезные. В обществе утвердился ценность качественного образования и укрепляются ценности здорового образа жизни и религиозного воспитания. Значительно улучшилось питание детей в образовательных учреждениях, укрепляется инфраструктура детского отдыха, началось материальное оснащение школ современными техническими средствами и учебниками. Планомерно ведется работа по повышению заработной платы педагогических работников. Намечившаяся политическая и экономическая стабилизация, начавшаяся модернизация российского образования создают предпосылки для политического и ресурсного обеспечения развития воспитания на среднесрочную перспективу.

1. Состояние и проблемы развития воспитания детей в Российской Федерации.

В развитии общенациональной системы воспитания главными субъектами являются семья, образовательное учреждение и различные институты социума.

Российская семья демонстрирует слабую состоятельность как коллективный воспитатель. Она не

обеспечивает в полном объеме контроль свободного времени детей и подростков и проигрывает во влиянии на ребенка другим факторам социализации. В семейном быту россиян преобладают: алкогольные общесемейные традиции, отсутствие авторитета взрослых в семье и семейного коллектива в целом, неконструктивный, конфликтный стиль общения и взаимоотношений, низкая педагогическая культура родителей, повышенная трудовая занятость родителей или вынужденная безработность, насилие в семье. Изменилось отношение детей к школьным и домашним проблемам: за последние 10 лет двойки, замечания, школьные наказания отошли на второй план, уступив место домашним неприятностям. Количество родителей, считающих своих детей неудачниками уже в начальной школе, достигает 33% (сопоставимый показатель в мире и в России 20 лет назад – 8%)¹. Резко возросло количество детей, испытывающих страх физического насилия, в том числе домашнего (до 70% детей). Каждый второй ребенок испытывает неблагополучие в общении со сверстниками. За последние 10 лет количество детей, чувствующих себя неполноценными и неуверенными из-за школьных проблем уже в начальной школе, увеличилось почти в 10 раз, увеличилось в 8 раз количество учащихся начальных классов, испытывающих тревогу по отношению к учению и учителю. Треть детей испытывает фрустрацию потребности в достижении успеха, будучи неуверенными в себе, своих силах и возможностях. До 60% детей младшего школьного возраста имеют высокий уровень нарушений адаптационных систем организма, иммунная система 70-80% детей функционирует в режиме перенапряжения и дизадаптации. Все это означает прогнозируемый рост «проблемных» подростков до двух третей всей генерации.

В ближайшие годы произойдет трансформация семьи. Нормой станут дистантные и гостевые браки, когда супруги, живя раздельно, будут встречаться по обоюдному желанию. Холостых людей обоего пола станет больше. Вступление в брак до 30 лет станет редкостью. По прогнозам статистиков, к 2010 г. на Земле на брачном рынке будет избыток лиц мужского пола (около миллиона человек). При этом общество становится все более терпимым к однополым бракам и на повестке дня в мире оказался вопрос о клонировании как одном из путей продолжения рода. Это означает наступление революции в брачно-семейной сфере, сопровождающееся кардинальным изменением норм полового поведения и реформированием морали, что напрямую влияет на воспитание как общенациональную систему.

Не прекращается рост преступлений против личности, в том числе и в отношении детей. За последние 10 лет количество детей, пострадавших от сексуальных преступлений, увеличилось в десятки раз. По-прежнему сохраняется высокий уровень детской преступности.

Актуальным становится вопрос о детском труде, который в условиях бедности большей части российского населения требует специального рассмотрения в политическом, социальном, юридическом, педагогическом и нравственном аспектах.

Ослаблен педагогический потенциал институтов культуры, средств массовой информации, литературы и искусства. Доля (объем) детского телевидения не превышает 4% в общем объеме вещания в среднем по всем центральным телеканалам за год (по обязательствам, предусмотренным лицензией, должно быть 7%, 10% и 15% у разных каналов). На российском телевидении доминирует американский кинематограф (около 40% транслируемых фильмов), соответственно любимый фильм у 70% подростков – американского производства. В среднем на один час телетрансляций приходится 4,2 сцены насилия и эротики. Ежедневно российский подросток видит не менее 9 сцен насилия, агрессии или эротики, что провоцирует его на принятие конфронтационной модели поведения.

Главное место в структуре досуга у четверти подростков занимает компьютер. Ежедневное общение с компьютером у школьников составляет 1,2 часа. Прогнозируется выравнивание возможностей регулярного пользования компьютером у детей из разных социальных групп к моменту окончания школы. Образова-

¹ Все приводимые количественные данные взяты из приведенных ниже источников:

1. Абакумова В. СПИД-ИНФО, апрель 2003.
2. Аналитический доклад к заседанию Совета при Президенте РФ по культуре и искусству «Культура и дети: проблемы формирования духовного мира подрастающего поколения», март 2002 г.
3. Воронин Ю., аудитор Счетной палаты РФ. Доклад «Проблемы воспроизводства отечественного научного потенциала», 2003 г.
4. Концепция модернизации российского образования на период до 2010 года.
5. Национальный центр медицинской статистики США. СПИД-ИНФО, апрель 2003 г.
6. Дашкевич В. АиФ № 15(509), апрель 2003 г.
7. В логове педофилов. Там же.
8. Полев А. СПИД-ИНФО, апрель 2003 г.
9. Рюриков Ю. Б. Яд и мед семьи: Семья и любовь на сломе времен. – М.: Молодая гвардия, 2002. – 466 с.
10. Яшнова О. А. Успешность младшего школьника. – М.: Академический Проект, 2003.

тельные учреждения интенсивно оснащаются компьютерной техникой. Приоритетное внимание государства позволило оборудовать компьютерами свыше 30 тыс. сельских школ России. В целом отмечается позитивное влияние регулярного пользования компьютером на академическую успеваемость школьников. Однако несбалансированное виртуальное общение развивает у ребенка опосредованное восприятие мира, разрушает интуицию, формирует ситуацию отчуждения от этнических корней и истории своего народа.

Дети все более раннего возраста увлекаются так называемой «попсовой» музыкой. 95% отечественной музыки пишется в примитивном миноре, что вредно для здоровья общества, т. к. оказывает влияние на распространение социальной апатии.

Книжная детская продукция недоступна для 80% россиян. Соответственно возрастает социальная роль библиотечной сети в условиях низкой покупательной способности населения (до 70% детей сельской местности не имеют средств для покупки книг, 28% из них указали на библиотеку как на единственный источник получения книг).

Произошло значительное снижение количества читающих детей, а также подростков, посещающих развлекательные заведения и театры (за последние 10 лет – вдвое). Искусство продолжает достаточно широко проникать в общество, но все меньше влияет на духовное и социальное становление человека, становясь в большей мере средством релаксации и снятия напряжения.

Современное детское и юношеское движение характеризуется ростом общественной активности детей и молодежи. 4% молодых россиян участвуют в деятельности молодежных и детских общественных объединений. На первый план в детском движении выдвинулись проблемы толерантности, воспитания в духе мира и взаимопонимания между народами, охраны окружающей среды, здорового образа жизни, досуга, защиты прав детей, благотворительности и демократического образования, противодействия терроризму. Прослеживается тенденция создания многочисленных общественных объединений детей и молодежи, представляющих различные слои общества, отличающиеся по уровню благосостояния, здоровья, месту жительства, национальной, профессиональной, образовательной, научной, трудовой принадлежности, а также сформирован большой блок добровольческих общественных объединений детей и молодежи. В образовательных учреждениях развиваются ученические и студенческие органы самоуправления. Однако образовательные учреждения не оказывают существенного влияния на процесс развития детского и молодежного общественного движения и не используют его воспитательный потенциал.

Общественный запрос на воспитание социально активной личности, участвующей в государственно-общественных преобразованиях страны, обуславливает требование научного обоснования гражданского образования детей и молодежи (теоретического представления, учебных материалов, образовательного процесса, стандартов), а также практического блока, предполагающего участие обучающихся в разработке и решении местных общественных проблем, моделировании институтов демократии; поощрение свободного и открытого обсуждения жизни коллектива. Имеющийся курс «Граждановедение» носит академический характер и не решает комплекса задач практикоориентированного гражданского воспитания.

Практика воспитания в системе российского образования опирается на предметные методики и теорию воспитания, оставшиеся в наследство от советской эпохи, на номенклатуру педагогических должностей, не обеспечивающую всех потребностей воспитания. Введение в штатные расписания образовательных учреждений новых должностей: психологов, социальных педагогов, дефектологов, вожатых, освобожденных классных руководителей – происходит медленно и в недостаточном объеме. Деятельность служб опеки и попечительства, комиссий по делам несовершеннолетних, медико-психолого-педагогических комиссий носит преимущественно репрессивный характер. Не решена в массовой практике задача создания в каждом образовательном учреждении социально-психолого-педагогических служб. Значительно больший вклад в теоретическое и методическое обеспечение развития воспитания должна внести педагогическая наука.

В российском обществе сформированы: понимание опасности, связанной с ослаблением педагогического потенциала семьи, образовательных учреждений и социальной микросреды; социальный заказ на разработку научного фундамента социального развития личности; запрос на формирование корпуса профессиональных работников, имеющих педагогическую подготовку в рамках веера специализаций, обеспечивающих решение возникающих проблем воспитания; потребность в разработке научно-методической базы воспитания, вбирающей в себя лучшие российские традиции и зарубежный опыт; созданы необходимые предпосылки для разработки идеологии и принципов, определения целей и задач развития воспитания как Общенациональной программы.

II. Идеология и принципы развития воспитания.

Изменение общественно-исторических условий в последнее десятилетие обусловило отторжение жизнью и самой логикой общественного развития педагогической парадигмы, лежащей в основе социального воспитания человека как единицы производственного или учебного коллектива. Востребован набор личностных качеств, позволяющих человеку успешно интегрироваться в сложную и противоречивую со-

циальную среду. Вместе с тем, педагогическое сообщество отчетливо понимает опасность морального и нравственно-духовного оскудения, которые явятся неизбежной расплатой за социальную успешность индивидов в антигуманном обществе.

В России, принимая во внимание экономическое, политическое и социально-психологическое состояние общества, важной задачей является соединение всех форм и направлений профессионального, общественного и семейного воспитания в единую систему, способную к гибким и эффективным изменениям в интересах подрастающих поколений, всего общества и государства. В Концепции модернизации российского образования на период до 2010 г. указывается: «Активными субъектами образовательной политики должны стать все граждане России, семья и родительская общественность, федеральные и региональные институты государственной власти, органы местного самоуправления, профессионально-педагогическое сообщество, научные, культурные, коммерческие институты».

Развитие воспитания в условиях системного реформирования российского общества и государства должно осуществляться на основе современных идей, подходов и принципов, адекватных новым условиям, российской ментальности, семейным, национальным, региональным и общероссийским культурным традициям.

Особенность педагогической стратегии по развитию воспитания заключается в постоянной корректировке реальной социальной ситуации, в которой осуществляется жизнедеятельность ребенка и его семьи, и педагогической ситуации, заключающей в себе прогностический элемент подготовки поколения к новому историческому этапу жизни общества. Это принципиально иное идейное основание, чем в укоренившейся в российском воспитании стратегии, когда ребенок «корректируется» в соответствии с требованиями реальной социальной и педагогической ситуации.

Соответственно, общественное и семейное воспитание должно быть сфокусировано на достижении двух взаимосвязанных целей - успешности социализации подрастающих поколений в современных условиях и саморазвитии человека как субъекта деятельности, как личности и как индивидуальности. Основным содержанием воспитания, таким образом, становится обеспечение процесса социализации и саморазвития на основе технологий и средств педагогической поддержки.

Основные приоритеты развития воспитания на ближайший период определяются исходя из международных норм и стандартов, реалий переживаемого периода отечественной истории, уровнем развития образовательной политики и практики:

- повышение воспитывающего характера обучения и образовательного эффекта воспитания;
- создание в образовательных учреждениях всех типов и видов эффективных гуманистических воспитательных систем;
- ориентация детей на вечные ценности - Человек, Семья, Отечество, Труд, Знания, Культура, Мир, Земля, Природа;
- гармонизация социального поля ребенка, формирование единого воспитательного пространства, упорочение педагогически оправданных ценностей в российском обществе.

Концептуальная философская идея общенациональной программы развития воспитания детей заключается в том, что достижение социальной гармонии и социального мира возможно педагогическими средствами путем внесения в социальную жизнь педагогически оправданных ценностей как специфических социальных явлений и как определенных проявлений общественных отношений и нормативно оценочной стороны общественного сознания.

Политическая платформа общенациональной программы развития воспитания детей состоит в идее социальных изменений в интересах большинства населения ненасильственными средствами, в частности и в том числе, средствами воспитания и педагогического просвещения.

Базовой идеей общенациональной программы развития воспитания детей является идея социально-педагогической солидарности, которая означает солидарное единение общества на основе выстраивания тактики педагогически выверенных взаимоотношений структур гражданского общества и властных структур в правовом поле демократического государства.

Социально-педагогическая солидарность может послужить объединительной национальной идеей, внести вклад в стабильность общественного развития, так как ее суть заключается в воспитании активных членов общества и законопослушных граждан педагогическими средствами на различных уровнях взаимодействия отдельных граждан, общества и государства, где индивидум может проявить себя как личность:

- уровень взаимодействия общества с природной средой (эколого-общественный уровень), предполагающий защиту экологических интересов людей - здоровье человека, безопасность среды его обитания, качество пищевых продуктов, потребляемой воды, воздуха и др.;
- уровень производственных и трудовых отношений (экономический уровень), предполагающий гарантированное право на труд и соответствующее профессиональное образование, использование трудовых

возможностей, охрану и улучшение условий труда и образования;

- уровень обеспечения социальной справедливости в обществе (социально-политический уровень), предполагающий соответствие между действительной ролью личности в жизни общества и ее социальным статусом, между трудом и вознаграждением, преступлением и наказанием, заслугами людей и их общественным поощрением, признание правовых норм руководством в жизнедеятельности человека и общественных структур;

- уровень слияния конкретных сред обитания индивидуумов и жизненного пространства общества в целом (благотворительный уровень), предполагающий поддержку естественной жизнедеятельности человека - материнство, отцовство, детство, взросление, социальная защита, социальное сотрудничество;

- уровень взаимодействия разных поколений (культурный и информационный уровни), предполагающий преемственность духовных ценностей и культурных традиций, создание единого культурно-образовательного и информационного пространства.

Социально-педагогическая солидарность в диалектическом единстве реального воспитательного пространства и соответствующего общественного сознания, духовности выступает стратегическим фактором развития воспитания детей, предусматривает совпадение (взаимопринадлежность) личностных, общественных и государственных интересов в ориентации личности на социально-полезную деятельность как образ жизни.

Ключевым понятием общенациональной программы развития воспитания детей, основанной на идеологии социально-педагогической солидарности, выступает понятие социального партнерства как высшей формы взаимодействия гражданского общества и государства, действующих согласованно в достижении общей цели. Социальное партнерство проявляется в создании и развитии общего пространства государственного, общественного и семейного воспитания, обеспечивающего полноценную реализацию интересов личности, общества, государства в воспитании подрастающих поколений, а также во встраивании общенациональной программы развития воспитания в либеральную рыночную модель общественного реформирования, в значительной степени базирующуюся на инициативе и самостоятельности граждан. Инициативные общественные объединения могут стать значимой частью системы социального партнерства в реализации общенациональной программы развития воспитания при условии значительно большей их поддержки институтами государства и гражданского общества.

Реализация программы предполагает осуществление всей воспитательной деятельности путем проектирования педагогически целесообразных отношений в социуме, использования в практике форм и технологий, основанных на фундаментальных педагогических закономерностях, способствующих личностному развитию, самовоспитанию, социальной и профессиональной адаптации человека, сохранению его нравственного и физического здоровья, созданию комфортной среды обитания в социуме.

Основополагающие принципы воспитания детей:

- принцип природосообразности воспитания, суть которого в определении границ развития и творческой самореализации человека. Основное содержание этого принципа не охватывается учетом возрастных особенностей детей. Необходимо изучение внутреннего субъективного мира развития личности, его внутренней индивидуальной природы как «психологической почвы», на которую «падают» воспитательные воздействия.

- принцип историзма и культуросообразности, предполагающий развитие воспитания в соответствии с отечественными историко-культурными традициями, ценностями и нормами национальной культуры, региональными этническими традициями, гармонично сочетающимися с общечеловеческими ценностями, подготовкой подрастающего поколения к интеграции в мировое сообщество на основе идеалов толерантности, культуры межнационального общения, сотрудничества, диалога культур, мирного сосуществования. Принцип предполагает целенаправленную деятельность социальных институтов по формированию у подрастающего поколения бережного отношения к историческому опыту своего народа, гармонизации межпоколенческого взаимодействия российских граждан.

- принцип гуманистической направленности воспитания, заключающийся в ориентации на гуманистические идеалы и реализации представления о воспитаннике как субъекте воспитательного процесса. Принцип предполагает создание условий для повышения статуса гуманистических идеалов в детской и подростковой среде, формирования у детей гуманистического отношения к истории своей страны, объектам культуры, природы, людям и самим себе. Принцип обуславливает такой подход к формированию воспитательных пространств и организации воспитательного процесса, который обеспечивает развитие субъектной позиции ребенка – поддержку его стремления к саморазвитию, стимулирование детской инициативы, самостоятельности, предоставление детям возможности выбора программ развития, поощрение их стремления к самосовершенствованию; возможность реализации ими активной гражданской позиции, активного участия

в социально значимой деятельности, реализации своих способностей, интересов и конституционных прав в процессе воспитания. Принцип ориентирует на создание в образовательных учреждениях всех типов и видов эффективных гуманистических воспитательных систем.

Основные принципы развития воспитания на ближайший период определяются исходя из основополагающих принципов воспитания и перспектив развития образовательной политики и практики, стратегии и базовых идей программы:

- принцип равных возможностей и социальной справедливости в отношении детско-молодежной социально-демографической группы при организации воспитательного процесса, который означает понимание обстоятельств и условий социализации и воспитания детей как существенно различных в социально неоднородном обществе и восприятие детей как объективно социально-уязвимую возрастную социально-демографическую группу, государственный и общественный патернализм в отношении детей в трудной жизненной ситуации;

- принцип единства воспитательного пространства России, заключающийся в реализации на территории РФ единой государственной идеологии воспитания, акцентировании на общенациональных ценностных приоритетах, содействии осознанию обществом в качестве одной из фундаментальных объединяющих национальных идей всесторонней заботы о духовно-нравственном и гражданском становлении подрастающих поколений, культурном воспроизводстве населения России. Принцип предполагает усиление гражданской ответственности взрослого населения России за характер воспитательных влияний, оказываемых на подрастающее поколение, ценностное значение предоставляемых детям образцов поведения, норм взаимодействия с социоприродным окружением, отношения к собственному здоровью; стимулирование заботы граждан о профилактике негативных явлений в детской и подростковой среде.

- принцип институциональной, ведомственной и гражданской интеграции воспитательных функций, предполагающий консолидацию усилий различных государственных учреждений и общественных объединений по созданию условий для развития воспитания. Принцип обуславливает стратегию межсекторного взаимодействия и межведомственной интеграции по развитию воспитания, ориентацию государственной социальной политики на усиление воспитательного потенциала социальных институтов и создание условий для эффективной реализации воспитательных функций семьей, учреждениями образования, культуры и спорта, социальной защиты, общественными организациями, средствами массовой информации, другими социальными институтами. Принцип определяет стратегическое значение межведомственных программ развития воспитания, приоритетность задач формирования разномасштабных воспитательных пространств в макро- и микросоциуме. Принцип включает в себя соединение всех направлений и форм государственного, общественного и семейного воспитания в единую систему, способную к гибким и эффективным изменениям в интересах подрастающих поколений, всего общества и государства.

- принцип ценностно-демократической ориентации управления процессом развития воспитания как общенациональной системы, обуславливающий стремление к оптимальному сочетанию централизации и децентрализации при определении роли государства в воспитании подрастающего поколения и механизмов развития воспитания. Принцип не допускает чрезмерной регламентации воспитательной деятельности социальных институтов, предполагает реализацию ими свободы выбора содержания и форм воспитательной работы с детьми наряду с усилением ответственности государственных и общественных организаций за транслируемые ими идеалы и ценности подрастающему поколению, предоставляемую детям информацию, образцы поведенческих норм, образа жизни. Принцип предполагает государственную поддержку инновационной деятельности государственных и общественных организаций в области воспитания, частной инициативы российских граждан по развитию воспитания наряду с укреплением его нормативно-правовой базы, обеспечением социальными институтами гарантированного минимума условий для развития воспитания. Развиваются формы общественного контроля за соблюдением прав детей, отрабатывается механизм общественной социально-педагогической экспертизы нормативной правовой базы воспитания; обеспечивается доступность законодательной и нормативной правовой базы для граждан любого возраста; осуществляется государственная поддержка и бюджетное финансирование детского и молодежного общественного движения позитивной направленности, профессиональных педагогических и культурных сообществ; последовательно осуществляется разделение светского и религиозного воспитания, политическая неангажированность государственных и общественных организаций, осуществляющих воспитательный процесс.

ПРОФИЛАКТИКА, ТЕРАПИЯ, КОРРЕКЦИЯ, РЕАБИЛИТАЦИЯ, ОРГАНИЗАЦИЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ПОМОЩИ

Е. И. Баздырев

ОСОБЕННОСТИ ДЕЙСТВИЯ ЛАМИКТАЛА В КОМБИНАЦИИ С ДЕПАКИНОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕЗИСТЕНТНОЙ ЭПИЛЕПСИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Кафедра детской и подростковой психиатрии, психотерапии и медицинской психологии
РМАПО (Москва).

В последнее десятилетие в практику врачей-эпилептологов вошло несколько новых антиэпилептических препаратов, среди которых особое место занимает ламиктал (ламотриджин). В многочисленных исследованиях этого препарата было установлено, что ламиктал имеет высокую эффективность и хорошую переносимость в лечении парциальных и генерализованных пароксизмов у детей и подростков [1, 2, 5, 8, 9, 10]. В ряде публикаций было отмечено позитивное влияние ламиктала на сопутствующие эпилепсии психические нарушения, когнитивные расстройства [3, 4, 6, 7, 11, 12]. Механизм действия ламиктала заключается в блокировании вольтаж зависимых натриевых каналов, что обеспечивает стабилизацию клеточной мембраны нейронов, препятствует избыточному выбросу возбуждающих аминокислот, в основном глутамата, принимающих участие в эпилептогенезе. Ламиктал оказывает действие только на эпилептиформную активность нейронов и не влияет на нормальную их деятельность.

Терапия резистентных форм эпилепсии у детей и подростков требует применения высоких доз антиконвульсантов и нередко политерапии. Известно, что длительное применение высоких доз антиконвульсанта и тем более политерапии в лечении больных эпилепсией ведет к появлению значительных побочных явлений, обуславливая снижение качества жизни, появление школьной и семейной дизадаптации. С другой стороны, выраженность побочного действия и переносимость антиконвульсанта обусловлены функциональным состоянием ЦНС, тесно связанным с проявлениями резидуально-органического поражения головного мозга, в ряде случаев при симптоматической эпилепсии лежащего в основе заболевания и сочетающегося с припадками. Важной задачей остается оптимальный подбор антиэпилептических препаратов, обеспечивающих коррекцию не только пароксизмальных нарушений, но и сопутствующих эпилепсии психических расстройств.

Целью исследования являлось изучение эффективности применения ламиктала в качестве дополнительного препарата при лечении депакином детей и подростков с малокурабельной эпилепсией с психическими нарушениями.

Проведено исследование эффективности действия ламиктала и депакина у 30 больных эпилепсией в возрасте 9-15 л. Обследование включало изучение и динамическое наблюдение психического состояния больного, исследование неврологического статуса, анализ анамнестических данных, социальные характеристики больного и электроэнцефалографическое исследование. Эффективность лечения определялась по уменьшению количества приступов концу 3-го месяца относительно начала терапии: ухудшение (увеличение количества приступов); отсутствие изменений (сокращение количества приступов от 0% до 25%); умеренное улучшение (сокращение от 25% до 50%); значительное улучшение (сокращение более чем 50%). Особенности психического состояния оценивались на основании динамического наблюдения больного, дневников, характеристик родителей и педагогов.

Длительность заболевания изучаемой группы детей и подростков варьировала от 2 до 7 л. У больных наблюдались генерализованные тонико-клонические припадки (9 больных, 30%), сочетание генерализованных тонико-клонических припадков с абсансами (7 больных 23,3%), парциальные, (фокальные) простые приступы (4 больных, 13,3%), парциальные сложные и вторично-генерализованные приступы (7 больных, 23,3%), абсансы (3 больных, 10%). Симптоматическая эпилепсия отмечалась у 20 (66,7%), идиопатическая у 10 (33,3%). Все больные с начала возникновения эпилептических припадков получали противозудное лечение - политерапию, причем в 93,6% случаев политерапия включала комбинации: депакин с карбамазепином, депакин с этосуксимидом, депакин с фенитоином и депакин с фенобарбиталом. Ремиссия припадков была кратковременной, в большинстве случаев отмечалось прогрессивное течение заболевания. Приступы повторялись с постоянством, от 2 до 20 в день, возникая в различное время суток.

У 46,7% больных отмечалась астеническая симптоматика в виде повышенной утомляемости, истощаемости, раздражительности, нарушения внимания, головных болей, аффективной возбудимости, усиливающаяся после приступов.

У 18 (60%) больных с симптоматическими формами эпилепсии имели место замедленность и тугопо-

движность мышления, обстоятельность, склонность к детализации, снижение долговременной и кратковременной памяти, замедленность усвоения информации и приобретения новых навыков. У них отмечались нарушения психомоторики – сочетания медлительности, плохой переключаемости тонких движений и бурных двигательных разрядов. Инертность и недостаточность переключаемости моторики проявлялись в речевых нарушениях: смазанности, нечеткости артикуляции и некоторой монотонности речи. У двух больных отмечалось клонотоническое заикание.

Аффективные нарушения в виде дисфорий, тревожно-депрессивных расстройств отмечались у 12 (60%) больных.

Больным назначался депакин в комбинации с ламикталом. Если ребенок получал депакин в комбинации с каким-либо другим препаратом, то оставлялся депакин, а второй препарат постепенно, параллельно с наращиванием дозы ламиктала, отменялся.

Ламиктал у детей в возрасте от 9 до 12 лет принимался по схеме: в первые 2 недели лечения по 0,2 мг/кг/сутки за один прием, последующие 2 недели (3 и 4 недели) по 0,5 мг/кг/сутки за один прием и с 5-й недели по 1-5 мг/кг/сутки в два приема. Пациентам старше 12 лет ламиктал назначался по схеме: в первые 2 недели лечения по 12,5 мг в сутки, последующие 2 недели (3 и 4 недели) по 25 мг один раз в день и с 5 недели по 100-200 мг в день в два приема.

В результате проведенного лечения депакином в комбинации с ламикталом детей и подростков с симптоматической и идиопатической эпилепсией были получены следующие данные.

Среди 9 больных с генерализованными тонико-клоническими приступами у 7 (77,8%) отмечалось значительное улучшение (сокращение числа припадков более чем на 50%), у 2 (22,2%) – умеренное улучшение (сокращение числа припадков до 50%).

Среди 7 больных с сочетанием генерализованных тоно-клонических приступов и абсансов у 5 (71,4%) имелось значительное улучшение (у 3 больных полное купирование приступов), у 2 (28,6%) умеренное улучшение с исчезновением генерализованных тоно-клонических приступов.

Среди 3 больных с абсансами полное купирование приступов отмечено у 2 (66,7%) больных и значительное улучшение у 1 пациента.

Среди 4 пациентов с парциальными простыми приступами у 2 (50%) больных отмечалась полная редукция приступов, умеренное улучшение у 2 пациентов.

Среди 7 больных с парциальными сложными и вторично-генерализованными приступами у 4 (58,3%) имела место полная редукция приступов, у 1 (14,3%) значительное улучшение и у 2 (28,5%) умеренное улучшение.

У 6 пациентов фиксировались дозозависимые побочные реакции в виде повышенной сонливости, головокружения, сыпи, которые исчезали после снижения доз.

Проведенное лечение ламикталом в качестве дополнительной терапии в сочетании с депакином у 30 детей и подростков в возрасте 9-15 лет показало, что у 21 (70%) больного отмечалось значительное уменьшение количества припадков более чем на 50%, среди которых у 9 (30%) пациентов припадки на данном этапе лечения купировались полностью. У 9 (27,6%) больных имело место умеренное улучшение.

Изучение психического состояния в процессе динамического наблюдения и по отчетам родителей показало, что у больных детей и подростков исчезли тревожно-депрессивные нарушения, сгладились дисфории, улучшилось настроение, упорядочилось поведение. У 14 (46,6%) отмечалось улучшение когнитивных функций: больные стали более активными, улучшились внимание, память, работоспособность, двигательные навыки. Улучшение психомоторики проявилось и в нормализации речевой деятельности – значительно уменьшились смазанность, нечеткость артикуляции, причем у 2 детей исчезло клонотоническое заикание. Снижение выраженности аффективных нарушений наряду с улучшением когнитивных функций позволяло детям и подросткам более продуктивно общаться со сверстниками, способствовало повышению успеваемости.

Электроэнцефалографическое исследование, проведенное в начале лечения ламикталом с депакином и в конце третьего месяца, выявило существенные различия в картине биопотенциалов. Визуальный анализ биопотенциалов головного мозга показал у всех обследованных больных достоверное снижение частоты локальных и генерализованных пароксизмальных разрядов на ЭЭГ в конце курса лечения. Спектральный анализ ЭЭГ проводился по 4 полосам: дельта, тета, альфа и низких бета-частот у всех обследуемых больных. Последующая статистическая обработка данных спектрального анализа ЭЭГ обнаружила достоверное снижение медленных колебаний (дельта- и тета-частотных полос) и нормализацию пространственного распределения биопотенциалов головного мозга.

Таким образом, применение ламиктала как противоэпилептического препарата 3-го поколения в качестве дополнительного противосудорожного средства в комбинации с депакином показало высокую эффективность при генерализованных тонико-клонических, простых, сложных и вторично-генерализованных

парциальных приступах, абсансах, что подтверждалось данными электроэнцефалографии. Кроме того, исследование подтвердило, что ламиктал у детей и подростков с рефрактерной эпилепсией улучшает когнитивные функции, сглаживает аффективные нарушения, способствует школьной и социальной адаптации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бакунц Г. О., Бурд Г. С., Вайнтриб М. Я. и др. Ламиктал в лечении больных эпилепсией. // Журн неврол и психиат 1995; 95: 3: 41-4.
2. Балканская С. В., Студеникин В. М., Маслова О. И. и др. Применение ламотриджина в составе комплексной терапии эпилепсии у детей. // Современные проблемы профилактической педиатрии. Мат-лы VIII Конгресса педиатров России. М., 2003. – С. 24.
3. МаксUTOва Э. Л., Железнова Е. В., Соколова Л. В. Современная стратегия и тактика терапии больных эпилепсией подросткового и юношеского возраста с коморбидными психическими нарушениями. // РМЖ, т.11, № 10 (182), 2003. - С.611-614.
4. Мухин К. Ю., Петрухин А. С. Эпилептические синдромы у детей. Методические рекомендации. М., 2000. - 30 с.
5. Перунова Н. Ю., Сорокова Е. В., Шершевер А. С. Опыт применения ламиктала для лечения больных резистентной эпилепсией в амбулаторных условиях.// Журн неврол и психиат 2003; 101; 1: 30-34.
6. Соловых Н. Н., Коротков А. Г. Применение ламиктала в лечении эпилепсии у детей и подростков // Журн неврол и психиат 1994; 94; 4: 9-12.
7. Трошин В. М., Трошин В. Д., Кравцов Ю. И., МаксUTOва Э. Л. Детская эпилепсия. Нижний Новгород, 1997. – 187 с.
8. Besag F. M., Wallance S. J., Dulac O. Lamotrigine for the treatment of epilepsy in childhood // J Pediatr 1995, Dec; 127(6): 991-997.
9. Barron T. F., Hunt S. L., Hoban T. F. et al. Lamotrigine monotherapy in children. // Pediatr Neurol 2000, Aug; 23(2): 160-163.
10. Manonmani V., Wallace S. J. Epilepsy with myoclonic absense. // Arch Dis Child 1994 Apr: 288-290.
11. Perrine K. R. Epilepsia. 1993, Suppl: 28-33.
12. Popovik M., Ribarik J., Rajsic N. Psychological status of patients operated on for affective psychic-complex partial seizures // Epilepsia 1996; 37, Suppl. 4: 56 p.

М. Ю. Шевченко

ИГРОВАЯ ПСИХОКОРРЕКЦИЯ ПРИ РАБОТЕ С ГИПЕРАКТИВНЫМИ ДЕТЬМИ

Кафедра детской и подростковой психиатрии, психотерапии и медицинской психологии РМАПО (Москва).

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью - СДВГ (синдром двигательной расторможенности, синдром гиперактивности, гиперкинетический синдром, гипердинамический синдром) - является весьма распространенным нарушением детского возраста. Синдром представляет собой сложную и весьма актуальную мультидисциплинарную проблему. Имея в своей основе биологические механизмы, он проявляется в нарушениях когнитивной, эмоциональной и волевой сфер ребенка и препятствует успешной школьной и социальной адаптации формирующейся личности. Для гиперкинетического расстройства характерно раннее начало (до 7-летнего возраста) и сочетание сверхактивности, неуправляемого поведения с выраженной невнимательностью, отсутствием устойчивой концентрации внимания, нетерпеливостью, импульсивностью и высокой степенью отвлекаемости. Эти характеристики весьма устойчивы и проявляются в самых разных ситуациях.

Причины СДВГ сложны и остаются недостаточно выясненными, несмотря на большое количество исследований. В качестве возможных причинных факторов указываются генетические, нейроанатомические, нейрофизиологические, биохимические, психосоциальные и др. Нам представляется оправданным мнение, что решающую роль в патогенезе этих нарушений играет генетическая предрасположенность, а степень тяжести, сопутствующая симптоматика и продолжительность течения тесно связаны с влиянием среды.

Психологический портрет гиперактивного ребенка

СДВГ проявляется несвойственными для нормальных возрастных показателей избыточной двигательной активностью, дефектами концентрации внимания, отвлекаемостью, импульсивностью поведения, проблемами во взаимоотношениях с окружающими и трудностями в обучении.

Нарушение внимания проявляется преждевременным прерыванием выполнения заданий и начатой деятельности. Дети легко теряют интерес к заданию, так как их отвлекают другие раздражители. Двига-

тельная гиперактивность означает не только выраженную потребность в движениях, но и чрезмерное беспокойство. Особенно оно проявляется, когда от ребенка требуется вести себя относительно спокойно (на занятиях, уроках и т. п.). Прежде всего это наблюдается в структурированных ситуациях, требующих высокой степени самоконтроля. В зависимости от ситуации двигательная гиперактивность может проявляться в беганье, прыжках, во вставании с места, а также в выраженной болтливости и шумном поведении, раскачивании и вертлявости. Импульсивность и склонность к слишком быстрым, необдуманным действиям проявляется как в повседневной жизни, так и в ситуации обучения. В школе и в любой учебной деятельности у таких детей наблюдается «импульсивный тип работы»: они с трудом ждут своей очереди, прерывают других и выкрикивают свои варианты ответов, не отвечая на вопрос полностью. Часть детей из-за своей импульсивности легко попадает в опасные ситуации, не задумываясь о последствиях своих действий. Это часто становится причиной травм и несчастных случаев. В большинстве случаев импульсивность нельзя назвать преходящим симптомом; она сохраняется в процессе развития и взросления детей неопределенно долго. Импульсивность, часто сочетаясь с агрессивным и оппозиционным поведением, приводит к трудностям в контактах и к социальной изоляции. Трудности в контактах и социальная изолированность являются частыми симптомами, затрудняющими отношения с родителями, сибсами, учителями и сверстниками. Такие дети зачастую не чувствуют дистанцию между собой и взрослым (педагогом, психологом), проявляют панибратское отношение к нему. Им трудно адекватно воспринимать и оценивать социальные ситуации, строить свое поведение в соответствии с ними. Для СДВГ характерны не только избыточная двигательная активность и импульсивность поведения, но также нарушения когнитивных функций (внимания и памяти) и двигательная неловкость, обусловленная статико-локомоторной недостаточностью. Эти особенности в значительной степени связаны с недостаточностью организации, программирования и контроля психической деятельности и указывают на важную роль дисфункции префронтальных отделов больших полушарий головного мозга в генезе СДВГ. Кроме перечисленных симптомов, многие авторы указывают на часто встречающиеся при данном синдроме агрессивность, негативизм, упрямство, лживость, а также низкую самооценку [1, 2, 3, 4].

Таким образом, выбор методов коррекции СДВГ должен носить индивидуальный характер с учетом степени выраженности основных проявлений синдрома и наличия сопутствующих ему нарушений. При этом как диагностика проявлений СДВГ, так и коррекция этого синдрома всегда должны носить комплексный характер и объединять различные подходы. Помимо направленной психокоррекционной работы непосредственно с детьми, предполагается применение методов психолого-педагогической коррекции, психотерапии, а также медикаментозное лечение. Необходимы также занятия с родителями (в частности, с использованием методов модификации поведения, т. е. обучение их специальным воспитательным приемам) и разъяснительная работа со школьными педагогами.

Коррекционную работу с гиперактивным ребенком необходимо строить на основе комплексной диагностики, выявляющей симптомы дефицита внимания. Коррекция должна быть направлена, в первую очередь, на развитие разных форм внимания (зрительного, слухового и т. д.), преодоление импульсивности, формирования усидчивости и самоконтроля. В процессе психокоррекционной работы необходимо предусмотреть также решение следующих задач:

1. Нормализация обстановки в семье ребенка, его взаимоотношений с родителями и другими взрослыми. Важно научить членов семьи избегать конфликтных ситуаций.
2. Установление контакта со школьными педагогами, ознакомление их с информацией о сущности и основных проявлениях СДВГ, эффективных методах работы с гиперактивными учениками.
3. Повышение у ребенка самооценки, уверенности в собственных силах за счет усвоения им новых навыков, достижений успехов в учебе и повседневной жизни. Необходимо определить сильные стороны личности ребенка и хорошо развитые у него высшие психические функции и навыки с тем, чтобы опираться на них в преодолении имеющихся трудностей.
4. Достижение у ребенка послушания, привитие ему аккуратности, навыков самоорганизации, способности планировать и доводить до конца начатые дела. Развитие у него чувства ответственности за собственные поступки.
5. Обучение ребенка уважению прав окружающих людей, правильному речевому общению, контролю собственных эмоций и поступков, навыкам эффективного социального взаимодействия с окружающими.

Организация коррекционно-педагогического процесса с гиперактивными детьми должна соответствовать двум обязательным условиям:

1. Развитие и тренировку слабых функций следует проводить в эмоционально привлекательной форме, что существенно повышает переносимость предъявляемой нагрузки и мотивирует усилия по самоконтролю. Этому требованию соответствует игровая форма занятий.
2. Каждая используемая игра должна обеспечивать тренировку одной функциональной способности,

не возлагая одновременно нагрузки на другие дефицитные способности. Известно, что параллельное соблюдение двух, а тем более трех условий деятельности вызывает у ребенка существенные затруднения, а порой и просто невыполнимо.

Даже при всем желании гиперактивный ребенок не может сидеть спокойно, быть сдержанным и одновременно внимательным в течение достаточно длительного времени. Дело в том, что контроль за собственным поведением требует от такого ребенка максимальной концентрации, так что на выполняемую деятельность внимания уже «не хватает».

Отсюда основное условие развития дефицитарных функций у гиперактивных детей: предъявляя ребенку игру, требующую напряжения, сосредоточения, удержания и произвольного распределения внимания, следует до минимума снизить нагрузку на самоконтроль импульсивности и не ограничивать двигательную активность. Развивая усидчивость, не стоит одновременно напрягать активное внимание и подавлять импульсивность. Контроль за собственной импульсивностью не должен сопровождаться ограничением возможности получать «мышечную радость» и может допускать определенную долю рассеянности внимания.

Проводимая нами психокоррекционная и коррекционно-педагогическая работа представляет собой комплекс развивающих игр, позволяющих изолированно воздействовать на отдельные составляющие синдрома гиперактивности [6, 7]. Так, нами были выделены несколько групп развивающих игр для детей с синдромом гиперактивности, которые могут чередоваться в структуре единого игрового сюжета специально организованных занятий, а также включаться в содержание свободного времяпрепровождения в школе и дома:

1. Игры на развитие внимания, дифференцированные по задействованным ориентировочным анализаторам (зрительный, слуховой, вестибулярный, кожный, обонятельный, вкусовой, тактильный) и по отдельным компонентам внимания (фиксация, концентрация, удержание, переключение, распределение).

2. Игры на преодоление расторможенности и тренировку усидчивости (не требующие напряжения активного внимания и допускающие проявления импульсивности).

3. Игры на тренировку выдержки и контроль импульсивности (позволяющие при этом быть невнимательным и подвижным).

4. Три вида игр с двуединой задачей (требующие быть одновременно внимательным и сдержанным, внимательным и неподвижным, неподвижным и неимпульсивным);

5. Игры с триединой задачей (с одновременной нагрузкой на внимание, усидчивость, сдержанность).

Некоторые авторы [5] считают перспективным подбор соответствующих компьютерных игр, весьма привлекательных для детей и удобных как для динамической диагностики различных характеристик внимания, так и для его развития.

Нами была разработана система игр для детей с СДВГ с учетом проведенного качественного анализа их когнитивных, поведенческих и личностных особенностей. Каждому ребенку предлагался свой набор игр, наиболее адекватный его нарушениям. Игры составлены таким образом, что при невыполнении игровой задачи ребенком, ее можно облегчить, изменить, сделать более доступной для выполнения на данном этапе. При хорошем выполнении игры ребенком ее, напротив, можно усложнять, добавлять новые правила, условия игры. С одной стороны, игра становится для детей знакомой и понятной, а с другой - со временем не надоедает. Когда дети начинают успешно справляться с каждым отдельным видом игр (игры на внимание, игры на преодоление двигательной расторможенности, игры на усидчивость), то психолог (педагог, воспитатель, родитель) вводит игры с двуединой, а потом и с триединой задачей. Игры выполняются вначале индивидуально с каждым ребенком, позже предпочтительнее использовать групповые игровые задания, в которых дети не только продолжают развивать все нарушенные компоненты внимания, преодолевать импульсивность и сдерживать двигательную расторможенность, но и учатся взаимодействовать с другими людьми, учитывать их личностные особенности.

Эти игры могут проводиться как на специальных занятиях психологом, так и учителем на уроке во время так называемой «физкультминутки», а также родителями гиперактивного ребенка в домашних условиях.

Приведем примеры психокоррекционных игр, которые хорошо зарекомендовали себя в работе с гиперактивными детьми.

Гвалт

Цель: развитие концентрации внимания, развитие слухового внимания.

Условия игры. Один из участников (по желанию) становится водящим и выходит за дверь. Группа выбирает какую-либо фразу или строчку из известной всем песни, которую распределяют так: каждому участнику по одному слову. Затем входит водящий, и игроки все одновременно, хором, начинают повторять каждый свое слово. Водящий должен догадаться, что это за песня, собрав ее по словечку.

Примечание. Желательно, чтобы до того, как войдет водящий, каждый ребенок повторил вслух доставшееся ему слово.

Тишина

Цель: развитие слухового внимания и усидчивости.

Условия игры. Детям дается инструкция: «Давайте послушаем тишину. Сосчитайте звуки, которые здесь слышите. Сколько их? Какие это звуки? (начинаем с того, кто услышал меньше всех)».

Примечание. Игру можно усложнить, дав задание детям сосчитать звуки вне комнаты, в другом классе, на улице.

Золушка

Цель: развитие распределения внимания.

Условия игры. В игре участвуют 2 человека. На столе стоит ведро с фасолью (белой, коричневой и цветной). Нужно по команде разобрать и разложить фасоль на 3 кучки по цвету. Выигрывает тот, кто первый справился с задачей.

Фасоль или горох?

Цель: развитие тактильного внимания, распределения внимания.

Условия игры. В игре участвует 2 человека. На столе стоит тарелка с горохом и фасолью. Нужно по команде разобрать и разложить горох и фасоль по двум тарелкам.

Примечание. В дальнейшем игру можно усложнить, завязав игрокам глаза.

Не пропусти мяч

Цель: развитие внимания

Условия игры. Участники игры становятся в круг и кладут руки друг другу на плечи. Водящий стоит в середине круга, у его ног мяч. Задача водящего – ногой выбить мяч из круга. Задача игроков – не выпустить мяч. Разнимать руки нельзя. Если мяч пролетит над руками или головой игроков, удар не засчитывается. А вот когда мяч пролетит между ног, водящий выигрывает, становится игроком, а на его место встает тот, кто пропустил мяч.

Сиамские близнецы

Цель: контроль импульсивности, гибкость общения друг с другом, способствовать возникновению доверия между детьми.

Условия игры. Детям дается инструкция: «Разбейтесь на пары, встаньте плечом к плечу, обнимите друг друга одной рукой за пояс, правую ногу поставьте рядом с левой ногой партнера. Теперь вы сросшиеся близнецы: две головы, три ноги, одно туловище и две руки. Попробуйте походить по помещению, что-то сделать, лечь, встать, порисовать, попрыгать, похлопать в ладоши и т. д.»

Примечания. Чтобы «третья» нога действовала дружно, ее можно скрепить либо веревочкой, либо резинкой. Кроме того, близнецы могут «срастись» не только ногами, но спинами, головами и т. д.

Мишки и шишки

Цель: тренировка выдержки, контроль импульсивности.

Условия игры. По полу рассыпают шишки. Двум игрокам предлагают собрать их лапами больших игрушечных мишек. Выигрывает тот, кто соберет больше.

Примечания. Вместо игрушек можно использовать руки других игроков, например, повернутые тыльной стороной ладони. Вместо шишек можно использовать другие предметы – мячики, кубики и т. п.

Передай мяч

Цель: развитие внимания, контроль двигательной активности.

Условия игры. Дети распределяются на 2 равные группы, встают в 2 колонны и по сигналу передают мяч. Последний, стоящий в каждой колонне, получив мяч, бежит, становится впереди колонны и снова передает мяч, но уже другим способом. Игра заканчивается, когда с мячом впереди оказывается ведущий звена.

Варианты передачи мяча:

- над головой;
- справа или слева (можно, чередуя лево-право);
- внизу между ног.

Примечание. Все это может проделываться под энергичную музыку.

Аисты – лягушки

Цель: тренировка внимания, контроль двигательной активности.

Условия игры. Все игроки идут по кругу или передвигаются по комнате в свободном направлении. Когда ведущий хлопнет в ладоши один раз, дети должны остановиться и принять позу «аиста» (стоять на одной ноге, руки в стороны). Когда ведущий хлопнет два раза, игроки принимают позу «лягушки» (пристать, пятки вместе, носки и колени в стороны, руки между ступнями ног на полу). На три хлопка играющие возобновляют ходьбу.

Примечание. Можно придумать другие позы, можно использовать гораздо большее количество поз –

так игра усложняется. Пусть дети сами придумывают новые позы.

Поиграем с предметами

Цель: развитие внимания, его объема, устойчивости, концентрации, развитие зрительной памяти.

Условия игры. Ведущий выбирает 7-10 небольших предметов.

1. Положить предметы в ряд и прикрыть их чем-нибудь. Приоткрыв их секунд на 10, снова закрыть и предложить ребенку перечислить все предметы.
2. Снова ненадолго показать ребенку предметы и спросить его, в какой последовательности они лежали.
3. Поменяв местами два предмета, показать снова все предметы на 10 секунд. Предложить ребенку уловить, какие два предмета переложены.
4. Не глядя больше на предметы, сказать, какого цвета каждый из них.
5. Положив один на другой несколько предметов, попросить ребенка перечислить их подряд снизу вверх, а затем сверху вниз.
6. Разбить предметы на группы по 2-4 предмета. Ребенок должен назвать эти группы.

Примечание. Эти задания можно и дальше варьировать. Играть можно как с одним ребенком, так и с группой детей. Начинать можно с небольшого количества предметов (сколько ребенок в состоянии запомнить, будет видно уже по первому заданию), увеличивая в дальнейшем их количество.

* * *

Исходя из нашего опыта работы с гиперактивными детьми дошкольного и школьного возраста, мы можем сказать, что применение специально организованных игр показало свою эффективность. Во-первых, тренируется внимание детей, и это непременно отражается на их школьных успехах. Во-вторых, снижается двигательная расторможенность и импульсивность детей, что не может не радовать педагогов и воспитателей. И в-третьих, дети сами видят прогресс и улучшения в своем состоянии и получают огромное удовольствие от подобной игровой деятельности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бадалян Л. О., Заваденко Н. Н., Успенская Т. Ю. Синдромы дефицита внимания у детей // Обзорные психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева, № 3, 1993. – С. 74-90.
2. Брызгунов И. П., Касатикова Е. В. Непоседливый ребенок, или все о гиперактивных детях. – М.: Изд-во Института Психиатрии, 2001.
3. Брызгунов И.П., Касатикова Е.В. Дефицит внимания с гиперактивностью у детей. – М.: Медпрактика, 2002.
4. Голик А., Мамцева В. Гипердинамический синдром // Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста / Под общей ред. С. Ю. Циркина. – СПб: Питер, 1999. – С. 265-266.
5. Тамбиев А. Э., Медведев С. Д., Литвиненко О. В. Динамика основных свойств внимания у детей младшего школьного возраста с синдромом дефицита внимания / Конгресс по детской психиатрии. – М.: РОСИНЭКС, 2001. – С. 334-335.
6. Шевченко Ю. С. Коррекция поведения детей с гиперактивностью и психопатоподобным синдромом. – М.: Вита-Пресс, 1997.
7. Шевченко Ю. С., Шевченко М. Ю. Игровая психология детей с гиперактивным поведением // Школа здоровья, 1997, Т. IV, № 2. – С. 82-85.

Е. О. Смирнова, В. М. Холмогорова

ОПЫТ КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ, НАПРАВЛЕННОЙ НА СТАНОВЛЕНИЕ ГУМАННЫХ ОТНОШЕНИЙ ДОШКОЛЬНИКОВ

Психологический институт РАО (Москва).

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ ПРОГРАММЫ ВОСПИТАНИЯ ТОЛЕРАНТНОСТИ

Проблема воспитания гуманных, доброжелательных отношений в группе дошкольников стояла перед педагогами всегда. Практически все образовательные программы для детей дошкольного возраста содержат раздел «социально-эмоциональное» или «нравственное» воспитание, посвященный формированию положительного отношения к другим людям, социальных чувств, просоциальных действий, взаимопомощи и пр. Важность этой задачи очевидна, поскольку именно в дошкольном возрасте складываются основные этические инстанции, оформляются и укрепляются индивидуальные варианты отношения к себе и к другому. Вместе с тем методы такого воспитания далеко не столь очевидны и представляют серьезную педагогическую проблему. Гуманное отношение к другим основано на способности к сопереживанию, к сочувствию, которая проявляется в самых разных жизненных ситуациях. Значит, нужно воспитывать не

только представления о должном поведении или коммуникативные навыки, но прежде всего нравственные чувства, которые позволяют принимать и воспринимать чужие трудности и радости как свои.

Наиболее распространенным методом формирования социальных и нравственных чувств является осознание эмоциональных состояний, своеобразная рефлексия, обогащение словаря эмоций, овладение своеобразной «азбукой чувств». Основным методом воспитания нравственных чувств как в отечественной, так и в зарубежной педагогике является осознание ребенком своих переживаний, познание себя и сравнение с другими. Детей учат рассказывать о собственных переживаниях, сравнивать свои качества с качествами других, распознавать и называть эмоции. Однако все эти приемы концентрируют внимание ребенка на самом себе, своих достоинствах и достижениях. Детей учат прислушиваться к себе, называть свои состояния и настроения, понимать свои качества и свои достоинства. Предполагается, что ребенок, уверенный в себе, хорошо понимающий свои переживания, легко может встать на позицию другого и разделить его переживания. К сожалению, эти предположения не оправдываются. Ощущение и осознание своей боли (как физической, так и душевной) далеко не всегда приводит к сопереживанию боли других, а высокая оценка своих достоинств в большинстве случаев не способствует столь же высокой оценке других. В этой связи возникает необходимость новых подходов к формированию толерантных отношений дошкольников. Основной стратегией этого формирования должно стать не рефлексия своих переживаний и не укрепление своей самооценки, а напротив, снятие фиксации на собственном «Я» за счет развития внимания к другому, чувства общности и сопричастности с ним. Такая стратегия предполагает существенную трансформацию ценностных ориентиров и методов нравственного воспитания детей, существующих в современной дошкольной педагогике.

В последнее время формирование положительной самооценки, поощрение и признание достоинств ребенка рассматриваются как главные методы социального и морального воспитания. Этот метод опирается на уверенность в том, что раннее развитие самосознания, положительная самооценка и рефлексия обеспечивают эмоциональный комфорт ребенка, способствуют развитию его личности и межличностных отношений. Такое воспитание направлено на самого себя, на самосовершенствование и подкрепление своей положительной оценки. В результате ребенок начинает воспринимать и переживать только самого себя и отношение к себе со стороны окружающих. А это, как было сказано выше, является источником большинства проявлений интолерантности и проблемных форм межличностных отношений. Такая фиксированность на себе и собственных качествах закрывает возможность «увидеть» другого. В результате сверстник зачастую начинает восприниматься не как равный партнер, а как конкурент и соперник. Все это порождает разобщенность между детьми, в то время как главной задачей нравственного воспитания является формирование общности и единства с другими.

Стратегия нравственного воспитания должна предполагать отказ от конкуренции и, следовательно, оценки. Любая оценка (как отрицательная, так и положительная) фокусирует внимание ребенка на собственных положительных и отрицательных качествах, на достоинствах и недостатках другого и в результате провоцирует сравнение себя с другими. Все это порождает желание «угодить» взрослому, самоутвердиться и не способствует развитию чувства общности со сверстниками. Несмотря на очевидность этого принципа, ему сложно следовать на практике. Поощрения и порицания прочно вошли в традиционные приемы воспитания.

Необходимо также отказаться от соревновательного начала в играх и занятиях. Конкурсы, игры-соревнования, поединки и состязания весьма распространены и широко используются в практике дошкольного воспитания. Однако все эти игры направляют внимание ребенка на собственные качества и достоинства, порождают яркую демонстративность, конкурентность, ориентацию на оценку окружающих и, в конечном итоге, на разобщенность со сверстниками. Именно поэтому для формирования нравственного начала важно исключить игры, содержащие соревновательные моменты и любые формы конкурентности.

Часто многочисленные ссоры и конфликты возникают на почве обладания игрушками. Как показывает практика, появление в игре любого предмета отвлекает детей от непосредственного общения, в сверстнике ребенок начинает видеть претендента на привлекательную игрушку, а не интересного партнера. В связи с этим на первых этапах формирования гуманных отношений следует по возможности отказаться от использования игрушек и предметов, чтобы максимально направить внимание ребенка на сверстников.

Еще одним поводом для ссор и конфликтов детей является словесная агрессия (всевозможные «дразнилки», «обзывалки» и пр.). Если положительные эмоции ребенок может выразить экспрессивно (улыбка, смех, жестикуляция и т. д.), то самым обычным и простым способом проявления отрицательных эмоций является словесное выражение (ругательства, жалобы и т. п.). Поэтому работа воспитателя, направленная на развитие нравственных чувств, должна свести к минимуму речевое взаимодействие детей. Вместо этого в качестве средств общения можно использовать условные сигналы, выразительные движения, мимику и пр.

Кроме того, данная работа должна исключать какое-либо принуждение. Любое принуждение может вызвать реакцию протеста, негативизма, замкнутости.

Таким образом, воспитание нравственных чувств должно базироваться на следующих принципах:

1. **Безоценочность.** Любая оценка (независимо от ее валентности) способствует фиксации на собственных качествах, достоинствах и недостатках. Именно этим обусловлен и запрет на любое вербальное выражение отношения ребенка к сверстнику. Минимизация речевых обращений и переход к непосредственному (экспрессивно-мимическому или жестовому) общению может способствовать безоценочному взаимодействию.

2. **Отказ от реальных предметов и игрушек.** Как показывает практика, появление в игре любого предмета отвлекает детей от непосредственного взаимодействия. Дети начинают общаться «по поводу» чего-то, и само общение становится не целью, а средством взаимодействия.

3. **Отсутствие соревновательного начала** в играх. Поскольку фиксированность на собственных качествах и достоинствах порождает яркую демонстративность, конкурентность и ориентацию на оценку окружающих, мы исключили игры, провоцирующие детей на проявление данных реакций.

Главная цель воспитания толерантности заключается в формировании общности с другими и возможности видеть в сверстниках друзей и партнеров. Чувство общности и способность «увидеть» другого являются тем фундаментом, на котором строится нравственное, толерантное отношение к людям. Именно это отношение порождает сочувствие, сопереживание, сорадование и содействие.

Исходя из этих положений мы (Е. О. Смирнова, В. М. Холмогорова, 2003) разработали систему игр для детей 4-6-летнего возраста.

ОПИСАНИЕ КОРРЕКЦИОННОЙ ПРОГРАММЫ

Главной задачей программы является привлечение внимания ребенка к другому и его различным проявлениям: внешности, настроению, движениям, действиям и поступкам. Мы исходили из того, что хотя к середине дошкольного возраста уже складываются основные личностные качества ребенка, выявленные индивидуальные особенности нельзя считать окончательно завершенными и закрытыми для изменений. Основной стратегией этого формирования было снятие фиксации на собственном Я за счет развития внимания к другому, чувства общности и сопричастности. Такая стратегия предполагает существенную трансформацию ценностных ориентиров и методов нравственного воспитания детей, существующих в современной дошкольной педагогике, в частности отказ от оценок, от совместной предметной деятельности и игрушек на первых этапах работы. Главным методом коррекционной программы были игры, в которых дети могли пережить общность и сопричастность в реальном взаимодействии.

Программа включала 7 этапов. Остановимся на описании каждого из них.

1 этап - «ОБЩЕНИЕ БЕЗ СЛОВ»

Главной целью первого этапа является переход к непосредственному общению, что предполагает отказ от привычных для детей вербальных и предметных способов взаимодействия. Общее правило для всех игр - **запрещение разговоров между детьми**. Таким образом можно исключить возникновение ссор, споров, договоров и т. д. Современные дети в большинстве своем не привыкли к свободному взаимодействию. Набор игр, в которые они играют, как правило, весьма ограничен и традиционен: «дочки-матери», «постройки из кубиков», «больница». В таких играх дети используют стандартный набор игровых действий и речевых высказываний. Для преодоления сложившихся игровых стереотипов мы предлагали игры с необычными сюжетами, в которых дети могут выбирать для себя любые роли; все равны и каждый может делать то, что он хочет. В каждой игре вводится свой язык «условных сигналов», которыми участники могут обмениваться для коммуникации. В основном эти «условные сигналы» выражаются в физическом контакте. Кроме того, в игры не вводятся никаких предметных атрибутов (посуды, костюмов и т. п.). Если ребенок не соглашался отложить свою любимую игрушку во время занятий, ему предлагалось посадить игрушку рядом с собой в качестве полноценного участника общей игры, но с условием, что он будет уделять ей столько же внимания, сколько остальным ребятам. Как показывает практика, дети быстро забывают об игрушке, увлекшись общей игрой.

Взрослый играл вместе с детьми, показывая образцы игровых действий. В игру приглашались только желающие. В случае, если дети не присоединялись, взрослый не настаивал, но стремился ненавязчиво заинтересовать их и привлечь к общей игре. Начав играть с несколькими детьми, мы видели, что к концу занятия к игре присоединится большинство детей, а ко 2-3-му занятию - вся группа. Время от времени взрослый комментировал происходящее и направлял игру (например: «Пришла ночь и звери ложатся спать» или «Выглянуло солнышко, лес просыпается, звери радостно потягиваются и желают друг другу доброго утра»).

Остановимся на конкретном описании некоторых игр, использованных на первом этапе.

«Жизнь в лесу».

Взрослый садится на пол и рассказывает детям вокруг себя. «Давайте поиграем в животных в лесу. Звери не знают человеческого языка. Но ведь им надо же как-то общаться, поэтому мы придумали свой особый язык. Когда мы хотим поздороваться, мы трем друг о друга носами (воспитатель показывает как

это делать, подходя к каждому ребенку), когда хотим спросить, как дела, мы хлопаем своей ладонью по ладони другого (показывает), когда хотим сказать, что все хорошо, кладем свою голову на плечо другому, когда хотим выразить другому свою дружбу и любовь – тремся об него головой (показывает). Готовы? Тогда – начали. Сейчас – утро, вы только что проснулись, выглянуло солнышко». Дальнейший ход игры ведущий может выбирать произвольно (например, подул холодный ветер и животные прячутся от него, прижавшись друг к другу; животные ходят друг к другу в гости; животные чистят свои шкурки и т. д.). При этом важно следить за тем, чтобы дети не разговаривали между собой, не принуждать детей играть, подбадривать новых участников и т. д. Если дети начинают разговаривать, воспитатель подходит к ним и прикладывает палец к губам.

«Добрые эльфы»

Воспитатель садится на пол и собирает детей вокруг себя и рассказывает сказку: «Когда-то давным-давно люди не умели спать. Они работали и днем и ночью и, конечно же, очень уставали. И тогда добрые эльфы решили им помочь. Когда наступала ночь, они прилетали к людям, нежно гладили их, успокаивали, ласково убаюкивали, присылали им добрые сны. И люди засыпали. Они не знали, что их сон – дело рук добрых эльфов, ведь эльфы не умели разговаривать на человеческом языке и были невидимы. Неужели вы никогда об этом не слышали? А ведь они прилетают к каждому из вас до сих пор и охраняют ваш сон. Давайте поиграем в добрых эльфов. Пусть те, кто сидит по правую руку от меня будут людьми, а те, кто по левую – эльфами. А потом мы поменяемся. Готовы? Начали. Наступила ночь, люди ложатся спать, а добрые эльфы прилетают и убаюкивают их». Дети-люди лежат на полу и «спят», дети-эльфы – подходят к каждому из них, нежно гладят, тихо напевают песенки, треплют волосы и т.д. Потом дети меняются ролями.

На первом этапе примерно половина детей группы сразу же с азартом включилась в игру, некоторые делали вид, что занимаются своим делом, однако было заметно, что они следят за игрой с напряженным вниманием. Вместе с тем, в процессе первых занятий выявились «проблемные» дети, отличавшиеся повышенной демонстративностью, агрессивностью или замкнутостью. Все они постоянно требовали от экспериментатора особого внимания. В итоге, к 3-4-му занятию в играх принимали участие все дети.

2-й этап – «ВНИМАНИЕ ДРУГ К ДРУГУ»

Целью второго этапа является формирование способности видеть сверстника, **обращать на него внимание и уподобляться ему**.

Многие дети настолько сосредоточены на себе и своем Я, что другие становятся лишь фоном их собственной жизни: их интересует не столько сверстник, сколько его отношение к ним. Задачей данного этапа было отвлечь детей от такой фиксированности на собственном Я и сосредоточенности на отношении к себе ровесников и обратить их внимание на сверстника самого по себе, вне контекста их взаимоотношений. Для этого детям предлагались задания, успешное выполнение которых требует пристального внимания к другим детям: их действиям, внешности, мимике, голосу, жестам и пр. В процессе игр ребенок должен был максимально сосредоточиться на другом. Все игры направлены на развитие способности увидеть другого и через уподобление почувствовать общность с ним.

На этом этапе, наряду с широко известными и традиционными играми, такими как «Зеркало», «Эхо», «Испорченный телефон», использовались новые игры, разработанные авторами. Приведем примеры подобных игр.

«Общий круг»

Взрослый собирает детей вокруг себя. «Давайте сейчас сядем на пол, но так, чтобы каждый из вас видел всех других ребят и меня и чтобы я могла видеть каждого из вас (единственным верным решением здесь является создание круга), - когда дети рассаживаются в круг, взрослый говорит: «А теперь, чтобы убедиться, что никто не спрятался и я вижу всех и все видят меня, пусть каждый из вас поздоровается глазами со всеми по кругу. Я начну первая, когда я поздороваюсь со всеми, начнет здороваться мой сосед». Взрослый заглядывает в глаза каждому ребенку по кругу и слегка кивает головой, когда он «поздоровался» со всеми детьми, он дотрагивается до плеча своего соседа, предлагая ему поздороваться с ребятами.

«Театр теней»

«У каждого из вас есть тень, - объясняет взрослый. - Мы часто не обращаем на нее внимания, хотя она – наш самый верный друг. Она следует за нами повсюду и в точности повторяет все наши движения: гуляет, бегает, прыгает, занимается и спит вместе с нами. Она дружит с тенями наших друзей, слушается теней наших мам и пап. Она – как две капли воды похожа на нас, только она не умеет разговаривать и издавать звуков: она все делает бесшумно. Давайте представим, что мы – наши тени. Погуляем по комнате, посмотрим друг на друга, попробуем друг с другом пообщаться, а потом вместе построим что-нибудь из воображаемых кубиков. Но при этом мы будем стараться делать это тихо-тихо, не издавая ни единого звука. Хорошо? Тогда начали». Дети вместе во взрослым молча передвигаются по комнате, смотрят друг на друга, здороваются за руку. Взрослый показывает детям пример игры с воображаемыми кубиками: берет в руки воображаемый

предмет, осматривает его, кладет на пол, берет следующий, кладет его на предыдущий кубик, поправляет, подзывает детей к себе, показывает им, что получилось, жестами просит их помочь строить дальше.

Можно видеть, что каждая из этих игр требует пристального внимания к другому – его движениям, взглядам, голосу. Характерно, что проблемные дети (демонстративные, агрессивные, обидчивые) были абсолютно не в состоянии повторить движений сверстников. Таких детей мы просили быть ведущими и первыми показывать образцы движений, жестов или мимики. Замкнутым, застенчивым детям мы, напротив, старались первое время не давать ведущих ролей, позволяли им оставаться в тени и привыкнуть к обстановке эксперимента. Постепенно у «проблемных» детей снижался уровень агрессии и они начинали легко «подстраиваться» под сверстника. Заметно стали нивелироваться яркие различия между выделенными нами группами: все дети одинаково активно участвовали в предлагаемых играх.

3-й этап – «СОГЛАСОВАННОСТЬ ДВИЖЕНИЙ»

Основная задача следующего этапа заключалась в том, чтобы научить ребенка **согласовывать собственное поведение с поведением других детей**.

Правила игр третьего этапа задавались таким образом, что для достижения определенной цели дети должны действовать с максимальной согласованностью. Это требует от них во-первых, большого внимания к сверстникам и, во-вторых, умения действовать с учетом потребностей, интересов и поведения других детей. Такая согласованность способствует направлению внимания на другого, сплоченности действий и возникновению чувства общности. Остановимся на описании некоторых игр, требующих согласованности движений.

«Сороконожка»

Взрослый рассаживает детей на полу и говорит: «Представляете, как сложно жить сороконожке, ведь у нее целых 40 ножек! Всегда есть опасность запутаться. Давайте поиграем в сороконожку. Встаньте друг за другом на четвереньки и положите руки на плечи соседа. Готово? Тогда начинаем двигаться вперед. Сначала – медленно, чтобы не запутаться. А теперь – чуть быстрее. Воспитатель помогает детям построиться друг за другом, направляет движение сороконожки. Затем взрослый говорит: «Ох, как устала наша сороконожка, она буквально падает от усталости». Дети, по-прежнему держа соседей за плечи, падают на ковер.

«Лепим скульптуры»

Взрослый помогает детям разделиться на пары, а затем говорит: «Пусть один из вас будет скульптором, а другой – глиной. Глина – очень мягкий и послушный материал. Сейчас я дам каждому скульптору фотографию его будущей скульптуры, не показывайте ее партнеру. Внимательно посмотрите на свою фотографию и попробуйте вылепить из своего партнера точно такую же статую. При этом вы не можете разговаривать, ведь глина не знает языка и не может вас понять». Взрослый раздает детям фотографии различных статуй и памятников. Затем выбирает любого ребенка, и начинает «лепить» из него скульптуру, предварительно показав всей группе фотографию своего будущего памятника. После этого, дети «лепят» самостоятельно, взрослый следит за игрой и подходит к ребятам, у которых что-то не получается. Затем дети показывают свои скульптуры воспитателю и остальным парам. После этого, взрослый вновь раздает фотографии и дети меняются ролями.

4-й этап – «ОБЩИЕ ПЕРЕЖИВАНИЯ»

Четвертый этап состоял из игр, направленных на **переживание общих эмоций**. Во многих играх, приведенных выше, детей объединяют не только одинаковые движения, но и общее настроение, общий игровой образ. Такая общность чувств позволяет ощутить единство с другими, их близость и даже родственность. Все это разрушает отчуждение, делает ненужным защитные барьеры и создает общность детей. На следующем, четвертом, этапе такая общность переживаний создается специально. Совместное переживание каких-либо эмоциональных состояний (как положительных, так и отрицательных) объединяет детей, порождая чувство близости, общности и желание поддержать друг друга. Особенно остро переживается чувство опасности и страха перед воображаемым врагом. Остановимся на описании одной из игр данного этапа.

«Скалолазы»

На полу обозначается небольшой круг таким образом, что вся группа может поместиться в нем, только крепко прижавшись друг к другу. Взрослый говорит: «Вы – скалолазы, которые с большим трудом забрались на вершину самой высокой горы в мире. Теперь вам нужно отдохнуть. У скалолазов есть такая традиция: когда они достигают вершины, они стоят на ней и поют песенку:

Мы - скалолазы
До верха дошли,
Ветра проказы
Нам не страшны

Запомнили? Тогда вставайте на площадку. Она очень маленькая, а за чертой – глубокая бездна. Поэтому на ней можно стоять только очень тесно прижавшись друг к другу и крепко обнявшись. Поддерживайте друг друга, чтобы никто не упал». Дети встают в круг, обняв друг друга и поют песенку скалолазов.

5-й этап – «ВЗАИМОПОМОЩЬ В ИГРЕ»

На данном этапе становится возможным использование игр, требующих от детей **взаимопомощи, проявления сопереживания и сорадования**. Многие педагогические программы по развитию межличностных отношений целиком базируются на играх и занятиях, провоцирующих взаимопомощь. Однако, как показывает практика, использование подобных игр без предварительной подготовки приводит к тому, что мотивация помощи другим детям носит не бескорыстный, а скорее прагматический или нормативный характер: помогаю, потому что за это хвалят взрослые или потому что воспитатель сказал, что нужно помогать. Для того, чтобы дети действительно хотели помочь другому, необходимо предварительно создать в группе благоприятный климат, атмосферу непосредственного, свободного общения и эмоциональной близости. Только после того, как на 4-м этапе дети переживали сближавшие их общие и одинаковые чувства, можно использовать игры, требующие от детей сопереживания другому, дающие им возможность помочь и поддержать сверстника. Вот несколько примеров подобных игр.

«Старенькая бабушка»

Взрослый делит детей на пары. Каждая пара состоит из бабушки (дедушки) и внуки (внука). Бабушки и дедушки очень старенькие, они ничего не видят и не слышат. Но их обязательно нужно привести к врачу, а для этого нужно перейти через улицу с очень сильным движением. Внуки и внучки должны привести их через дорогу так, чтобы их не сбила машина.

«Улицу» рисуют мелом на полу. Несколько детей играют роль машин и бегают туда-сюда по улице. «Поводырю» нужно уберечь «старичков» от машин, провести через опасную дорогу, показать доктору, (роль которого играет один из детей), купить лекарство и привести по той же дороге домой.

«Живые куклы»

Воспитатель разбивает группу на пары. «Давайте представим, что ваши куклы оживают не только по ночам, но и днем. Они умеют говорить, просить, бегать и пр. Давайте представим, что один из вас - ребенок, а другой - его кукла-девочка или кукла-мальчик. Кукла будет что-то просить, а ее хозяин - выполнять ее просьбы и заботиться о ней». Взрослый предлагает понарошку помыть кукле ручки, покормить, погулять, уложить спать и т. п. При этом воспитатель предупреждает, что хозяин должен выполнять все капризы куклы и не заставлять ее делать то, чего она не хочет. В следующей игре дети поменяются ролями.

6-й этап – «ДОБРЫЕ СЛОВА И ПОЖЕЛАНИЯ»

Мы уже отмечали, что самым обычным для детей способом проявления отрицательных эмоций является словесное выражение (ругательства, жалобы и пр.). Именно поэтому общим правилом для игр предыдущих этапов программы было запрещение разговоров. Таким образом исключались возможности возникновения споров, ссор и других конфликтных ситуаций. Только после того, как дети прошли через игры и занятия предыдущих этапов и в группе преобладает дружелюбная и спокойная атмосфера, можно переходить к шестому этапу, состоящему из игр, специально направленных на словесное выражение своего отношения к другому. Задача данного этапа - научить детей **видеть и подчеркивать положительные качества и достоинства других детей**. Делая сверстнику комплименты, выражая ему свои пожелания, дети не только доставляют ему удовольствие, но и радуются вместе с ним. Вот несколько игр, позволяющих выразить словами доброе отношение к другому.

«Комплименты»

Сидя в кругу, дети берутся за руки. Глядя в глаза соседу, надо сказать ему несколько добрых слов, за что-то похвалить. Например: «У тебя такие красивые тапочки»; «С тобой так хорошо играть»; «Ты умеешь петь и танцевать лучше всех». Принимающий комплимент кивает головой и говорит: «Спасибо, мне очень приятно!». Затем он дарит комплимент своему соседу. Упражнение проводится по кругу.

«Конкурс хвастунов»

Дети сидят в кругу. Экспериментатор: «Сейчас мы проведем с вами конкурс хвастунов. Выигрывает тот, кто лучше похвастается. Хвастаться мы будем не собой, а своим соседом. Ведь это так приятно – иметь самого лучшего соседа! Посмотрите внимательно на того, кто сидит справа от вас, Подумайте, какой он, что в нем хорошего, что он умеет, какие хорошие поступки совершил, чем может понравиться. (Не забывайте, что это конкурс). Выигрывает тот, кто лучше похвалится своим соседом, кто найдет в нем больше достоинств».

После такого вступления дети по кругу называют преимущества своего соседа и хвастаются его достоинствами. При этом совершенно не важна объективность оценки – реальные это достоинства или придуманные. Не важен также и «масштаб» этих достоинств – это могут быть и громкий голос, и аккуратная прическа, и длинные (или короткие) волосы. Главное, чтобы дети заметили эти особенности сверстника и смогли не только положительно оценить их, но и похвалиться ими перед сверстниками. Победителя выбирают сами дети, но в случае необходимости воспитатель может высказать свое мнение. Чтобы победа стала более значимой и желанной, можно наградить победителя каким-либо маленьким призом (бумажная медаль «Лучший хвастун» или значок). Такой приз вызывает даже у самого замкнутого ребенка интерес к

сверстнику и желание найти у него как можно больше достоинств.

Игры этого этапа развивают способность видеть в сверстнике его достоинства, говорить о них, доставляя другому удовольствие и радуясь вместе с ним.

Следует отметить, что практически все игры данного этапа сопровождались бурными радостными эмоциями, которые переживали не только дети, получавшие комплименты, но и те, кто их делал. Интересно, что впервые на этом этапе дети были готовы уступить друг другу привлекательную роль.

7-й этап - «ПОМОЩЬ В СОВМЕСТНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ»

На данном, заключительном, этапе проводились игры-занятия, предполагающие **различные формы просоциального поведения**: дети должны делиться со сверстником, помогать ему в процессе совместной деятельности.

Нередко в педагогической практике нравственное воспитание предлагается начинать с организации совместной деятельности, когда дети объединяются друг с другом в процессе выполнения определенного задания. Общение в таком случае направлено на достижение общего результата. Однако, дети, фиксированные на своих интересах и не готовые воспринимать настроение и действия других, не способны к такой совместной деятельности. Такого рода деятельность может провоцировать повышение демонстративности и конкурентности. В нашей программе занятия на совместную деятельность проводились только на заключительном этапе, когда между детьми уже установлены доброжелательные и неконфликтные отношения. Кроме того, на этом этапе впервые вводится соревновательный момент, причем дети соревнуются не за собственный успех, а за успех другого. Так, например, широко использовалась игра «Мастер и подмастерья», где для того, чтобы один мастер выиграл у другого, подмастерья должны всячески помогать ему (при аппликации – вырезать необходимые детали, при лепке – разминать пластилин, лепить отдельные детали, при мозаике – подыскивать элементы нужного размера и цвета). Такие формы совместной деятельности способствуют развитию взаимопомощи, способности принимать планы и замыслы другого и радоваться его успеху. Все это уводит соревновательный момент на второй план. Интересно, что на протяжении всего этапа не произошло ни одной серьезной ссоры, а возникавшие конфликтные ситуации разрешались самими детьми.

Во время последнего занятия на большом листе ватмана вся группа нарисовала сказочный лес, где жили добрые животные, которые никогда не ссорились.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОРРЕКЦИОННОЙ ПРОГРАММЫ

В формирующем эксперименте принимали участие 50 дошкольников 5-летнего возраста, которые были поделены на 2 группы: контрольную и экспериментальную. В экспериментальную группу вошли 24 человека, среди которых, наряду с остальными, были демонстративные, обидчивые и агрессивные дети. Занятия проводились в течение 4 месяцев, 3-4 раза в неделю, с двумя подгруппами по 12 человек в каждой. Всего было проведено около 150 занятий по 30-40 минут каждое. Дети контрольной группы (26 человек) в коррекционной программе не участвовали.

Полученные после проведения программы результаты позволяют предположить, что общая логика возрастного развития межличностных отношений идет от индифферентного отношения к сверстнику через демонстративность и конкурентность к отношению общности и сопричастности. Вместе с тем, у отдельных детей развитие отношения к сверстнику останавливается на второй фазе, когда конкурентное отношение к сверстнику, демонстрация своих преимуществ остаются основной личностной установкой и в более старших возрастах. Результаты коррекционной программы показывают, что в дошкольном возрасте преодоление намечающихся негативных тенденций является возможным и своевременным. Под влиянием проведенной программы восприятие сверстника через призму собственного Я у дошкольников значительно редуцируется. Наряду с этим развивается способность воспринимать сверстника как самодостаточную независимую личность. Изменения в отношении к сверстнику у детей экспериментальной группы отразились на их поведении в проблемных ситуациях.

Если в контрольной группе существенных изменений в поведении детей не произошло, то в экспериментальной число случаев просоциального поведения (помощи, уступок, подарков и пр.) увеличилось в 2 раза. Дети, прошедшие коррекционную работу, оказались значительно более способными не только к толерантному отношению к другому, но и к реальной, действенной помощи.

По словам воспитателей, климат в группе заметно улучшился, дети стали больше играть, самостоятельно разрешали многие конфликты, требовали от взрослых меньше внимания к себе. Кроме того, заметно снизилась агрессивность многих «проблемных» детей; уменьшилось количество демонстративных реакций; замкнутые, застенчивые дети, игравшие раньше в одиночестве или не отходившие от воспитателя ни на шаг, стали чаще участвовать в совместных играх.

Проведенная коррекционная программа оказала позитивное влияние не только на отношения детей, но и на их самооощущение и характер поведения в группе сверстников. Эти результаты свидетельствуют о том, что данная коррекционная программа может быть использована в практике воспитания детей.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ИЗРАИЛЬСКОЙ СИСТЕМЕ ОБРАЗОВАНИЯ

**Кафедра детской и подростковой психиатрии, психотерапии и медицинской психологии
РМАПО (Москва).**

Построение психологической службы в отечественной системе образования началось немногим более десяти лет назад. Естественно, что за такой короткий срок она не могла успеть сравняться по уровню своей организации с психологическими службами западных стран, существующими уже многие десятилетия. Поэтому опыт других стран может быть для нас очень полезен. Мне довелось несколько лет проработать в израильской психологической службе, и я хочу поделиться некоторыми наблюдениями, касающимися ее деятельности.

Основная единица психологической службы в системе образования Израиля – это городской или районный центр (в просторечии его обычно называют «психологической станцией»). Организационно и финансово он подчинен муниципалитету, профессионально – психологическому отделу Министерства просвещения. За сотрудниками станции закреплены определенные школы и детские сады. Часть времени психолог работает непосредственно в «своей» школе или детском саду, а остальную часть рабочего времени находится на станции. Там, в своем кабинете, он проводит индивидуальный диагностический и психотерапевтический прием детей. Время, отведенное на работу непосредственно в школе (детском саду), обычно используется для проведения массового тестирования, групповой психологической работы с детьми и для консультирования учителей, воспитателей и администрации.

Независимость психолога от школьной администрации позволяет ему более эффективно выполнять свои основные функции – отстаивать интересы каждого отдельного ребенка. Кроме того, концентрация психологов на станции предоставляет возможность профессионального общения, взаимного консультирования, обсуждения сложных случаев с коллегами, дальнейшего профессионального образования. Психологическая станция служит базой для проведения курсов повышения квалификации, лекций по актуальным проблемам психологической службы и т.п. Наряду с психологом, представляющим муниципальную службу, некоторые школы дополнительно нанимают психолога, работающего у них в штате. Эта практика наиболее распространена в тех школах, где возникает много психологических проблем (например, в школах-интернатах), а также в частных школах.

Чтобы работать в качестве практического психолога, специалист должен иметь государственное свидетельство о его регистрации в «книге психологов» Министерства здравоохранения. Это свидетельство выдается на основании документов об образовании, соответствующих определенным требованиям (оконченный ВУЗ должен входить в перечень ВУЗ'ов, признанных Министерством просвещения, общее число и продолжительность прослушанных курсов по психологии должны быть не менее установленного минимума и т. п.). Однако регистрация в качестве практического психолога – это лишь признание минимально необходимой квалификации. Более высокая квалификация подтверждается свидетельством о статусе «специалиста». При отсутствии этого статуса психолог имеет право работать только под постоянной супервизией специалиста. В частности, любое написанное им психологическое заключение должно быть подписано также его супервизором, иначе оно не имеет законной силы.

Получение статуса специалиста – достаточно длительный процесс. Согласно положению, он не может занимать менее 2 лет, а обычно занимает не менее 4 лет после окончания университета. В комиссию, присваивающую этот статус, должен быть представлен подписанный супервизором отчет о проведенной диагностической и психотерапевтической работе (минимальный объем выполненной работы каждого вида четко оговорен в служебной инструкции). Кроме того, психолог должен пройти определенное количество курсов повышения квалификации и, наконец, сдать весьма сложный профессиональный экзамен. Только после этого он может быть признан достаточно квалифицированным самостоятельным работником. Научная степень не заменяет статуса специалиста. Таким образом дети оказываются довольно надежно ограждены от опасности неквалифицированного психологического вмешательства (которое у нас, к сожалению, чрезвычайно широко распространено).

Не удивительно, что социальный статус психолога в израильском обществе весьма высок. Это отражается и в стоимости его услуг. Например, психотерапией может заниматься как психолог, так и социальный работник. Однако у психолога час работы стоит значительно дороже, чем у социального работника. Мнение психолога обычно имеет большой вес в решении различных спорных вопросов, касающихся его компетенции.

Работа психолога регулируется рядом профессиональных норм. Важнейшая, хотя и несколько расплывчатая норма состоит в том, что первостепенную значимость для психолога имеют интересы ребенка, а

не какой-либо организации (например, школы), родителей или государства. Это относится не только к сотруднику муниципальной психологической службы, но и к психологу, нанятому школой. Более конкретные и четко сформулированные нормы относятся к добровольности принятия психологической помощи и к сохранению конфиденциальности получаемой психологом информации. Нарушение этих норм чревато дисквалификацией и судебным преследованием.

Основные из этих норм следующие. Никакое психологическое обследование ребенка или оказание ему психотерапевтической помощи не может проводиться без письменного согласия родителей. При этом родители должны быть проинформированы о целях проводимой работы и о тех организационных формах, в которых она проводится. Информация о ребенке (данные психологического обследования, сведения о прохождении психотерапии и т. п.) может быть передана психологом другому лицу или организации в устной или письменной форме только с письменного согласия родителей. В частности, без такого согласия психолог (даже работающий в штате школы) не имеет права предоставлять информацию о ребенке школьной администрации.

Существуют немногочисленные четко оговоренные ситуации, ограничивающие действие этих правил. Так, в том или ином конкретном случае они могут быть отменены решением суда. Информация о психологическом состоянии призывника может быть запрошена органами, осуществляющими призыв на военную службу, в целях определения адекватных условий ее прохождения. Психолог должен также сообщать о случаях, когда у него возникает подозрение, что ребенок подвергается насилию или что наносится вред его психическому или физическому здоровью. Как правило, подобные подозрения сообщаются социальным работникам, которые осуществляют необходимые дальнейшие действия (вплоть до обращения в правоохранительные органы). Если психологу становится известно о готовящемся или совершенном преступлении, он обязан сообщить об этом в соответствующие органы.

Известны случаи, когда на психолога подают в суд за моральный или материальный ущерб, причиненный его действиями. Если суд признает вину психолога, но не находит в его действиях нарушения закона, то наказание ограничивается выплатой денежной компенсации (которая иногда может быть очень велика). Поэтому в трудовом соглашении, заключаемом с психологом, почти всегда оговариваются условия профессиональной страховки, покрывающей подобные компенсации. Без такой страховки почти никогда не работают и частнопрактикующие психологи.

В соответствии с задачами этой статьи, я не буду подробно останавливаться на содержании деятельности психолога в израильской системе образования, а назову лишь ее основные направления. В детском саду психолог обслуживает, в основном, подготовительную к школе группу (ее посещение обязательно для всех детей, поэтому она так и называется: «обязательный детский сад»). В задачи психолога входит выявление детей, нуждающихся в дополнительных занятиях или в особом индивидуальном подходе. Психолог может рекомендовать проведение дополнительных занятий в рамках того же детского сада (для этого в штате имеется коррекционный педагог) или перевод в специальный детский сад для детей с особыми нуждами.

Перед окончанием подготовительной группы проводится массовое обследование для выявления готовности детей к школе. В результате отдельным детям может быть рекомендовано отложить на год начало школьного обучения либо обучаться в школе особого типа (например, для детей с нарушениями обучаемости). Рекомендации психолога не имеют обязательной силы. Окончательное решение принимает «комиссия по распределению» муниципального отдела образования по согласованию с родителями ребенка. В тех случаях, когда не удается достигнуть соглашения, решение вопроса передается в суд. Обычная судебная практика в таких случаях предусматривает назначение независимой психологической экспертизы, создание компетентной комплексной комиссии, включающей разных специалистов, и т. п.

В школе психолог занимается, в первую очередь, выявлением психологических причин неблагополучия у детей, отстающих в обучении или регулярно нарушающих правила поведения. Наиболее стандартный результат проводимой диагностической работы – это психологическое заключение, написанное языком, понятным педагогу и содержащее рекомендации для учителя. В отдельных случаях возможны рекомендации о переводе ребенка в специальный класс или специальную школу для детей с особыми нуждами. Окончательное решение вопроса о таком переводе осуществляется так же, как и при приеме в школу. Чаще всего на обследование к психологу ребенка направляет школа. При этом, как уже указывалось, обязательно письменное согласие родителей. Вместе с тем, возможно обращение и по инициативе самих родителей.

Важную часть диагностической работы израильского школьного психолога составляет выявление тех детей, чьи учебные трудности вызваны локальными нарушениями обучаемости: дислексией, дизграфией, замедленностью темпа деятельности, снижением зрительной или слуховой памяти, концентрации внимания и т. п. Рекомендация о переводе в специальный класс или школу дается лишь при особо сильно выраженных нарушениях обучаемости. В более легких случаях психолог ограничивается рекомендациями по индивидуальному подходу к ученику (например, при дизграфии рекомендует заменять письменные работы

устными ответами) и по дополнительному коррекционному обучению. По рекомендации психолога ученику могут быть предоставлены различные льготы при сдаче экзаменов на аттестат зрелости: может быть увеличено время, отводимое на выполнение письменной работы, письменное предъявление заданий может быть заменено их чтением вслух и т. д.

Сотрудники психологической службы оказывают также психокоррекционную и психотерапевтическую помощь нуждающимся в ней детям. Однако если значительное количество учеников школы нуждается в подобной работе, то возможностей психологической станции оказывается недостаточно. В этих случаях необходимо наличие психолога в штате школы. Иначе единственной альтернативой для большинства родителей остается обращение к частному психологу. Заметим, что оказывать частную психологическую помощь ученикам «своей» школы запрещается.

* * *

Я не возьмусь оценить применимость в условиях России тех или иных аспектов построения израильской психологической службы. Однако мне кажется, что по крайней мере некоторые из них полезно серьезно обсудить. Прежде всего, это относится к системе подчинения. В настоящее время в России отдано предпочтение децентрализованному варианту, при котором психологи рассредоточены по отдельным школам. Дефектами такого варианта являются: во-первых, возможность давления со стороны администрации школы; во-вторых, недостаток профессионального общения и сложности в организации постоянной супервизии для начинающих психологов.

Вероятно, введение серьезного лицензирования психологов в нашей стране – дело не столь далекого будущего и прорабатывать его критерии важно уже сейчас. А вот создание такой разработанной системы повышения квалификации, как в Израиле и западных странах, потребует не одного года и, боюсь, не одного десятилетия. С уровнем квалификации тесно связан и вопрос о соблюдении норм профессиональной этики. Вместе с тем, он, хотя бы частично, может быть решен гораздо быстрее. Такие самоочевидные нормы, как добровольность принятия психологической помощи и соблюдение конфиденциальности вполне могут быть усвоены даже не сверхквалифицированным психологом. Важно лишь совместить соответствующую просветительскую работу с принятием реальных мер против нарушителей этих норм. Таким образом, представляется вполне реальной задачей существенное повышение пользы, приносимой школьной психологической службой и, главное, существенное уменьшение вреда, приносимого ею в ее нынешнем российском варианте.

С. В. Тетерский

ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕТЕЙ И МОЛОДЕЖИ: СОЦИАЛЬНО-ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГНИИ семьи и воспитания РАО (Москва).

Общественная организация является наиболее эффективной и распространенной формой государственно-общественной поддержки социальных инициатив детей и молодежи и рассматривается как конструктивное, неформальное объединение. Общественная организация создается тогда, когда ребенком или взрослым осознается и высказывается проблема, имеющая общественное значение и поддающаяся типологизации. Научить выявлять проблему трудно. Успех сопутствует тому, кто может технологически разложить проблему до элементарных составляющих, чтобы затем собрать из них нечто целое. Пример – элемент деловой игры, где дети сами называют наиболее актуальные для их территории молодежные проблемы. Например, называют типичную проблему – «нехватка денег». Ведущий начинает задавать уточняющие вопросы: Денег не хватает на что? (на развлечения). На какие развлечения? (на дискотеку). Сколько денег не хватает? (карманных – до 100 руб.). Почему денег не хватает? (не дают родители). Почему не дают родители? (мало зарабатывают, еле хватает на жизнь). Почему не зарабатываете сами? (нет возможности найти временную работу). Таким образом, настоящая проблема – не в отсутствии денег, а в невозможности подростку найти или получить работу, создать свой бизнес, адекватный возрасту и закону, совместить стационарное обучение и работу. Такая постановка проблемы, несомненно, имеет общественное звучание, т. к. общество заинтересовано в приобщении подростков к трудовой деятельности и в воспитательной, и в профилактической целях.

Выявление истинной общественно значимой цели, представленной как личностная потребность, осуществляется посредством психотехники и специального тренинга, организованного по принципу психотерапевтической группы.

Дети и молодежь привносят в новый коллектив свой опыт общественной жизни, что способствует возникновению новых отношений, связей. Автономность такого коллектива проявляется во временном ослаблении семейного, школьного, классного и другого влияния на личность ребенка. Во временном коллективе дети, молодежь, как правило, видят непосредственные результаты своей деятельности, что поло-

жительно влияет на активность личности, ее самочувствие. Процесс создания коллектива нуждается в постоянном поддержании высокого ритма жизни, иначе он может замедлиться, а коллектив - разрушиться. Постоянное коллективное окружение, ускоренный темп деятельности создают психологическое напряжение, поэтому необходимы смена деятельности, индивидуальный подход со стороны педагогов-наставников. Временный коллектив дает возможность подростку реализовать себя, компенсировать ранее не удовлетворенные потребности и интересы, поскольку позволяет в определенной мере освободиться от представлений, стереотипов, оценок, сложившихся в семье, классе, среди друзей. Создание особой педагогически управляемой среды в таком коллективе позволяет за короткий период закрепить положительный опыт человека. Вырабатывается модель поведения, соответствующая коллективной норме и регулирующая действия индивида. Временному коллективу свойственны свободное общение, творческая деятельность по выбору и желанию участников, общая заинтересованность в ближайших результатах, что позволяет сделать воспитательные воздействия на личность предельно насыщенными и интенсивными [1, с. 174].

Инициативная группа обладает высокой конформностью. Подростки часто абсолютно некритически оценивают мнение собственной группы и ее лидеров. Страстное желание быть «как все» («все» – это, как правило, члены своей компании) распространяется на стиль поведения, эстетические воззрения, одежду и т. п. Таким образом проявляется противоречие – индивидуальность выражается через единообразие. Причем в общественно-направленной группе эта одинаковость тщательно поддерживается, а подростку, желающему каким-либо образом выделиться, бросить вызов, приходится испытать сильное сопротивление группы. Чем примитивнее сообщество, тем нетерпимее оно к индивидуальности, инакомыслию.

Использование психотерапевтического подхода позволило выделить четкие этапы формирования инициативной группы, связанные с личностно-коллективным взаимодействием (рис. 1).

Рис. 1. Этапы формирования инициативной группы с позиций психотерапии.



Психотерапевтический подход к деятельности инициативной группы позволяет предвидеть не только волнообразное развитие отношений «участники-педагог, ведущий, лидер», «пикообразное» изменение уровня эмоциональных переживаний (пик приходится на самое сложное испытание, упражнение, дело), но и разрешать типичные (ожидаемые) конфликты между членами:

- неприязнь участников друг к другу, что свойственно в начале группового взаимодействия незнакомым или мало знакомым друг с другом людям – важно не допускать негативных комментариев друг друга, настраивать участников на поиск решения и поддержку;

- сознательное или бессознательное сопротивление групповому взаимодействию, нежелание некоторых участников выполнять достигнутые договоренности – важно помнить о типичном сопротивлении человека всему новому, любым изменениям; необходимы дружеское участие, настойчивость, уверенность в достижении совместно поставленных целей;
- манипулирование участниками взаимодействия (в том числе и руководителем) – важно заранее обучить группу противодействовать поведению манипулятора;
- поиск оправдания при отсутствии на общих сборах, невыполнении порученного – достаточно простого напоминания; важно отстаивание достигнутых соглашений, недопустимо возникновение конфронтации;
- групповые жалобы на поведение одного или нескольких участников взаимодействия – лучший способ прекращения подобных жалоб – их игнорирование;
- сложившийся стереотип восприятия взрослого (например, как авторитарного, или навязчивого, или опасного, или незаинтересованного человека, или как «бездонную копилку») – важно не давать оценок, делиться своими чувствами, предлагать альтернативы, строить равные отношения, ориентироваться не на ситуативные запросы, а на цели взаимодействия;
- отрицание эффективности группового взаимодействия – важно определить причины такого отношения, использовать мозговой штурм для улучшения взаимодействия [2, с. 93].

Общественная организация препятствует возникновению соперничества. Выполняя общее дело, каждый имеет собственный участок: отстающих не перегоняют, а подтягивают более успешные. Совместная работа над общим заданием отводит каждому индивидуальное место в коллективе, делает его вклад равноценным с вкладом товарища, который невозможно заменить даже вкладом взрослого. Такая деятельность создает организованное дружное сообщество, где каждый его член – индивидуальный и незаменимый орган целого.

Основным программным документом общественной организации является устав, но в современной России большинство уставов написано по типовому образцу, они являются формальными документами, необходимыми только для юридической регистрации.

В содержательной программе дается ответ на вопрос: что нужно сделать для реализации цели (подцелей) развития организации? Такая программа включает в себя описание процессов планирования, осуществления и совершенствования деятельности в соответствии с целью (подцелями) развития организации. Таким образом, выделение целевого и содержательного аспектов деятельности общественной организации является условным, все это возможно отразить в одной программе развития, но в этом случае данная программа получится громоздкой и объемной.

Опыт общероссийской общественной организации «Детские и молодежные социальные инициативы» (ДИМСИ) наглядно демонстрирует перспективность выделения целевой программы (программы развития) и содержательных программ (по сути – подпрограмм программы развития). Программа развития ДИМСИ является своего рода научным обоснованием содержательных программ, тогда как содержательные программы ДИМСИ являются, помимо обоснования содержания по направлениям деятельности, также и эффективным механизмом привлечения дополнительных ресурсов (прежде всего финансовых), обеспечивающих общее развитие организации. Содержательные программы, рассчитанные на 3, 5, 10, 15 лет, реализуются в виде общероссийских или региональных проектов, одного или десятков, разной продолжительностью, масштаба, отличающихся по целой совокупности других признаков.

В программе развития ДИМСИ четко разграничены уровни программного обеспечения: общероссийский, региональный, местный. Местная или региональная программа может получить общероссийский статус при условии, что она отвечает общей цели развития организации – поддержка детских и молодежных социальных инициатив. Направления деятельности организации определяются на основе идеологии социально-педагогической солидарности, которая рассматривается также и как объединительная национальная идея и как стратегический фактор развития системы государственно-общественной поддержки социальных инициатив детей и молодежи.

Социально-педагогическая солидарность проявляется на разных уровнях взаимодействия отдельных граждан, общества и государства. Эти уровни социально-педагогической солидарности определяют основные направления деятельности ДИМСИ, которые, в свою очередь, служат ориентирами для разработки содержательных программ:

- экологическое направление: «Лидер здоровья»;
- экономическое направление: «Трудовая инициатива»;
- социально-политическое направление: «Школа гражданского общества», «Третий сектор и СМИ»;
- благотворительное направление: «Диалог индивидуальностей», «Юность без решеток», «Эстафета добра»;

– культурное и информационное направление: «ДИМСИ-сеть», «Возвращение к истокам», «Артиада ДИМСИ», «Юное поколение выбирает книгу», «Музей ДИМСИ».

Каждая из программ ДИМСИ, имея свою специфику в наборе методов и средств обеспечения выделенного направления деятельности, отвечает общей цели организации – поддержке детских и молодежных социальных инициатив. Все они предполагают развитие личности ребенка, молодого человека, что является итогом всей работы, критерием эффективности деятельности организации.

В социальном плане общественная организация как открытая социально-педагогическая система выполняет задачи:

– направленные на личность: обеспечивает молодому поколению, переживающему период становления социальной зрелости, вхождение в мир взрослых и адаптацию к нему, возможность освоения социальных ролей, ускоряет осознание социальной идентичности;

– направленные на группу: выступает как специфический и очень значимый канал информации, в том числе таких сведений, которые дети, молодые люди не могут получить другим способом;

– направленные на групповое взаимодействие: способствует приобретению в процессе межличностных отношений и совместной деятельности опыта социального взаимодействия, умения подчиняться коллективной дисциплине, в то же время отстаивать свои права, соотносить личные интересы с общественными; выработке необходимых коммуникативных качеств, поскольку отношения между членами строятся на равноправных началах;

– направленные на ближайшее окружение: позволяет наладить соревновательность в групповых взаимоотношениях, которая отсутствует в общении с родителями и педагогами; обеспечивает эмоциональный контакт;

– направленные на государство: формирует правовую культуру, повышает социальную адаптированность членов организации; мотивирует своих членов на общественно полезную, в том числе познавательную активность;

– направленные на общество: укрепляет осознание принадлежности к обществу, семье.

Общественная организация выступает общественным контролером, и эта функция общественного контроля является важным элементом ее деятельности. Каждый взрослый, приходящий в детско-молодежную организацию, должен иметь конкретный участок работы, вся его деятельность открыта и легко контролируется членами организации. Руководители, наставники ответственны за все происходящее в рядах своих организаций. Испытательный срок для добровольцев, особенно взрослых, специальные тренинговые занятия, работа в команде – это еще и возможность социальной диагностики и контроля.

Общественная организация является перспективной формой развития системы государственно-общественной поддержки социальных инициатив детей и молодежи, т. к. позволяет рассматривать своих участников как реальных или потенциальных субъектов социального партнерства государства и гражданского общества в защите интересов личности, решения ее экономических и социальных проблем; предоставляет возможность людям разных поколений объединить свои действия с действиями других людей для получения реальных результатов, являющихся значительным аргументом в выборе путей государственно-общественного развития.

На основании результатов анализа развития общероссийской общественной организации «Детские и молодежные социальные инициативы» (в период 1993–2003 гг.), выступающей площадкой исследования, стадии развития которой четко фиксировались, можно схематично представить стадии развития общественной организации (табл. 1).

Таблица 1.

Стадии развития общественной организации (на примере развития ДИМСИ в 1993–2003 гг.)

№	Стадия	Цель	Основная функция	Признаки	Ресурсы
1	Инициативная	Оформление идеи	Ориентация	1. Наличие инициативной группы. 2. Выдвижение лидера. 3. Осознание правовой некомпетентности. 4. Осознание проблемы ресурсного обеспечения. 5. Определение стержневой и целевых групп организации.	Личные средства участников (членов инициативной группы)
2	Юридическая	Юридическое оформление	Нормативная	1. Юридическое оформление. 2. Формирование и комплектование структур. 3. Формирование свода «законов» организации.	Финансовая поддержка государства

				4. Поиск источников финансирования деятельности организации. 5. Восполнение недостающих знаний руководителями организации.	венных органов управления и бюджетных организаций на основе доверия к репутации лидера
3	Программная	Программирование деятельности	Проектирование	1. Инициирование и разработка программ и проектов деятельности организации. 2. Разработка образовательных программ. 3. Создание образовательных структур. 4. Проведение образовательных мероприятий.	Гранты зарубежных фондов
4	Количественная	Увеличение количества членов, структурных подразделений, программ и проектов, публикаций в СМИ	Бюрократизация	1. Акцентирование внимания на количественных показателях деятельности. 2. Завышение реальных количественных показателей. 3. Четкое фиксирование членства (на основании личного устного или письменного заявления). 4. Завышенная самооценка организации (оценка только с позитивной позиции), минимальный учет мнений со стороны. 5. Придумывание новых должностей, наделение большого количества членов особым статусом. 6. Инициирование создания новых структур (комиссий, комитетов, советов и т. п.) управления организацией.	Гранты зарубежных фондов
5	Фандрайзинговая	Создание системы устойчивого финансового развития	Ресурсное обеспечение	1. Создание механизма регулярного сбора информации и анализ проблем, выяснения потребностей членов организации. 2. Определение сильных и слабых сторон организации как «товара», продвигаемого на рынок. 3. Упорядочение порядка сбора членских взносов. 4. Активный поиск дополнительных источников финансирования, в том числе привлечение ресурсов регионов. 5. Участие во всех «подходящих» конкурсах программ. 6. Набор, содержание временного наемного персонала.	Поддержка фондов и государственные гранты
6	Качественная	Фиксация качественных достижений как организации в целом, так и каждого ее члена	Стимулирование	1. Высокая компетентность не только руководителей, но и каждого члена организации. 2. Высокое качество удовлетворения нематериальных потребностей членов организации и участников программ. 3. Создание постоянного аппарата организации. 4. Адекватная самооценка достигнутых и планируемых результатов, внимание к оценкам сторонних участников программ и проектов, журналистов, партнеров, коллег. 5. Высокая степень информированности, высокий уровень репутации, стабильность развития с ориентацией на успех и доверие. 6. Приоритет индивидуального подхода; признание достижений членов организации, поддержка чувства успеха, оптимизма в отношении будущего.	Многоканальные источники финансирования
7	Имиджевая	Создание и пропаганда имиджа организации	Признание достижений	1. Создание специфического микроклимата, фирменного стиля организации. 2. Создание собственной субкультуры, выражающейся в символах, ритуалах, атрибутах, традициях, униформе, общих мероприятий – всего, что работает на	Многоканальные источники финансирования

				единый результат. 3. Разработка имиджа в целом, а не отдельных частей, подразделений или результатов работы. 4. Определение силы и привлекательности предложения о вступлении в организацию; формирование четкого образа будущего для члена организации (что произойдет, если я стану членом этой организации). 5. Перевод желаемых характеристик организации в вербальную, визуальную и событийную формы.	
8	Корпоративная	Вычленение и фиксирование особенностей организации в сравнении с другими	Обословление	1. Осознанное чувство корпоративной принадлежности. 2. Сосуществование ощущений общности с членами своей организации и отчужденности от других организаций. 3. Идентификация личного морального кодекса с групповыми нормами и ценностями. 4. Ориентация на общественное мнение.	Многоканальные источники финансирования
9	Законодательная инициативная	Совершенствование нормативно-правового поля деятельности	Законотворчество	1. Содействие изменению общественного мнения в отношении инициативности и активности детей и молодежи, закрепление позитивных эффектов. 2. Высокая репутация организации (высокое доверие, стабильность, наличие традиций). 3. Высокая активность в деятельности законодательных институтов, участие в парламентских слушаниях и законотворчестве. 4. Сотрудничество с секторальными органами управления (образование, социальная защита, молодежная политика).	Превалирование государственной финансовой поддержки
10	Научно-обобщающая	Обобщение достигнутых результатов на научном уровне	Обобщение	1. Создание безопасной, бесконфликтной, доверительной атмосферы, здорового окружения. 2. Налаживание потока достоверной информации, свободно развивающейся как по вертикали, так и по горизонтали. 3. Разработка стратегии поступательного развития организации и подведение ее сильных сторон под потребности стержневой и целевой групп. 4. Максимальное усиление имеющихся положительных моментов. 5. Выпуск научной, учебной и методической литературы, фиксирующей достижения организации и обеспечивающей профессиональную подготовку субъектов организации. 6. Участие актива организации в научных мероприятиях различного статуса.	Государственная поддержка

Международный анализ гражданских инициатив выявил следующую тенденцию: чем старше общественная организация, тем больше вероятность ее превращения в подобие государственного социального учреждения. 90% общественных организаций, перешагнувших 10-летний барьер своего существования, формализуются, переходят к вертикальному стилю отношений [3, р. 11].

Предположительно, существует 10-летний интервал сосредоточения внимания общественной структуры на деятельности, связанной с прогрессивным общественным развитием, после чего происходит смещение в сторону деятельности, связанной с завоеванием, удержанием и использованием власти, свойственной государственным институтам. Выявленная закономерность во многом объясняет огосударствление пионерской, комсомольских организаций в СССР, Международного Красного Креста, ГРИНПИС и других международных общественных организаций.

Для системы государственно-общественной поддержки социальных инициатив характерен процесс укрупнения, создания общероссийских структур. Разновозрастные общественные организации муниципального уровня в России не являются устойчивым элементом жизни сообществ, характеризующим разви-

тое гражданское общество. Это обусловлено прежде всего двумя причинами: государственным интересом в минимизации их количества при увеличении количественного состава (что облегчает управление) и стагнацией общественного развития или деградацией общества, когда каждый его член озабочен вопросами выживания, а не созданием институтов, способных отстаивать его право на процветание и развитие.

ЛИТЕРАТУРА

1. Российская педагогическая энциклопедия: В 2 т. / Гл. ред. В. В. Давыдов. – М.: БРЭ, 1993. – Т. 1. – 608 с.
2. Кэнфилд Д., Сикконе Ф. 101 совет о том, как повысить самооценку и чувство ответственности у школьников. – М.: УРСС, 1997. – 360 с.
3. McBride A.M., Benitez C., Sherraden M. The Forms and Nature of Civic Service: a Global Assessment. Global Service Institute, Centre for Social Development, Washington University in St. Louis, 2003. - 120 p.

Е. И. Морозова, А. Л. Венгер

ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ**Кафедра детской и подростковой психиатрии, психотерапии и медицинской психологии
РМАПО (Москва).**

К сожалению, в последние годы все большую актуальность приобретает проблема оказания помощи жертвам чрезвычайных ситуаций. Кроме неизбежных природных катаклизмов (наводнений, землетрясений, ураганов и т. п.), все чаще возникают техногенные катастрофы. Дополнительным источником экстремальных ситуаций в России, как и в других странах, становится терроризм. В связи со всем этим приобретает большое значение оказание психологической и психотерапевтической помощи пострадавшим и их родственникам. В октябре 2003 г. в Москве прошел Международный форум «Дети в чрезвычайных ситуациях», на котором, в частности, обсуждались актуальные вопросы организации психологической помощи пострадавшим детям.

Мы также постарались сформулировать некоторые принципы эффективной организации подобной деятельности на основе своего опыта работы с заложниками, захваченными террористами в театре «Норд-ост» в октябре 2002 г.²

Ситуация в октябре 2002 г.

Как только из средств массовой информации стало известно о событиях в театре «Норд-ост», начали стихийно или полустихийно формироваться различные структуры, направленные на оказание психологической помощи сначала родственникам заложников, а после их освобождения – и им самим. В результате вместо единого штаба с единым руководством образовалось много «руководящих» организаций, не имевших точной информации и дававших разноречивые, часто неверные указания специалистам. Функцию информирования и координации часто поручали секретаршам, плохо ориентированным в ситуации, не имеющим административного опыта и не умеющим вести переговоры. Поэтому номера телефонов больниц и отделений, в которых находились пострадавшие, специалистам приходилось добывать самостоятельно.

Приведем лишь некоторые примеры неудовлетворительной работы информационной службы:

- вместо телефона Филатовской больницы нам был дан телефон поликлиники;
- среди больниц, в которых размещены пострадавшие, была названа больница № 29 (без указания номера телефона); в итоге выяснилось, что она находилась в резерве и пострадавшие в нее не поступали;
- ни в одном случае не было указано отделение, в которое поступали пострадавшие; это приходилось выяснять самостоятельно (например, в больнице им. Филатова это оказалось токсикологическое отделение, в больнице № 7 – реанимационное).

Подобные частности существенно снижают оперативность и эффективность профессиональной деятельности в экстремальной ситуации, требующей максимальной концентрации сил (в отдельные дни мы заканчивали работу только в третьем часу ночи).

В больницу № 7 мы попали в первый же день после освобождения заложников. Это было достигнуто только благодаря активности самих психологов, а также заинтересованности и пониманию важности психологической поддержки, проявленным дежурным врачом-реаниматологом И. В. Клименко. Кроме всего прочего, сотрудники милиции оказались не информированы о нашей деятельности и отказывались нас пропустить, пока врач не вышел к нам на проходную, чтобы лично провести нас на территорию больницы.

В детской больнице им. Филатова работа проводилась при содействии профессора Я. М. Луцкого и в тесном контакте с зав. отделением токсикологии С. И. Страховым. Однако попасть в больницу нам удалось только благодаря авторитету кафедры РМАПО, причем лишь после многодневных телефонных переговоров. В итоге психологическую работу с детьми мы смогли начать только на третий день после их освобождения, что, на наш взгляд, снизило ее эффективность. Судя по опыту работы со взрослыми, а также по описанию состояния детей, данному врачами впоследствии, стало понятно, что присутствие психологов было бы весьма желательно в первый же вечер или, по крайней мере, на следующее утро.

Как выяснилось, в помощи нуждались не только сами бывшие заложники, но и их семьи. Их эмоциональные проблемы усугублялись бытовыми. В частности, мы столкнулись с такими проблемами некоторых семей, как:

² Работа проводилась совместно с психологом В. В. Бروفман.. П(п)наПоП Подробное описание см. в статье: А. Л. Венгер, Е. И. Морозова. Опыт оказания экстренной психологической помощи бывшим заложникам // Вопросы психического здоровья детей и подростков. - 2003, (3), "№ 1. .

- трудности в уходе за грудным ребенком, оба родителя которого находятся в больнице в тяжелом состоянии;
- неспособность единственного не пострадавшего члена семьи (человека пожилого возраста) навещать других членов семьи, находящихся в разных больницах;
- организация похорон в семьях, где погибли двое и более родственников и т. д.

В свою очередь, психологическое состояние пациентов, бывших заложников, было отягощено отсутствием у них информации о родственниках, особенно о тех, кто вместе с ними был в театре, но был потерян во время освобождения. Предоставление такой информации имело большое психотерапевтическое значение (как правило, передавалась только положительная информация, эмоционально поддерживающая больного).

Явно ощущалась потребность в социальных работниках. Из-за их отсутствия работу с родственниками, получение информации и ее передачу пациентам пришлось осуществлять специалистам-психологам, в то время как она не требует психологической квалификации.

У многих пациентов было сразу же достигнуто существенное улучшение состояния благодаря непосредственной телефонной связи с пострадавшими родственниками, попавшими в другую больницу (такая связь предоставлялась пациентам только по согласованию с дежурным врачом и с предварительным выяснением ситуации во избежание получения больными негативной информации).

Наши предложения и рекомендации

1. Необходимо *создание единого психолого-психотерапевтического штаба*. Вероятно, штаб должен быть создан при МЧС. Состав штаба должен быть постоянным, назначенным специальным распоряжением. Психолого-психотерапевтический штаб должен работать в теснейшем и постоянном контакте с медицинским штабом (возможно, включаться в него как составная часть). Для оптимизации работы должны быть предусмотрены следующие позиции:

- **руководитель** штаба – высококвалифицированный специалист (психолог или психотерапевт), занимающий одну из ведущих должностей и имеющий личные контакты с руководителями разного уровня и разных ведомств;
- **заместитель-координатор**, который должен осуществлять сбор информации, координировать деятельность специалистов, снабжать их необходимыми данными и т. п.

2. Необходимо иметь *банк данных об организациях, психологах, психотерапевтах, социальных работниках, волонтерах-неспециалистах*, способных и готовых оказывать помощь в экстремальных ситуациях. Помимо добровольных предложений своих услуг, необходима какая-либо система экспертной оценки квалификации инициативного специалиста с указанием конкретной специализации (вид возможной помощи, взрослые/дети, имеющийся опыт и т. п.). Для оказания психологической и психотерапевтической помощи следует привлекать только профессионалов, имеющих опыт клинической работы.

3. В случаях, когда работа должна проводиться в больнице, первоначальную связь с заведующими отделений или дежурными врачами должен осуществлять начальник штаба или его заместитель, но не секретарь и не сами специалисты. Успешная первоначальная договоренность с врачами служит одним из важнейших условий своевременного начала оказания психологической помощи.

4. После того как установлена первоначальная связь с медицинским учреждением, специалисты, направленные в это учреждение, должны постоянно согласовывать свои действия с заведующим отделением и непосредственно с лечащим врачом. Должны согласовываться:

- время посещения;
- форма одежды (халат, сменная обувь и т. п.);
- длительность работы с каждым из больных (в зависимости от его соматического состояния);
- задачи и формы работы;
- желательность или нежелательность передачи информации о судьбе родных и близких, учитывая остроту состояния самого пациента.

В процессе работы важно после каждого посещения пациентов обсуждать с врачом динамику их соматического и психологического состояния, согласовывать совместную стратегию и уточнять дальнейшие задачи работы.

5. В дополнение к работе психологов необходима помощь социальных работников (социальных служб) семьям пострадавших. В функцию социального работника должны входить также поддержание связи с родственниками пострадавших, передача им сведений о состоянии и потребностях больных, информирование самих пострадавших о ситуации у них дома.

6. Желательно обеспечение специалистов мобильными телефонами, особенно на первом этапе, когда большинство пострадавших остро интересуется судьбой своих родных и близких.

Дополнительные предложения:

1. В период чрезвычайной ситуации должна быть развернута подструктура центрального штаба по ра-

боте с детьми и подростками, а также их семьями.

2. На базе кафедры детской и подростковой психиатрии, психотерапии и медицинской психологии РМАПО предлагается создать центр по подготовке и переподготовке специалистов по работе с детьми и подростками, пострадавшими в чрезвычайных ситуациях. Для этого необходимо провести предварительный отбор специалистов, желающих и способных работать с детьми и подростками в экстремальных ситуациях.

3. Кафедра располагает штатом высоко квалифицированных специалистов, позволяющим организовать курсы для медиков, работающих в отделениях интенсивной терапии и оказывающих помощь пострадавшим детям.

4. Кафедра готова оказывать консультативную помощь специалистам, работающим с детьми и подростками в экстремальной ситуации, в условиях лечебного учреждения.

5. Желательно создать постоянно действующий консультативный центр по оказанию психологической и психотерапевтической помощи семьям, нуждающимся в поддержке во время чрезвычайной ситуации и после нее.

И. В. Макаров

К ВОПРОСУ О ШИЗОТИПИЧЕСКОМ РАССТРОЙСТВЕ У ДЕТЕЙ

Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» (Санкт-Петербург).

Введение. Понимание шизотипического расстройства неоднозначно и зависит прежде всего от клинических воззрений автора, его психопатологической «школы». У старших подростков, как и у взрослых, клиническая картина, распространенность и особенности динамики описаны гораздо в большей степени, чем у детей. Однако, согласно материалам детской психиатрической клиники, диагноз шизотипического расстройства периодически встречается и у детей препубертатного или младшего подросткового возраста. Редкость данного психопатологического нарушения, обуславливает необходимость проведения анализа встречающихся случаев шизотипического расстройства у детей, что и стало целью данного исследования.

Материал и методы исследования. Клинико-психопатологическим методом было обследовано 20 больных, а также проанализировано дополнительно 6 историй болезни (медицинских карт) детей от 8 до 14 л. включительно, находившихся в детском психиатрическом стационаре Центра восстановительного лечения «Детская психиатрия» с 1992 г. по 2002 г.³, где заключительными клиническими диагнозами были «вялотекущая неврозоподобная шизофрения», «вялотекущая психопатоподобная шизофрения» и «шизотипическое расстройство личности». Последний диагноз наблюдался с момента введения в практику МКБ-10 с 1999 г. Коды диагноза по МКБ-10 соответствовали рубрикам F21.3, F21.4 и F21.8, т. е. все окончательные клинические диагнозы отвечали диагностическим критериям раздела F21 - Шизотипическое расстройство. Следует отметить, что проведенные катамнестические исследования показали, что у 8 из 26 пациентов в дальнейшем наблюдалась характерная и явная шизофреническая симптоматика: в двух случаях - параноидная форма, у шести человек - простая форма заболевания. В 5 случаях из 26, на наш взгляд, больным должен был быть поставлен диагноз шизоидной психопатии, что в гораздо большей степени соответствовало наблюдавшейся у них клинической картине.

Результаты и их обсуждение. В клинической картине заболевания у таких детей на первый план выступают замкнутость, неумение наладить неформальные контакты с окружающими, различные обсессивно-фобические расстройства (навязчивые действия, ритуалы, страхи, контрастные навязчивости), отдельные деперсонализационные проявления, транзиторные субдепрессивные нарушения, своеобразие и витиеватость мышления, склонность к односторонним интересам и увлечениям. В ряде случаев характерны недовольство своей внешностью (дисморфофобические идеи), подозрительность, склонность к рассуждательству, поведенческие нарушения: уходы из дома, злоупотребление алкоголем, жестокость к родным и к животным, поджоги, повышенная конфликтность, делинквентное поведение.

В качестве клинического примера приводим следующее наблюдение.

Больной А. М., 12 лет. Доставлен в стационар впервые бригадой скорой психиатрической помощи в связи с агрессией в адрес матери, когда хватался за нож, кричал: «убей меня».

Проживает с матерью (работает воспитателем в детском саду), бабушкой и дедом. Отец много лет с семьей не живет, на многие месяцы уходит в плавание, раньше, со слов матери, «лечился от невроза».

Мальчик от 1 нормальной беременности. Родился путем кесарева сечения (слабость родовой деятельности) с весом 3650 г. После рождения около месяца находился в реанимации, а затем в детской городской

³ Речь шла обо всех больных с данными диагнозами, находившихся в стационаре Центра восстановительного лечения «Детская психиатрия» за указанный период.

больнице № 1, т. к., со слов матери, громко кричал, был гиперактивным. Известно, что на первом году жизни получал энцефабол. Раннее развитие по возрасту. Практически не болел. Охотно играл с матерью, бабушкой. Детей не любил, дрался с ними, забирал себе чужие игрушки. Из-за агрессивного отношения к детям в детском саду направлялся к психотерапевту; известно, что получал аминалон. В массовой школе с 7 лет. Учился средне. На момент поступления окончил 6 классов. Имел несколько приятелей, ходил к ним в гости; большую часть времени проводил дома, смотрел телевизор, собирал конструктор, играл в солдатиков. Не любил, когда трогают и переставляют его вещи.

С 8,5 лет у мальчика после просмотра телепередачи по физике появился страх телевизора, боялся, что на него подействуют упомянутые в передаче радиоволны и электричество. На фоне приема небольших доз хлорпротиксена и занятий с психотерапевтом страхи исчезли через 5 месяцев.

С 11,5 лет стал более раздражительным, чем обычно, часто говорил родным, что они все делают «не так». Тогда же начал беспокоиться за чистоту своей одежды, тела, много раз в день мыл руки после туалета, перед едой и после, ежедневно принимал душ, сказал как-то матери, что на него «что-то насыпалось» и надо поэтому чаще мыться. Амбулаторно без заметного успеха получал хлорпротиксен, далее галоперидол 5 мг/сут. и феназепам 1 мг/сут. Перестал выходить на прогулки, предпочитая смотреть дома телевизор, читать приключенческие романы. При попытках родных заставить мальчика помогать по дому, гулять, делать уроки начинал кричать, ругаться, во время очередной ссоры схватился за нож, был госпитализирован.

В отделении: в ясном сознании. В первые дни возбужден, плаксив, сказал, что хочет домой к маме, очень ее любит. Однако во время свидания встретил мать весьма холодно, забрал передачу, велел «нести следующую». В дальнейшем постепенно освоился, успокоился, познакомился с одним из больных (страдающим шизоидной психопатией), других детей сторонился. Перед едой подолгу нюхал руки, казалось, что они чем-то пахнут, просил разрешить ему вымыть руки еще раз, «для надежности». После еды нюхал стул, на котором сидел, «чтобы убедиться, что ничем не пахнет». На беседы приходил охотно, склонен к рассуждательству на отвлеченные темы. Отметил, что испытывает «трудности» при общении с окружающими – «не получается», «вообще мне в толпе тяжело».

Психолог констатировал интеллект на уровне низкой возрастной нормы, нелогичность и витиеватость мышления, склонность к рассуждательству, эмоциональную неадекватность. Осмотр невролога: рассеянная неврологическая микросимптоматика. ЭЭГ, рентгенограмма черепа, другие параклинические исследования, осмотр окулиста, педиатра, ЛОР какой-либо патологии не выявили.

При поступлении на фоне проводимой терапии аминазином в дозе 75 мг/сут. рег. ос. отмечены нейролептические явления. На фоне приема феназепама 2 мг/сут., проводимой психотерапии исчезли частые мытье рук, перестал обнюхивать их и стул, на котором сидел. Был выписан по просьбе матери через 1,5 месяца после госпитализации.

Катамнез через 6 мес. Находится дома. Принимает флюанксол в дозе 2 мг/сут. Остается малообщительным, странным, малоэмоциональным, подолгу смотрит телевизор. Предпочитает, с его слов, «держаться от людей подальше».

Выводы. Факт достаточно редкой постановки диагноза шизотипического расстройства (вялотекущей шизофрении) в детской психиатрической клинике - 26 случаев за одиннадцатилетний период - обусловлен следующими обстоятельствами:

1. Влиянием Петербургской (Ленинградской) психиатрической школы, прежде всего школы детско-подростковой психиатрии С. С. Мнухина, традиционно «сужающей» рамки вялотекущей шизофрении и рассматривающей этих больных преимущественно как пациентов с шизоидной психопатией или последствиями органического поражения головного мозга различной этиологии.

2. Исследование проводилось в стационарных отделениях, что, естественно, могло повлиять на количество обследованных - большая часть больных наблюдается и лечится амбулаторно и не госпитализируется.

3. Шизотипическое расстройство наблюдается редко у детей до 15-летнего возраста.

Л. В. Финькевич

РОДИТЕЛЬСКИЕ ОТНОШЕНИЯ КАК УСЛОВИЯ СТАНОВЛЕНИЯ ЛИЧНОСТИ В ДОШКОЛЬНОМ ДЕТСТВЕ

Белорусский государственный педагогический университет им. М. Танка (Минск).

Дошкольное детство – это возраст, в котором происходит становление личности, обусловленное тем, что именно в 6-7 л/ складываются «хотя и простые, но уже обобщенные, специфические для данного человека, устойчивые психологические механизмы, базовые основания личности» (Н. Непомнящая, 1992). Очевидна правомерность перехода к новому этапу разработки проблемы детской социальности как генезиса

отношений ребенка в мире, к построению новой предметной области социальной психологии детства, рассматривающей современное детство как результат социогенеза взаимоотношений детей и взрослых [1]. Совершенно справедливо замечание Р. Заззо, что нельзя оставлять без внимания «...тонкую сетку отношений индивида с окружающими, которую он плетет с самого раннего детства. Ведь именно на этом уровне ребенок ассимилирует среду и воздействует на нее, чтобы придать ей желательную форму, как раз здесь среда становится активным строительным материалом, материей для формирования личности.» [2]. Т. о., важнейшей категорией анализа социальных влияний является отношение. Это понятие описывает качество связей ребенка с другими людьми. Мир взрослых, представленный в дошкольном детстве, прежде всего семейным микросоциумом, оказывает первостепенное влияние на становление личности.

Предметом нашего эмпирического исследования стала проблема родительско-детских отношений. Представлял интерес вопрос о том, как сами дети осознают отношения отца и матери; как это отражается на их осознании себя в этих отношениях и в своих социальных ролях, опосредуемых ими. Основными методиками были диагностический опросник «Взаимодействие родитель-ребенок» И. Марковской, модифицированные методики – «Кто я?», «Круги отношений», «Цветовые ассоциации».

Анализируя показатели родительского отношения в современных семьях, следует указать основные тенденции: стремление к эмоциональной близости с ребенком, его принятие, удовлетворенность отношениями; воспитательная конфронтация. Иными словами, ребенок в большинстве семей принимается обоими родителями, он любим, ему гарантированы безопасность и защищенность, но, с другой стороны, в семьях имеют место разногласия и различия по таким параметрам родительского отношения, как сотрудничество, строгость, требовательность. При этом достоверно выражены различия отцов и матерей и по показателям принятия, эмоциональная близость, тревожность за ребенка ($p < 0,05$). Удовлетворенность отношениями с ребенком у отцов значительно ниже, чем у матерей.

Выяснено, что все 6-7-летние дошкольники осознают себя субъектом семейных взаимоотношений. Набор ролей ($M=10$) мальчиков и девочек включал как конвенциональные роли (сын, внук, дочь, сестра), так и межличностные (помощник мамы, умелица, грызунок, «по моему хотенью»). Некоторые дети конкретизировали свои роли: «сынок папы», «внучек бабушки», «мамина дочка», «папина дочка». Детям предлагалось нарисовать цветные бусинки возле каждого своего «Я» тем цветом, который наиболее подходит. Так был выяснен бессознательный план переживания своих ролей в семье. Сопоставляя устные высказывания детей и их цветовые ассоциации, выявлено их совпадение. Так, Саша Б. сказал что он только «сынок папы» и нарисовал синюю «бусинку»; Катя Л. – «мамина дочка» - коричневая бусинка; «папина» - желтая. Сравнение далее этих результатов и выявленных типов родительского отношения позволяет говорить, что дети осознают родительское отношение и строят в соответствии с ним ролевую структуру своей личности. Так, в отношении папы Саши Б. доминируют принятие, эмоциональная близость, сотрудничество, при низком контроле, строгости, а в отношении мамы – строгость, требовательность, контроль. В отношении мамы Кати Л. доминируют неудовлетворенность отношениями, эмоциональная дистантность; папы – эмоциональная близость, принятие, удовлетворенность отношениями.

Исследование с использованием методики «Круги отношений» продемонстрировало способность детей на модельно-образном уровне мышления представить характер своих отношений с родителями. Дети использовали разные цвета, размеры, пространство, чтобы отразить эти отношения. Некоторые давали перспективные варианты: Паша В.: «Пока так - О О, но хотелось бы так - ОО». Неблагоприятные отношения в семье Лизы А. – в отношении папы доминируют отвержение, контроль, и требовательность; мамы – отвержение, контроль, неудовлетворенность. Это осознается ребенком и опосредует скудный набор семейных ролей – (1) - «только сестричка», фиолетовая бусинка; черно-фиолетовые круги отношений со всеми членами семьи, дистанцированные друг от друга и обведенные жирной черной линией.

Таким образом, результаты описанного эмпирического исследования подтверждают роль родительского отношения, которое осознается детьми 6-7 лет, в процессе личностного становления. Отношения отвержения, непринятия, неудовлетворенности ребенком становятся фактором деформации ролевой структуры личности, эмоционального неблагополучия ребенка, источником детского страдания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абраменкова В. Социальная психология детства в контексте развития отношений ребенка в мире // Вопросы психологии. 2002. № 1. - С. 3-16.
2. Заззо Р. Психическое развитие ребенка и влияние среды // Вопросы психологии. 1967. № 2. - С. 128.
3. Непомнящая Н. Становление личности ребенка 6-7 лет. – М., 1992. - 160 с.

ВЛИЯНИЕ РОДИТЕЛЬСКОГО ОТНОШЕНИЯ НА МЕЖЛИЧНОСТНОЕ ПОВЕДЕНИЕ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Белорусский государственный педагогический университет им. М. Танка (Минск).

Семья является важнейшим институтом социализации личности, в ходе которой происходит усвоение ребенком определенной системы ценностей, норм, знаний, культуры. Взаимодействие ребенка с родителями является первым опытом взаимодействия с окружающим миром. Этот опыт закрепляется и формирует определенные модели поведения с другими людьми. Реальные изменения семейных взаимоотношений проявляются в смене приоритетов, «размывании» традиционной системы ценностей, изменении их привычного характера и разрыве этих отношений. Подросток наиболее чувствителен к изменениям, происходящим в семье, т. к. параллельно происходит смещение локуса ориентации ребенка в направлении от социальной группы взрослых на группы сверстников [1].

Ряд исследователей считает центральной причиной психоэмоционального неблагополучия подростка существующую деформацию внутрисемейных отношений, обнаруживающую себя во взаимоотношении детей и родителей, разрыве теплых эмоциональных связей между ними (А. И. Захаров, А. С. Спиваковская, Э. Г. Эйдемиллер и др.). Неправильные воспитательные позиции родителей могут проявляться в чрезмерной холодности, рационализме, эмоциональном отвержении ребенка или чрезмерной аффектации [3]. Необходимость обращения к опыту взаимодействия родителей с детьми впервые была декларирована в рамках психоаналитического направления (З. Холл, А. Фрейд, К. Хорни). В русле данного направления приобрела популярность трехмерная теория интерперсонального поведения В. Шутца (1958), согласно которой сложившиеся в детстве поведенческие образцы всецело определяют способы ориентации взрослой личности по отношению к другим [2]. Анализ отечественной и зарубежной психологической литературы свидетельствует о попытке выделить основные параметры родительского отношения к детям. Среди них выделяют тип контроля по отношению к ребенку, который может варьировать от жесткой дисциплины до полной бесконтрольности (Е. С. Шеффер, Р. К. Белл, С. Броуди, Е. Е. Маккоби, В. Шутц). В своих работах Е. Е. Маккоби, О. Коннер, П. Слатер подчеркивают важность уровня требовательности и строгости родителя во взаимодействии с ребенком. Большинство авторов также указывает на огромное значение эмоционального принятия (А. Роэ, А. И. Захаров, А. Я. Варга) и эмоциональной близости, привязанности по отношению к ребенку (Дж. Боулби, В. Шутц). Важным параметром взаимодействия, по мнению С. Броуди, Е. Е. Маккоби, А. И. Захарова, является последовательность родителя в своем отношении к ребенку.

Наше исследование направлено на выявление степени и характера влияния родительского отношения на межличностное поведение подростков. В эмпирическом исследовании принял участие 321 испытуемый 13-15 л. (158 девочек, 163 мальчика). Для изучения стиля родительского отношения использовался опросник «Взаимодействие родитель-ребенок» И. М. Марковской; основных тенденций поведения в реальной группе – методика «Q-сортировка» В. Стефансона. С целью проверки гипотезы о наличии связи между родительским отношением и межличностным поведением подростков был осуществлен корреляционный анализ, который позволил выявить прямые и обратные слабые связи на достоверном уровне значимости, которые могут рассматриваться как тенденции существования определенной зависимости между этими параметрами.

Такая тенденция межличностного поведения, как зависимость, отрицательно коррелирует с последовательностью отца ($p=0,003$) и матери ($p=0,004$). Т. е., чем более непоследовательны родители в своих требованиях, в своем отношении к подростку, тем более подросток проявляет «зависимую» модель поведения. Зависимость также связана с высокой степенью сотрудничества с отцом ($p=0,004$) и его авторитетностью ($p=0,003$). Высокий авторитет отца и отношение равенства, партнерства с подростком делают последнего зависимым от авторитетов в реальном социуме. Сотрудничество матери с подростком связано с его независимостью в межличностном поведении ($p=0,02$), т. е. включение подростка во взаимодействие с матерью, признание его прав и достоинств детерминируют тенденцию к независимому межличностному поведению. Общительность подростков связана с эмоциональной близостью отца и матери ($p=0,01$), а также с сотрудничеством отца ($p=0,01$) и матери ($p=0,001$). Эмоциональная близость обоих родителей к подростку и его включенность во взаимодействие с родителями детерминируют высокую степень общительности в кругу сверстников. Необщительность связана с непоследовательностью матери и отца ($p=0,001$). Эмоциональная неуравновешенность, воспитательная неуверенность и отвергающее отношение к ребенку со стороны родителей способствуют развитию замкнутости и малообщительности в подростковом возрасте. Данный стиль родительского отношения положительно коррелирует с принятием борьбы подростком ($p=0,003$ – для матерей; $p=0,009$ – для отцов). Отвержение как стиль отношения матерей детерминирует принятие борьбы ($p=0,00005$). Т. е. восприятие подростком отношения матери как отвергающего, непоследовательность поощрений и наказаний родителями способствует принятию борьбы подростком в ситуации

ях межличностного взаимодействия.

Т. о., наличие достоверных, хотя и слабых корреляционных связей свидетельствует об отсутствии строгой зависимости между родительским отношением и межличностным поведением подростка. Однако, многозначность факторов, влияющих на межличностное поведение в подростковом возрасте, позволяет рассматривать полученные корреляционные связи как тенденции влияния родительского отношения на межличностное поведение в подростковом возрасте.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абраменкова В. В. Социальная психология детства в контексте развития отношений ребенка в мире. // Вопросы психологии. 2002, № 1. - С. 3-16.
2. Марковская И. М. Тренинг взаимодействия родителей с детьми. СПб., 2000.
3. Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. СПб., 1999.

И. А. Свистун, Л. В. Финькевич

СООТНОШЕНИЕ ПОЗНАВАТЕЛЬНОГО КОМПОНЕНТА КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ ПОДРОСТКОВ И ТИПОВ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ **Белорусский государственный педагогический университет им. М. Танка (Минск).**

В данном исследовании наше внимание будет уделено познавательному компоненту коммуникативной компетентности. Эту сферу субъект-субъектного познания Ю. Н. Емельянов предлагает определить как социальный интеллект, подразумевая под этим устойчивую, основанную на специфике мыслительных процессов, аффективного реагирования и социального опыта способность понимать самого себя, а также других людей, их взаимоотношения и прогнозировать межличностные события [1]. Согласно теории Дж. Гилфорда, социальный интеллект представляет систему интеллектуальных способностей, не зависящих от фактора общего интеллекта и связанных, прежде всего, с познанием поведенческой информации. Для нас важно определение познавательного компонента В. А. Лабунской как способности, формирующейся в общении и обеспечивающей возможность адекватного отражения психологических состояний человека, его свойств и качеств, способности предвидеть свои воздействия на этого человека [2]. Эти способности обеспечивают эффективное межличностное взаимодействие и успешную социальную адаптацию.

Теоретический и практический интерес представляет проблема соотношения социального интеллекта и типов межличностных отношений в подростковом возрасте. В эмпирическом исследовании приняли участие 187 подростков в возрасте 12-13 лет (105 мальчиков и 82 девочки). Уровень социального интеллекта (познавательный компонент коммуникативной компетентности) изучался методикой исследования социального интеллекта Дж. Гилфорда и М. Салливена, адаптированной Е. С. Михайловой (1990). Типы межличностных отношений - модифицированным вариантом интерперсональной диагностики Т. Лири – тест «Диагностика межличностных отношений», адаптированный Л. Н. Собчик (1972). В соответствии с целью исследования, подростки были разделены на 5 групп в зависимости от степени выраженности показателей социального интеллекта и типов межличностных отношений.

В первую группу вошли подростки, имеющие низкий уровень развития социального интеллекта (3,2%, из них 2,1% мальчиков и 1,1% девочек) и доминирующие ориентации в индивидуальном стиле межличностного поведения доминирование-дружелюбие (2,7%) и доминирование-агрессивность (0,5%), которые проявляются во властно-лидирующем, сотрудничающе-конвенциональном типах межличностных отношений.

Вторую группу составили подростки с уровнем развития социального интеллекта ниже среднего (19,8%, из них 11,8% мальчиков и 8% девочек) и преобладающими ориентациями в индивидуальном стиле поведения доминирование-дружелюбие (13,4%, из них 7,5% мальчиков и 5,9% девочек), доминирование-агрессивность (5,9%, из них 4,3% мальчиков и 1,6% девочек) и подчинение-дружелюбие (0,5% мальчиков), представленные в ответственно-великодушном, властно-лидирующем типах межличностных отношений.

Третья группа представлена подростками со средним уровнем развития социального интеллекта (43,4%, из них 24,6% мальчиков и 18,8% девочек) и с тенденциями к доминированию-дружелюбию (32,7%, из них 17,7% мальчиков и 15% девочек), доминированию-агрессивности (4,3%, из них 3,8% мальчиков и 0,5% девочек), подчинению-дружелюбию (3,8%, из них 1,6% мальчиков и 2,2% девочек) и подчинению-агрессивности (2,6%, из них 2% мальчиков и 0,6% девочек), выражающиеся во властно-лидирующем, сотрудничающе-конвенциональном, ответственно-великодушном типах межличностных отношений.

Для четвертой группы подростков характерен уровень развития социального интеллекта выше среднего (28,3%, из них 15% мальчиков и 13,3% девочек) и тенденции в индивидуальном стиле межличностного поведения к доминированию-дружелюбию (18,7%, из них 8% мальчиков и 10,7% девочек), доминирова-

нию-агрессивности (3,7%, из них 2,1% мальчиков и 1,6% девочек), подчинению-дружелюбию (2,2% мальчиков) и подчинению-агрессивности (3,7%, из них 2,6% мальчиков и 1,8% девочек), проявляющиеся в ответственно-великодушном, властно-лидирующем типах межличностных отношений.

Подростки с высоким уровнем развития социального интеллекта (5,3%, из них 2,65% мальчиков и 2,65% девочек) и с ориентациями доминирование-дружелюбие (3,8%, из них 2,2% мальчиков и 1,6% девочек), доминирование-агрессивность (0,5% мальчиков), подчинение-дружелюбие (0,5% девочек) и подчинение-агрессивность (0,5% девочек), с преобладающим властно-лидирующим и ответственно-великодушным типами межличностных отношений составили пятую группу.

Таким образом, большинство подростков 12-13 л. составляют группу со средним уровнем развития социального интеллекта, для которой (впрочем, и как для остальных уровней, как для мальчиков, так и для девочек) ведущей тенденцией в индивидуальном стиле межличностного поведения является доминирование-дружелюбие, имеющей высокую степень выраженности. Однако выявлен важный факт соотношения социального интеллекта и типов межличностных отношений подростков: более высокие уровни социального интеллекта соотносятся с большей вариативностью типов межличностных отношений. Так подростки с низким уровнем социального интеллекта ориентируются лишь на две модели межличностных отношений; ниже среднего – три; а среднего, выше среднего и высокого – на все четыре модели межличностных отношений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Емельянов Ю. Н. Активное социально-психологическое обучение. – Л., 1985.
2. Петрушин С. В. Психологический тренинг в многочисленной группе. – М.: Академический Проспект; Екатеринбург: Деловая книга, 2000.

В. И. Слепкова

МОЛОДЕЖЬ И СЕМЬЯ

Белорусский государственный педагогический университет им. М. Танка (Минск).

Подготовка профессиональных семейных психологов – новая, но уже решаемая в Республике Беларусь социальная, образовательная и научная задача. Ее квалифицированное решение во многом зависит и то того, насколько научные знания, представления о браке и семье – истории, состоянии, тенденциях развития – адекватны современным моделям брака и семьи. Сознательно оставив важнейшие вопросы об истоках развития брачно-семейного института, обратимся к обсуждению некоторых новых явлений.

Прежде всего отметим, что семья занимает посредническое положение между обществом и человеком, выполняя, с одной стороны, социальные требования конкретной страны, государства, связанные с рождением и социализацией детей, поддержанием жизнедеятельности членов семьи; с другой стороны, удовлетворяя потребности человека в продолжении рода, воспитании детей, любви, поддержке.

В XX столетии функционирование семьи в социуме стало предметом глубокого научного исследования советских социологов, демографов. Изучение же социально-психологических, имманентных закономерностей бытия людей в семье, взаимодействия их между собой и с непосредственным социальным окружением фактически только началось. Такой дисбаланс научных приоритетов не случаен. Он отражает, на наш взгляд, появление новой важнейшей особенности психологии современного человека – потребности в осознании, познании себя, в заботе о своем психическом здоровье. Сегодня в сознании молодых людей семья – это не только и не столько первичная социальная ячейка общества; брак и семья ассоциируются у молодежи с такими психологическими категориями, как любовь, секс, поддержка, понимание, защита, счастье. Таким образом, расширение проблемного поля психологических исследований брака и семьи не только связано с особенностями развития психологической науки, но и отражает появление новых матрициальных ценностей, изменение в иерархии прежних, что и становится непосредственным предметом возникающей самостоятельной отрасли психологического знания – психологии семьи.

Следует отметить, что молодежь предъявляет высокие требования к психологическому качеству брака и семьи. Эмпирические исследования, проведенные в рамках курсовых и дипломных студенческих работ, собственные наблюдения и опросы позволяют констатировать, что сегодня семья признается уникальным социальным институтом, призванным и способным удовлетворить разнообразные человеческие потребности. Если обратиться к классификации потребностей А. Маслоу и воспользоваться принципом аналогии, то можно увидеть тот спектр потребностей, которые современный молодой человек способен и желает удовлетворить в брачно-семейных отношениях. Рассмотрим категории потребностей, по А. Маслоу, и определим, какой специфический их аспект удовлетворяется в браке и семье.

Физиологические потребности поддержания жизни являются самыми основными, сильными, решающими для понимания поведения человека. Организация быта в современном обществе такова, что та-

кие витальные потребности, как питание, сон, поддержание физического здоровья остаются в ведении семьи. Семья обеспечивает «выживание» новорожденного, уход за нетрудоспособными, больными и престарелыми членами семьи.

Потребности в безопасности и защите включают в себя стремление к стабильности, порядку, устойчивым правилам, к прогнозируемости событий, ощущение защищенности от хаоса, болезней.

Интенсификация социальной, финансово-экономической и психологической жизни современного человека, маргинальное состояние общества, его ценностей, экологические и техногенные катастрофы, терроризм, эпидемии провоцируют возникновение у многих людей чувства незащищенности, неопределенности, неуверенности. Именно семейная организация позволяет человеку создать свой мир из близких, любящих, понятных и понимающих людей, живущих по определенным правилам, соблюдающих определенные традиции, избегая таким образом состояния неопределенности и хаоса. Именно семья, где есть определенные, правила, дает человеку возможность почувствовать себя в безопасности.

Пожалуй, самым прямым назначением брачно-семейных отношений считается удовлетворение **потребностей в привязанности и любви**. Проведенное исследование среди студентов показывает возросшую потребность в близких, интимных отношениях в рамках брачно-семейных отношений. Для большинства испытуемых периода ухаживания и молодой семьи любовь - доминирующий и наиболее распространенный мотив брака. Интимные отношения в семье - не синоним секса, интимность не сводится к половому контакту, подразумевается глубочайшая психологическая близость.

Сказанное позволяет утверждать не только появление, но и укрепление такой концептуальной модели семьи, где в системе межличностных отношений доминирующими признаются супружеские отношения. И тогда качество брака, его сохранность оказываются в прямой зависимости от качества супружеских отношений. Возрастает значимость удовлетворенности браком в стабильности семьи.

Избирательность в выборе супруга, ориентация на психологические ценности брака естественным образом сочетаются с желанием человека быть принятым в семье, иметь уверенность в том, что его оценивают по достоинству, его вклад в семью не остается незамеченным. Современному человеку важно, чтобы его понимали и признавали члены его семьи. Не только взрослые, но и дети в сегодняшней семье имеют возможность манифестировать свое право на семейный статус, престиж, признание, и это не расценивается как посягательство на власть, не считается нарушением отношений доминирования-подчинения. Удовлетворение **потребностей самоуважения** в семье порождает чувство уверенности в себе, достоинство и осознание того, что ты полезен и необходим твоим близким людям. Напротив, фрустрация этих потребностей приводит к чувству ненужности, слабости, зависимости, неудовлетворенности брачными и семейными отношениями. Ценности уважения и самоуважения – новая и постоянно крепнущая тенденция в развитии брачно-семейной организации.

И, наконец, супруги, родители, дети - все, кто живет в семье, все более часто осознают и декларируют свою **потребность быть в семье самим собой**, пытаются построить, требуют от других такого поведения, таких отношений, которые бы позволили создать в семье наиболее благоприятную ситуацию для личностного роста как детей, так и взрослых членов семьи. В современной семье принцип индивидуализации, автономии находит все большее принятие.

Таким образом, подводя итоги приведенным здесь суждениям, можно заключить:

- брак и семья для современного молодого человека остаются местом сосредоточения важнейших материальных, психологических, духовных потребностей, среди которых превалируют психологические;
- в сознании молодежи «партнерский брак» и «супружеская» модель семьи, где супружеские отношения занимают доминирующее положение в системе межличностных отношений, является наиболее привлекательной, в сравнении с традиционной и детоцентрической семейными моделями;
- сохранение ценности брака и семьи в сознании молодых людей, высокие требования, предъявляемые ими к брачно-семейным отношениям имеет свою цену: чем больше в обществе людей, ориентированных на брак и семью как на институты, призванные удовлетворить потребности в эмоциональной защищенности, сексуальном счастье, интимно-личностном общении, в личностном росте, тем уязвимее становятся брачно-семейные узы. Чем выше требования к психологическому качеству брака, тем сложнее им соответствовать и тем чаще наступают разочарования, тем легче принимаются решения о расторжении брака.

Распространение партнерского брака, супружеской семьи в нашей стране – новая, но достаточно устойчивая тенденция, свидетельствующая о демократизации семейных отношений и о наличии имманентного конфликта в новых моделях брака и семьи. Психологизация брачно-семейных отношений, сопровождаемая их идеализацией и романтизацией, - недостаточно прочная основа для стабильных, длительных отношений, какими являются по своей сути супружеские и родительские отношения.

ДИАГНОСТИКА В ОБРАЗОВАНИИ: СРЕДСТВО ИЛИ ЦЕЛЬ**Психологический институт РАО (Москва).**

Обсуждая достаточно острую в настоящее время проблему психологической диагностики в образовании, мы должны прежде всего ответить на вопросы: кто, что и зачем должен диагностировать; причем, самым важным и ключевым представляется последний. Именно он определяет ответ на остальные, поскольку цель диагностических процедур предполагает определенный предмет, средства и уровень квалификации диагноста. Однако этот вопрос в современной ситуации является самым трудным.

Очевидно, что в клинической практике задача диагностики достаточно понятна – поставить диагноз, т. е. определить причины, вызывающие те или иные нарушения, или выявить преграды, мешающие нормальному развитию. На основе такого диагноза вырабатывается «курс лечения» (терапии) для устранения выявленных проблем. Но когда речь идет о практике образования, а тем более дошкольного, где сам «больной» не жалуется на свои проблемы или нарушения в развитии, задача психологической диагностики становится принципиально иной. Она превращается в средство контроля за эффективностью учебно-воспитательного процесса. Результаты диагностики детей становятся показателем успешности работы педагога: через диагностические процедуры проверяется (диагностируется) уровень квалификации и интенсивность деятельности воспитателя или эффективность программы, по которой он работает. Это приводит к ориентации воспитателя на результаты диагностики. Все его силы и энергия направлены на то, чтобы его дети получили как можно более высокие показатели по диагностическим методикам. Диагностика становится чем-то вроде экзамена, к которому, естественно, нужно готовиться. Поэтому педагоги всеми путями стремятся получить необходимые методики и подготовить своих воспитанников к их успешному выполнению. Происходит своеобразное «натаскивание», «дрессировка» детей, заучивание правильных ответов и способов действия. Такая ситуация становится обычной и общепринятой. Многие педагоги выражают возмущение, если психологи предлагают детям новые, неожиданные для них задания, к которым они «не готовы». Диагностические методики превращаются в целевой ориентир для учебно-воспитательного процесса, который, в свою очередь, превращается в тренировку. В результате большинство используемых методик довольно быстро теряет свою диагностическую валидность – они выявляют уже не уровень развития ребенка, а степень его подготовленности к выполнению данной задачи. Так произошло, например, с такими популярными и в свое время действительно адекватными методиками, как «графический диктант», «лабиринты», «найди форму» и др. Из диагностических они превратились в обучающие и формирующие. Ничего плохого, наверное, в этом нет, но к диагностике психического развития они уже не применимы (во всяком случае, в Москве). Думаю, что такая же судьба ждет любую методику, которая становится средством контроля, а значит целью работы педагога. Очевидно, такое положение извращает саму суть психологической диагностики, которая должна быть скрытым, узко профессиональным инструментом психолога.

Другой «целевой» вопрос – для кого проводится психологическая диагностика и кто является «потребителем» ее результатов. Очевидно, что родителям детей (а тем более им самим) эти результаты открывать нельзя – это может серьезно исказить и нарушить отношение к ребенку. Показатели детей в прямом виде нельзя также давать в руки педагогам. Широко известно, что оценка или характеристика того или иного ребенка со стороны психолога формируют определенную установку педагога, которая провоцирует его ожидания, отношения и его оценку ребенка. Все это сводит восприятие конкретного маленького человека к его частичной и далеко не всегда правильной оценке, что может нанести ему непоправимый вред. По видимому, результаты диагностики, выявляющие индивидуальные различия отдельных детей, могут поступать к педагогам в форме общих методических рекомендаций по работе с конкретными воспитанниками. Однако, опытный педагог, который видит своих детей и общается в ними каждый день, знает об их индивидуальных особенностях значительно лучше любых психологов и уж конечно лучше них может найти индивидуальный подход к каждому в конкретном педагогическом процессе. Здесь общие методические рекомендации вряд ли могут помочь и открыть что-то новое.

Остается еще один адресат. Это – органы управления образованием, которые контролируют и курируют работу ДОУ. Этот адресат и является главным «потребителем» диагностической продукции. В последнее время детские сады Москвы буквально захлестнул шквал проверок, смотров и ревизий. Регулярно (каждые 2-3 мес.) проверяется все и вся. Проверяются заведующие, медсестры, старшие воспитатели и просто воспитатели, специалисты по музо-, физо-, изо- и т. д. И каждому работнику нужно подготовить к проверке солидную пачку бумаги. Проверяются: нормативная база, оснащение кабинетов литературой, соблюдение техники безопасности, режим проветривания, градусники, тепловой режим, предметно-развивающая среда, дидактические материалы, информационные стенды и бесконечная документация.

Недавно в одном детском саду Москвы, где готовились к «смотру по раннему детству», я случайно

познакомилась со списком требований к каждому специалисту. Всего этот список включал около 40 (!) пунктов, в которых перечислялись необходимые к смотру документы. Особенно впечатляет список документов по проверке работы с детьми. Здесь и лист адаптации, и список детей с указанием «социального фактора семьи и наличия осложнений» и фильтр 127 форма (температура, зев, стул), и табель сроков контроля и даже эмоциональный настрой детей в группе. Причем, все это только на бумаге, поскольку проверяется не детское учреждение, не работа воспитателей, а подготовленная документация. А хорошо известно – что проверяется, то и производится. Исходя из этих требований, воспитатель должен каждый день заполнять на каждого ребенка по 7 тетрадей. Естественно, при такой писчебумажной загруженности у воспитателей и методистов просто не остается времени на их непосредственную работу – на детей. Конечно, отчетность и документация существовали всегда, но, как говорят старые дошкольные работники, такого вала, как сейчас, они не помнят. Вся энергия педагогов, вся их творческая изобретательность уходит на то, чтобы создать видимость кипучей деятельности на бумаге. При этом все – и проверяющие и проверяемые – стонут от чрезмерной нагрузки и делают все наспех, а значит формально. Многие из них признавались, что они скучают по настоящей работе с детьми, что ужасно устали от этой имитации здорового педагогического процесса, но что делать, если завтра проверка. Думаю, что не последней каплей в этой мутной волне является мода на психологическую диагностику.

В том списке документации, о котором я упоминала, слово «диагностика» встречается несколько раз. Это и «диагностическая карта» на каждого ребенка, и «диагностика по 3-4 показателям по красным датам», и диагностика музыкальных и изобразительных способностей и т. п.. Все это в ожидании проверки обязательно должны заполнять педагоги на каждого ребенка. А ведь речь идет о совсем маленьких детях – до 3 лет! По своему опыту знаю, насколько тонкое и трудное это дело – диагностика детей раннего возраста. Как трудно выбрать нужные параметры и фиксировать их! Но то, что вышестоящие инстанции требуют, педагоги обязаны выполнять. И они действительно мучительно заполняют многочисленные карты, листы, тетради. Можно представить, что они там пишут! Впрочем, это уже мало кого интересует, потому что эти тетради и папки никто не читает. Ни прочесть, ни проверить качество заполнения этой документации просто невозможно. Проверяется лишь факт наличия нужных бумаг по всем пунктам. После проверки вся эта документация с большим трудом помещается в переполненные шкафы и покоится там неопределенно долгое время.

Возвращаясь к поставленному вопросу, спросим: кому и для чего все это нужно? По-видимому, только тем, кто проверяет, т. е. органам управления, которые, в свою очередь, сами страдают от избытка проверяемых документов, но что поделать, если работа такая. Им обязательно нужны определенные, количественные доказательства эффективности работы детского учреждения вообще и психолога в особенности. И эти показатели принимают форму диагностических показателей. Все практические психологи, работающие и со взрослыми, и с детьми, знают, насколько трудно «измерить» результат своей работы, что практически невозможно предсказать ее результат и выработать объективную меру ее эффективности. Но когда диагностика превращается в средство тотального контроля, такие «показатели эффективности» становятся формой отчетности, а значит они неизбежно должны быть придуманы. Таким образом диагностика начинает диктовать цели работы – как педагогов, так и управленцев, иначе говоря становится самоцелью, что само по себе абсурдно.

Где же выход? Очевидно, что психологическая диагностика в образовании все же должна иметь свое место и играть свою роль. Но эта роль ни в коем случае не должна быть тотальной и доминирующей. Задача диагностики психического развития ребенка – выявлять причины возможных отклонений и отставаний. Поэтому она должна осуществляться только специалистами-психологами, только по запросу родителей или воспитателей и выявлять не обученность ребенка, а уровень развития наиболее важных возрастных новообразований.

Исходя из этих представлений мы (в лаборатории психологии дошкольника ПИ РАО) попытались осуществить новый, достаточно нетрадиционный подход к диагностике ребенка раннего возраста. Предметом диагностики стали не отдельные психические процессы (моторика, сенсорика, речь и пр.), а наиболее фундаментальные образования, определяющие ход целостного развития ребенка и имеющие прогностическое значение. К ним относится уровень развития общения и ведущей деятельности ребенка. В настоящее время опубликовано оригинальное пособие по диагностике психического развития ребенка от рождения до 3 лет.⁴ Предлагаемые в пособии методики позволяют не только фиксировать внешнюю картину поведения ребенка, но и выявить внутреннюю, мотивационно-потребностную сферу общения и ее соответствие возрасту ребенка. Наличие потребности и степень ее развития оценивается по определенным критериям, раз-

⁴ Е. О. Смирнова, Л. Н. Галигузова, Т. В. Ермолова, С. Ю. Мещерякова. Диагностика психического развития детей от рождения до 3 лет. М.: МГППУ, 2003. – 120 с.

работанным в научных исследованиях. Присутствие в поведении ребенка некоторых действий, соответствующих этим критериям, позволяет судить об уровне сформированности общения и деятельности.

Диагностика форм общения построена на едином методическом принципе. Ребенку предлагаются различные модели общения со взрослым, соответствующие определенным формам общения, и по определенным показателям фиксируется, насколько он принимает и предпочитает различные формы общения. Помимо общения, важнейшим показателем личностного развития ребенка является освоение им ведущей деятельности, соответствующей его возрасту. Главным при этом является не наличие определенных навыков и умений, но целостное отношение к миру, которое проявляет себя в мотивации, в интересах, в эмоциональной включенности в деятельность. Мы исходили из того, что мерой освоения деятельности является наличие активных самостоятельных действий, отступающих от стереотипа или образца, заданного взрослым. Такие действия должны содержать элементы собственного замысла, своего собственного отношения к предметам и к другим людям. Наличие таких инициативных, самостоятельных действий, охватывающих и познавательную и аффективно-волевую сферу ребенка, может свидетельствовать о действительном освоении деятельности и, следовательно, о реальном развитии целостной личности ребенка, в отличие от воспроизведения некоторых моторных или сенсорных навыков. В соответствие с этим, разработанные диагностические методики направлены на выявление активных, самостоятельных, действий ребенка - в общении и в предметной деятельности.

Таким образом, разработанный комплекс методик включает два основных направления:

1. Диагностика формы общения ребенка со взрослым (диагностика речевого развития включена в это направление, поскольку речь в раннем возрасте возникает и развивается как средство общения).

2. Диагностика развития ведущей деятельности – предметной или игровой. Поскольку познавательное развитие в раннем возрасте включено в практические действия ребенка, познавательная активность рассматривается и диагностируется как особая сторона предметной деятельности.

Отличительной особенностью всех предлагаемых методик, выявляющих уровень познавательного развития ребенка, является их включенность в общение со взрослым. Опираясь на понятие о зоне ближайшего развития, мы исходили из того, что для определения действительного уровня развития ребенка недостаточно измерить и зафиксировать его актуальные действия, необходимо выявлять и учитывать его потенциальные возможности, которые возникают и проявляются в совместной деятельности со взрослым. Степень принятия помощи и поддержки взрослого, возможность влияния взрослого на самостоятельные действия ребенка являются для нас важнейшим показателем потенциальных возможностей самого ребенка.

Мы надеемся, что данный вариант диагностики нельзя будет использовать в целях административного контроля и отчетности в детских учреждениях и что она будет служить не целью работы воспитателя и психолога, а средством психологической помощи детям и их родителям.

Ю. С. Шевченко, Ф. А. Романова

К ПРОБЛЕМЕ ГОТОВНОСТИ РЕБЕНКА К ШКОЛЬНОМУ ОБУЧЕНИЮ

Кафедра детской и подростковой психиатрии, психотерапии и медицинской психологии РМАПО (Москва).

Несмотря на различные вариации, традиционно выделяются три аспекта школьной зрелости: интеллектуальный, эмоциональный и социальный. В интеллектуальный аспект зрелости входят: зрелость перцептивных процессов (в основном восприятие); концентрация внимания; аналитическое мышление, выражающееся в способности постижения основных связей между явлениями; логическое запоминание; умение воспроизводить образец, а также развитие тонких движений руки и сенсомоторная координация. Можно сказать, что интеллектуальная зрелость в существенной мере отражает функциональное созревание структур головного мозга. Эмоциональная зрелость в основном понимается как уменьшение импульсивных реакций и возможность длительное время выполнять не очень привлекательное задание. Сюда входят развитие произвольности и волевая регуляция. К социальной зрелости относятся потребность ребенка в общении со сверстниками и умение подчинять свое поведение законам детских групп, а также способность исполнять роль ученика в ситуации школьного обучения. Другими словами, это мотивационный компонент готовности к школьному обучению.

Любой вид деятельности для своего осуществления требует определенных способностей, умений или навыков. Обучение в школе в этом смысле не является исключением. Учебная деятельность обладает спецификой, которую надо знать прежде, чем составлять диагностические комплексы для изучения готовности детей к школе. Необходимо выяснить, в чем заключаются сущностная и организационная стороны учебной деятельности, т. е. ответить на вопрос о том, какие психические процессы и личностные свойства

детей должны быть задействованы для ее реализации.

В работах Л. И. Божович (1968) и Д. Б. Эльконина (1995) содержится теоретическая проработка готовности к школе с точки зрения необходимого и достаточного низшего уровня актуального развития первоклассника. Рассматривалась психологическая готовность к школе, т. е. важным признавался мотивационный план. Были выделены две группы мотивов учения: социальные мотивы; познавательные мотивы. Школа является связующим звеном между детством и взрослостью. В аффективно-потребностной сфере поступающего в школу ребенка представлены разные мотивы учения, но какой-либо один может доминировать. Полноценная учебная мотивация должна включать и познавательные, и социальные мотивы, но индивидуальность каждого ребенка проявляется в доминировании какого-то из указанных мотивов внутри учебной деятельности. Это психологическое новообразование возникает в период криза 7 лет и представляет собой сплав двух потребностей - познавательной и потребности в общении со взрослыми на новом уровне. Именно это позволяет ребенку включиться в учебный процесс в качестве субъекта деятельности, что выражается в сознательном формировании и использовании намерений и целей т. е. произвольном поведении ученика. Произвольность занимает особое место в психологической готовности к школе. С одной стороны, произвольное поведение считается новообразованием младшего школьного возраста, развивающимся внутри учебной деятельности этого возраста, а с другой стороны - слабое развитие произвольности мешает началу обучения в школе.

К наиболее важным и значимым психогенным факторам можно отнести начало школьного обучения. При возникновении неадекватного взаимодействия на уровне систем «ребенок-учитель», «ребенок-школа», «ребенок-его психическое и физическое здоровье, личностная самооценка» усиливается риск возникновения отклонений. Профилактике подобных отклонений посвящен ряд исследовательских работ (Я. Йирасек, 1978), направленных, в первую очередь, на «адекватный», с их точки зрения, отбор детей при поступлении в школу. Главным и решающим критерием для принятия в первый класс является возраст ребенка; это эмпирически установленная возрастная граница, имеющая психологические обоснования, и ее можно считать удовлетворительной. Прежде всего, возрастным критерием опирается на готовность выполнять требования, связанные с элементарным учебным процессом и новой социальной ситуацией. При оценке категорий, входящих в понятие «готовность к школе», часто возникают трудности, обусловленные отсутствием достаточного количества методов, в связи с этим - использование нерепрезентативного набора методик. Встречается и некорректное описание некоторых методик в отечественной литературе. Часто преградой к объективной оценке является и лишь описательное содержание результатов обследования.

Вопросам раннего выявления уровней готовности ребенка к школе посвящена работа Л. А. Венгера с соавт. (1993) и Е. А. Бугрименко с соавт. (1987). Предлагаются качественные характеристики уровня развития необходимых, с точки зрения авторов, психических функций и навыков. В частности предлагаются методики для выявления способности к ориентировке в окружающем, оценки запаса знаний и выявления отношения к школе. В качестве значимых предлагается оценивать по предложенным методам уровень умственного развития и как опосредованный вариант - уровень речевого развития. Предлагаемый метод работы, по мнению авторов, позволит оценить и уровень развития образных представлений. Достаточно значимыми являются и выявляемые показатели развития микро- и макромоторики.

В истории решения этого вопроса встречаются различные точки зрения, практический опыт и научные исследования. В частности, выделяют две группы критериев: медицинские и психолого-педагогические. К медицинским относят уровень физического развития, уровень биологического развития и уровень состояния здоровья. На психолого-педагогическом уровне оценивается степень психосоциальной зрелости, предлагается использовать критерии, определяющие уровень умственной работоспособности и другие психологические тесты.

Исследовались проблемы психологической готовности к школьному обучению с учетом закономерностей психического развития и психологических особенностей сенсорного развития, мышления, внимания, воображения, памяти, речи шестилетних детей. Обращено внимание на особенности игровой, учебной, конструктивной и изобразительной деятельности детей. Е. А. Бугрименко (1992) вводит понятие «типы школьной зрелости» в отношении детей, уже начавших обучение - учеников 1 и 2 классов. Большое внимание уделено вопросам отбора детей в первый класс, для решения вопросов адекватного изложения учебного материала. Сам механизм выбора методик для обследования ребенка, процедуру проведения- обследования в процессе индивидуальной консультации обсуждают А. Л. Венгер и Н. К. Цукерман (1993).

Готовность ребенка к школе необходимо рассматривать, не только как возможность обучаться, но и развиваться в рамках современной школы. Для этого необходимо пользоваться диагностическим комплексом, который бы позволил выяснить возможности ребенка, прогнозировать его проблемы и выбрать наиболее благоприятную программу обучения, методы и уровень преподавания, а также общие режимно-организационные моменты.

ГОНОРАР ПСИХОТЕРАПЕВТА: ОПЫТ НЕМЕЦКИХ КОЛЛЕГ

ЭП Московский государственный открытый педагогический университет (г. Электросталь Московской обл.).

Вопрос платы за услуги психологического консультирования и психотерапевтического воздействия звучит сегодня как никогда актуально. Многие частнопрактикующие психологи, психотерапевты, психиатры сталкиваются с проблемой оплаты своего труда. Возможно, это вызвано устоявшейся советской традицией бесплатного образования и здравоохранения, может быть, причина в высокой эмпатийности психотерапевтов, когда сочувствие и высокие моральные устои не позволяют брать денег с малоимущих, но нуждающихся в помощи клиентов, сюда же можно отнести и клятву Гиппократова, да и просто неумение брать за свои услуги деньги – понятия врач и бизнесмен несколько различаются. Но так или иначе, психологическая и психотерапевтическая помощь являются трудом, причем трудом, требующим особой подготовки, трудом, обеспечивающим и поддерживающим психическое здоровье детей и взрослых, трудом, который нуждается в достойной оплате.

Довольно часто приходится слышать в кругах молодых психологов пресловутый финансовый вопрос: «Как и за что брать? Сколько брать? Как определить среднюю стоимость консультации? Как договариваться об оплате с семьей с низким доходом? Брать деньги вначале или в конце консультации? Что делать в случае хронической неуплаты? Возможны ли скидки для некоторых клиентов и какие? Как быть, если консультация затягивается за пределы отведенного времени и пациент никак не хочет расстаться с психологом? Если клиент внезапно прекращает посещение психолога, то следует ли ему возратить часть оплаты? и т. д. Этот ряд вопросов можно продолжать бесконечно долго и ответить на них сразу не так-то просто, т. к. раз и навсегда установленных рамок и тарифов не существует, но возможно интересно будет обратиться к опыту западных коллег (особенно психоаналитически ориентированных), ибо проблема оплаты и вообще денежный вопрос прочно входит в структуру психотерапевтического воздействия, является средством анализа отношений психолога и клиента, может служить механизмом всевозможных проекций и сопротивлений, имеет определенное диагностическое и прогностическое значение.

Мы хотели бы изложить некоторые особенности и принципы финансовых отношений между психотерапевтом и пациентом на примере современного состояния психоанализа в Германии, и, возможно, опыт и специфика подхода западных коллег к наиболее актуальным вопросам поможет нам прояснить ряд сложившихся вопросов.

1. Оплата третьей стороной. По данным Томэ и Кэхеле [3], в Германии почти все пациенты, обращающиеся за помощью к психоаналитикам, имеют медицинскую страховку; 90% германского населения являются членами обязательных страховых программ. Согласно законодательству, лицам, которые зарабатывают свыше 50 000 марок ежегодно, страховаться не обязательно, но они могут это сделать на добровольной основе. Те, кто является членом различных общественных организаций страхования здоровья, очень часто бывают официально направлены к психоаналитику своим семейным врачом и полагают, что им не придется платить. Врачу не разрешается брать с этих пациентов дополнительную мзду сверх оплаты со стороны страховой компании. Любая оплата со стороны, независимо от того платит ли страховая компания или семья пациента, создает проблемы, имеющие материальные и психологические аспекты. Признание психоанализа как действенного метода терапии душевных расстройств нашло свое отражение в том, что во многих странах компании страхового здравоохранения стали брать на себя его оплату. Это нашло свое отражение в международном употреблении такого английского термина, как «third-party payment» (оплата третьей стороной). Организация оплаты через систему страхового здравоохранения включает в себя заявление лечащего аналитика и параллельное заключение другого аналитика, который выступает от лица страховой компании. Благодаря усилиям некоторых немецких врачей, в том числе психоаналитиков, было достигнуто соглашение между больничными кассами Федерального объединения (KBV – национальная корпоративная организация врачей, которая занимается вопросами регулирования общественного страхования и оплаты медицинских услуг) и страховыми компаниями в области здравоохранения. Принятые соглашения исключали возможность манипулятивного вмешательства и делали аналитическую психотерапию доступной для застрахованных пациентов. Известно, что до 1960-х годов, следуя примеру Берлинского психоаналитического института (1920-1933), психоаналитики лечили значительную часть своих пациентов за незначительную плату, исходя из чувства социальной ответственности.

Примечательно, что застрахованный пациент не вносит оплаты сам; аналитик получает причитающийся ему гонорар в своем отделении KBV. Эти финансовые операции затрагивают денежные интересы клиента, ибо он тратит значительную часть своего заработка на страховую компанию, чтобы обеспечить себе общее медицинское обслуживание и лечение своего заболевания, цена которого превышает возмож-

ности самостоятельной оплаты для человека со средним доходом. Застрахованное лицо платит ежегодно около 5 000 марок; если у клиента возникают претензии, то он обращается не к государству, а к страховой компании. У пациента есть полное право выбирать себе врача, почти все врачи являются членами KBV. Большинство аналитиков неохотно занимается вопросом оплаты по страхованию, бытует мнение, что латентное присутствие третьей стороны, которая оплачивает лечение, влияет на ход терапевтического процесса, который классически должен быть только двухсторонним. По этой причине растет ностальгия по старым добрым временам, когда определение гонорара за услуги было личным делом каждого психоаналитика. Реально разобраться в преувеличении «доброты» старого времени помогает анализ состояния и ценовой политики психоанализа в странах, где он не предусмотрен медицинским страхованием. Например, в России (и во многих других странах) психоаналитическое лечение могут позволить себе только весьма состоятельные люди.

Оплата третьей стороной превратилась в серьезную проблему, т. к. серьезно больные, замужние женщины, подростки и дети, не имеющие высоких доходов, всегда зависимы от третьей стороны и это сказывается на процессе лечения. Самой обширной и наиболее зависимой группой являются дети и подростки. Поскольку лечение детских неврозов в момент их возникновения имеет огромное психосоциальное значение, аналитическая психотерапия детей и подростков включена в систему страхового здравоохранения.

Далее интересно будет рассмотреть тезис практически любого лечащего аналитика: «Всякая оплата третьей стороной типичным образом воздействует на ход лечения, создавая проблемы, которые не возникают, когда анализанд платит за лечение сам». Проработка оральной и альной тематики (проблемы скудости и расточительности в жизни пациента) в случае не прямой оплаты всегда более затруднительна. W. W. Kemper [4] высказал мысль о том, что прямая оплата является движущей силой психоанализа. Однако, во многих странах все еще полагаются на самопожертвование со стороны аналитиков, большая часть бремени лежит на психоаналитических институтах, проводящих амбулаторное лечение, где молодые и обучающиеся психоаналитики лечат пациентов за столь низкую плату, что она не покрывает даже их собственных расходов. Во многих местах опытные аналитики, зарабатывающие на жизнь частной практикой, выступают бесплатно как супервизоры.

Итак, контраст, существующий между ситуацией в Германии и положением в странах, где не предусмотрена система страхового финансирования, поразителен. Немецкий аналитик в настоящее время получает около 70-80 марок в час и, таким образом, имеет хотя и надежный, но ограниченный доход, особенно с учетом того, что обучение длится долго и стоит дорого.

Заслуживает внимания также тот факт, что из медицинских страховых фондов в Германии оплачивается лишь глубинно-ориентированная психотерапия, аналитическая психотерапия и поведенческая терапия.

Психоаналитическая психотерапия детей и подростков имеет свою специфику, от психотерапевта требуется исчерпывающее понимание состояния пациента. При лечении детей младшего возраста любые психоаналитические методы дополняются игровой терапией (методами Анны Фрейд, Мелани Клейн и др.). Примечательно, что длительная психоаналитическая психотерапия детей и подростков используется крайне редко. В основном ее применяют при тяжелых невротических развитиях с психическими и психосоматическими расстройствами, еще чаще - при эмоциональных расстройствах раннего возраста. При этом суггестивные методы и методы тренинга как элементы комбинированной терапии принципиально исключаются [2]. Не подлежат оплате в рамках психотерапевтических соглашений разговорная психотерапия, гештальт-терапия, логотерапия, психодрама, респираторная биологическая обратная связь, нейролингвистическое программирование, транзактный анализ.

2. Важность «промахов» пациентов. Уже при первой встрече пациента и аналитика часто возникают различного рода «неурядицы» и «промахи», за которыми могут стоять сопротивление и выгода от болезни. Как известно, сопротивление может принимать различные формы – от интеллектуального до эмоционального - и быть ярко выражено или хорошо замаскировано. В. Лейбин указывает: «Опоздания пациентов на встречу с аналитиком или их пропуски очередной сессии являются типичными проявлениями сопротивления» [1]. При этом пациенты ведут себя по-разному: одни смущаются, извиняются и избегают обсуждения причины пропуска, а другие с охотой рассказывают, придумывают различные истории, оправдываются, пытаются вызвать у аналитика сочувствие и жалость. Естественно, что за такими поступками и вполне рациональными объяснениями стоят глубинные мотивы пациентов. Часто, пропуская очередную сессию, пациент бессознательно стремится устроить себе маленькие каникулы, отдых от напряженной работы, связанной с воспоминанием неприятных обстоятельств жизни. Пациенты могут проявлять свою тревогу и беспокойство приездами раньше назначенного срока или, наоборот, опозданиями, которые могут служить интрапсихическими защитами. Зачастую увеличение частоты совершения ошибочных действий совпадает с увеличением интенсивности сопротивления, когда аналитик приблизился к причине возникновения симптома. Бывают случаи, когда пациенты проявляют забывчивость при оплате. Это может проявляться по-

разному. Пациент может вспомнить, что не заплатил за очередной сеанс в самый последний момент, как только закрыл за собой дверь кабинета. Часто пациенты возвращаются, извиняются за свою забывчивость и расплачиваются, иногда расплачиваются при следующей встрече. В любом случае, забывчивость пациента при оплате является верным признаком сопротивления. Это может означать, что:

- отношения пациента и аналитика приобрели в восприятии последнего такую окраску, которая выходит за рамки профессиональной деятельности. Возможно появление у анализируемого фантазий по отношению к аналитику, ожиданий дружбы или любви. Последние не подразумевают под собой денежных расчетов за услугу;

- пациент испытывает недовольство по поводу успешного продвижения анализа, способного затронуть истинные причины поступков;

- пациент пытается «подкупить» или «задобрить» аналитика (при забывании в кабинете кошельков или ценных вещей). В любом случае такого рода забывчивость носит стремление к манипуляции аналитиком.

Таким образом, ясно, что деньги являются не только регулятором социально-экономических отношений, но также служат важным диагностическим инструментом, отражающим состояние клиента, выявляющим его истинные скрытые мотивы. Психотерапевтическая проработка этих вопросов имеет большое значение и несет в себе определенный терапевтический эффект.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лейбин В. Психоанализ. – СПб.: Питер, 2002. - С. 389-408.
2. Психотерапия детей и подростков: Пер. с нем. / Под ред. Х. Ремшмидта. – М.: Мир, 2000. - С. 567-573.
3. Томэ Х., Кэхеле Х. Современный психоанализ. Т.1. Теория: Пер. с англ. / Общ. ред. А. В. Казанской. – М.: Прогресс-Литера, 1996. - С. 286-299.
4. Kemper WW (1950) Die Honorarfrage in der Psychotherapie. Psyche 4: 213.

Л. Ф. Кремнёва, Н. В. Римашевская

**СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ФОРМИРОВАНИЕ МАТЕРИНСКОГО ПОВЕДЕНИЯ⁵
НЦ психического здоровья РАМН (Москва).**

Актуальность исследования материнства в настоящее время не нуждается в дополнительном обосновании, т. к. влияние материнского отношения и поведения на развитие ребенка, благодаря многочисленным исследованиям в этой области, стало непреложным фактом и позволяет говорить о материнстве как о самостоятельной реальности.

В данном обзоре мы постарались показать историю вопроса и в особенности различие концепций материнства и системы «мать-дитя», не стараясь давать оценок всем исследованиям, т. к. вряд ли можно объединить биологов с психоаналитиками, психопатологов с практикующими педагогическими психологами, да и противопоставить их друг другу не менее сложно. Нашей целью было показать, сколь трудно объединение людей с разными подходами к одной проблеме и предложить читателю самому решить эту проблему.

На протяжении тысячелетий взгляд на детей и материнство был очень различным. Детей бросали на произвол судьбы, продавали в рабство, закладывали как вещь, убивали [118]. Некоторые племена придавали ребенку символический смысл: муж считался чужим до тех пор, пока не родился первый ребенок [14]. В Древней Греции и в Древнем Риме ребенок часто рассматривался лишь как нежелательный результат половых отношений. В этот период было широко распространено детоубийство (инфантицид), не осуждаемое общественностью и не наказуемое по закону, а по свидетельству российского историка Н. М. Карамзина, у языческих славян мать имела право умертвить новорожденную дочь, когда семья была слишком многочисленной [118]. Лишь с распространением христианства постепенно стало меняться отношение к детям. В IV веке инфантицид был объявлен преступлением. В последующем преобладали различные взгляды на детей и их воспитание: от рассмотрения детей как источника рабочей силы и социальной опоры для родителей в будущем [4] до мнения, что ребенок сначала принадлежит государству и лишь затем родителям [118].

Изменения семейных отношений в Западной Европе серьезно меняли поколенческие взаимосвязи. В буржуазном обществе возник новый тип семьи, когда ребенок рассматривался не только как рабочая сила и своеобразное социальное страхование в старости, но и как факт, придающий браку особую общественную значимость и повышающий статус супругов. К XX в. семья становится детоцентристской: если раньше супруга должна была заботиться о доме и муже, то теперь главной заботой женщины в семье стал ребенок [118].

В России в XIX веке отношение к детям и характер воспитания очень разнились в зависимости от социальной принадлежности родителей [37, 4, 72]. В конце XIX века в России начали громко звучать призывы к легализации абортов [82]. Вновь отчетливо проявились позиции, враждебные «детоцентризму» [104, 56, 4] и функции воспитания, причем с младенческого возраста, были переданы в руки специалистов [4, 104]. Всю ответственность за детей взяло на себя государство [37, 4]. В связи с этим изменилось представление о ребенке и о материнской роли. Ребенок расценивался как докучливое, ненужное создание, которое старались «отодвинуть» даже чисто физически, стремились минимизировать физический контакт с ним [104], делая воспитание ребенка подобным технологическому процессу [104, 106]. Скрытый инфантицид и отказ от ребенка стали достаточно обычным явлением.

«Материнский инстинкт» - понятие многозначное и расплывчатое [69]. При анализе сравнительных биопсихологических исследований, т. е. сравнительных исследований материнства у животных и у человека, обсуждаются представления о «материнском инстинкте». Подчеркивается, что само понятие «инстинкт», а тем более «материнский инстинкт» недостаточно определено. По существующим в настоящее время представлениям, инстинкт, по определению этологов, - это набор адаптивных реакций, запрограммированных нервной системой как часть ее наследственной конституции, которая оказывается «готовой» к проявлению при первой же необходимости в ней. Это создает явные преимущества только для животных с коротким сроком жизни или лишенных родительской заботы [67]. А человек принадлежит к особям с длинным сроком жизни и длительным детством, т. е. длительным обучением, что позволяет ему изменяться при столкновении с изменившимися обстоятельствами и является несомненным преимуществом. По данным Э. Бадинтер [цит. по 104], «материнский инстинкт» является мифом, а материнская любовь - это понятие, которое не просто эволюционирует, но наполняется в разные периоды истории различным содержанием. Женщина становится лучшей или худшей матерью в зависимости от того, ценится или обесце-

⁵ Начало. Окончание в следующем №.

нивается в обществе материнство [104, 106, 103, 153].

В то же время М. Мид [69] подчеркивает, что женщины по самой своей природе являются матерями и что только сложные социальные установки могут полностью подавить желание заботиться о своем ребенке. В этой связи предметом исследования становятся вопросы: каковы природные основы материнства, как возникает и развивается желание женщины заботиться о ребенке и любить его, каковы пути возникновения столь разного культурного и индивидуального содержания материнства [103, 128, 101]?

Материнство рассматривается как составляющая репродуктивной потребностно-мотивационной сферы, оформляющаяся в эволюции в самостоятельную конкретную потребностно-мотивационную сферу у млекопитающих [103, 101]. Г. Г. Филиппова [103] отмечает следующие особенности развития материнской сферы у человека: прижизненное формирование потребностных состояний, предметов потребностей и способов их удовлетворения. Развитие материнской потребностно-мотивационной сферы осуществляется в онтогенезе поэтапно, а реализация этой функциональной сферы (удовлетворение сформированных потребностей матери во взаимодействии с ребенком) происходит только при возникновении системы психического взаимодействия матери с ребенком. Это означает, что в процессе жизни все содержание материнской сферы подвержено множественным воздействиям и каждый раз этот путь будет строго индивидуальным [103].

В современной литературе материнство рассматривается с точки зрения удовлетворенности женщины своей материнской ролью как части ее личностной сферы [106, 154, 153], а также, с точки зрения обеспечения условий для развития ребенка, – как субъекта познавательной активности, общения, самосознания [63, 66, 1, 57, 85, 13].

Получил широкое распространение взгляд на мать и ребенка как составляющих единую диадическую систему и только в рамках этой системы приобретающих статус «матери» и «ребенка» [103]. Автор [103] говорит об исчезновении вследствие этого в научном анализе матери и ребенка как самостоятельных субъектов, в то время как необходимо обращение к их исследованию именно в таком качестве.

Этологическим подходом к развитию ребенка считали теорию привязанности сами авторы этой теории [121, 125, 24]. Привязанность обеспечивает защиту от неблагоприятных воздействий среды и гарантирует физическую безопасность для ребенка. При этом основой привязанности является не содержание взаимодействия, а эмоционально-личностное отношение взрослого [125]. Потребность ребенка в контакте с матерью реализуется через филогенетически закрепленные, адаптивные механизмы. В младенце заложены определенные формы поведения, способные заставить окружающих заботиться о нем. Эти формы носят адаптивный характер, т. к. обеспечивают заботу, необходимую для выживания [93, 94, 38]. Начиная с рождения, младенец различает сложные сигналы, подаваемые человеком, прежде всего матерью, предпочитая их другим сигналам окружающей среды. Он имитирует человека, т. е. появляется на свет со способностями устанавливать взаимоотношения с другими людьми [73, 95, 151, 94]. Поведение матери при взаимодействии с младенцем заметно меняется и носит название «вызванного младенцем социального поведения» [D. N. Stern, 1977, цит. по 73, 151]. Оно является комплементарным врожденному репертуару поведения младенца [73, 151, 80, 70]. Мать и младенец научаются читать сигналы начала и окончания взаимодействия партнера, соблюдают очередность взаимодействия [127, 129, 80, 73, 151, 70]. Существующие у ребенка врожденные программы имитации реализуются во взаимодействиях его с матерью. Во время общения происходит несколько циклов «обоюдодоподкрепляемого» взаимодействия: ребенок имитирует мать, имитирующую ребенка [95, 151, 80].

Г. Г. Филиппова [104] рассматривает психологические аспекты материнства по критерию периода материнства, соотносимого с возрастом ребенка. Так, при анализе беременности как условия развития ребенка учитываются: психическое состояние женщины во время беременности, прогноз стиля отношения матери к ребенку, компетентность матери в эмоциональном взаимодействии с будущим ребенком. Кроме того, автор анализирует литературу, освящающую вопросы успешности адаптации к материнству с учетом разнообразных факторов: личностных особенностей, модели материнства своей матери, семейных особенностей, истории жизни и т. д. с указанием факторов риска формирования оптимальной готовности к материнству и материнско-детского взаимодействия.

В целом нужно отметить резкий подъем внимания за последние годы к внутриутробному периоду развития ребенка [11, 12, 83, 88, 91, 109, 139 и др.]. Общепринятым становится термин «еще не родившийся младенец». Возможности ультразвукового обследования и более продуманные схемы экспериментов в течение последних 10-15 л. позволили получить новые факты о внутриутробной жизни плода, которые перевернули традиционные представления в области эволюционной психологии и медицины. Исследования показали, что в отличие от ранее существовавших представлений ребенок до рождения обладает сознанием. Он реагирует на условия окружающей среды, выражает свои чувства и ощущает любовь и опасность [86, 88, 91, 109, 114, 134, 135]. Ультразвуковые обследования на 20 неделе беременности выявили наличие социальных взаимоотношений между близнецами в матке [Е. А. Сергиенко, Т. Б. Рязанова, Г. А. Вилен-

ская и др. Развитие близнецов и особенности их воспитания. М. 1996, цит. по [12], которые выражались в виде ударов, толчков ногами и играх.

В ходе ряда экспериментов было показано, каким образом тесное взаимодействие «еще не рожденных младенцев» с родителями проявляется в формировании вкуса и предпочтений в отношении обучения музыке, чтения прозы, стихов и восприятия звуков родного языка матери [91, 88, 86]. Выявлено, что внутриутробные младенцы замечают и проявляют интерес к окружающей среде. Их чувства выражаются языком тела: в резких изменениях дыхательных движений, агрессивном поведении или отступлении [114, 88]. Находясь в утробе матери, они, по-видимому, остро ощущают то, что их матери (и отцы) говорят и делают. Создается ощущение, что младенцы знают, желанны они или нет, т. е. обладают активной и восприимчивой психикой [114, 109, 88, 136, 86].

Известный психиатр С. Гроф [32] и другие исследователи [11, 86, 109, 137, 138, 139] предполагают, что еще не рожденный ребенок воспринимает такие затруднения во время беременности как хроническая тревожность, напряженность и эмоциональный стресс и эти пренатальные впечатления переходят на уровень его подсознания.

Некоторые исследователи полагают, что память о событиях беременности и рождения существует в виде отдельных блоков информации. Чаще всего выделяют четыре базовые перинатальные матрицы (БПМ). Первая матрица формируется в конце беременности, вторая – в первом периоде родов во время раскрытия шейки матки, третья – во втором периоде родов, при прохождении плода по родовым путям, четвертая – в момент рождения ребенка [32, 100].

Все во внутриутробной жизни находится во взаимодействии. Когда мать принимает пищу, спит, выполняет физические упражнения, в этом участвует и ее плод и у них формируются тесные, эмоционально окрашенные отношения. Если мать испытывает отрицательные эмоции – плод испытывает те же чувства, поскольку, пока он находится в матке, секретов между ним и матерью не существует [91, 109, 88, 136, 138, 86, 83, 155]. Внутриутробные впечатления, по мнению некоторых авторов, надолго запоминаются [109]. Так, пренатальное запоминание музыкальных мелодий и звуков языка было подтверждено различными поведенческими реакциями сразу после рождения [91, 88, 86].

Пренатальная стадия жизни является первой экологической позицией человеческого существования, где мы находимся в плодотворном диалоге с нашими матерями и их биологическим и социальным окружением [88, 91, 109]. Нет периода в жизни индивидуума более уникального и критического в детерминации состояния будущего здоровья и склонности к болезням, чем пренатальный период [11, 86, 109, 122, 137, 142]. Многочисленные эпидемиологические, экспериментальные и клинические исследования показывают, что программа физического и психического здоровья индивидуума создается и редактируется на самых ранних стадиях развития и что повреждения в этот период могут драматически повлиять на качество жизни в постнатальном периоде [83, 109, 142].

Необходимо признать печальный факт, что в настоящее время зародившаяся жизнь в подавляющем большинстве случаев изначально находится в неблагоприятных для своего гармоничного роста условиях. Так, по мнению авторов [110], до 80% неврологических нарушений у детей и подростков своими этиологическими корнями уходят в прогенез и ранний антенатальный период. Было показано также, что развитие ряда соматических заболеваний во взрослом состоянии (заболеваний сердца, гипертонии, нарушения толерантности к глюкозе) обязано тем нарушениям, которые возникают в период антенатального развития [Barker, 1993, цит. по 83].

Человеческое развитие начинается с принятия решения о зачатии новой жизни. Однако на практике очень часто беременность возникает совершенно неожиданно, и в нашей культуре этот факт переживается очень индивидуально. На первом этапе основные переживания связаны с необходимостью принятия решения о сохранении или искусственном прерывании беременности [55]. Внутренняя картина беременности [26], ощущения от беременности во многом зависят от того, желанен ли будущий ребенок. Они более приятные, если женщина воспринимает беременность с радостью, а при наиболее девиантном варианте материнского поведения (эмоционально отвергающем) характерен игнорирующий тип переживания беременности. Психологическая неготовность к материнству приводит не только к резким отклонениям в содержании переживаний женщины, но и к более глубинным сдвигам, в том числе на психосоматическом уровне [105].

Трудно переоценить значение отношения матери к ребенку начиная с этапа беременности. В литературе много данных, свидетельствующих о специфике развития желанного и нежеланного ребенка, т. е. настрой на будущего ребенка формируется рано и накладывает отпечаток на его последующее развитие [12, 55, 87, 109, 123, 137].

Авторы, изучавшие истоки отклоняющегося материнского поведения [20, 21, 107] пришли к выводу, что природа будущего материнского поведения зависит от опыта взаимодействия с собственной матерью в детстве, от того, как мать относилась к собственной беременности и родам, насколько удалось решить

проблему сепарации от родительской семьи и построить собственную идентичность. На протяжении беременности будущая мать, ее сознание и самосознание имеют уникальные возможности для личностного роста. Первая беременность – переход от дочернего состояния к материнству – оживляет латентные конфликты предыдущих этапов развития. Если беременная не решила задачу окончательной сепарации от матери и построения собственной женской идентичности, если она все еще вовлечена в эмоциональные процессы родительской семьи, то для нее будут характерны девиантные стили переживания беременности. Если в детстве девочка отвергалась своей матерью то эта материнская депривация не даст ей возможность осуществить естественный процесс идентификации с матерью как на уровне психологического пола, так и на уровне формирования материнской роли. Для такой женщины весьма вероятно отвергающее поведение с младенцем, причем при повторной беременности и родах ситуация существенно не меняется.

По некоторым данным [83], первая беременность также может считаться фактором риска неправильного материнского поведения, в частности из-за возможности развития «blues» – транзиторного синдрома невротической депрессии [I. D. Yalot, 1968, цит. по 83]. Такое же значение придается депрессии в последней трети беременности [83].

В ряде работ показано [24, 83], что различные виды психогений (психоэмоциональная напряженность, неврозы), а также психопатии встречаются в 30-60% случаев осложненного материнства. Психогении ведут к многочисленным осложнениям в течение беременности и родов вплоть до повышения в 1,5-2 раза уровня перинатальной смертности [Э. М. Кострубина, В. В. Четвертакова, Соколова, Левина, 1988; В. Н. Прохорова, 1995; А. И. Захаров, 1994, цит. по 24]. Психологический стресс во время беременности нарушает формирование гестационной и родовой доминант, что порождает целый комплекс перинатальных проблем [11, 71], требующих серьезного внимания и углубленного исследования психологической сферы беременной.

Беременность часто сопровождается изменениями в психоэмоциональной сфере женщин в виде эмоциональной лабильности, психической напряженности и невротических реакций [М. А. Кочнева, 1990, цит. по 33, 150]. Некоторые авторы полагают [Э. К. Айламазян, 1993; М. А. Кочнева, 1990, цит. по 33], что воздействие беременности на психику женщин столь значительно, что порой ситуацию можно рассматривать как критическую. С. А. Данилов, Н. П. Лапочкина [33] выявили, что синдром психоэмоционального напряжения наблюдается у всех беременных, но при угрозе ее прерывания в первом триместре степень его выраженности достоверно выше. Все беременные, в том числе с физиологическим течением беременности, нуждаются в психотерапевтической помощи. Чувство страха перед предстоящими родами, особенно если предыдущие закончились потерей ребенка, достаточно часто бывает столь выраженным, что тормозит естественную подготовку организма к родам [11, 150].

В последние годы внимание исследователей было привлечено к проблеме девиантного материнства [18, 17, 23, 112, 22, 19, 21, 20]. Подчеркивается негативное влияние на здоровье и развитие ребенка вынашивания нежеланной беременности, даже если воспитание ребенка осуществляет не биологическая мать [17]. Рассматриваются поводы и причины отказов от новорожденных их матерей [17], приводятся результаты психологических исследований женщин-«отказниц» [21, 20], среди которых многие – с выраженными личностными нарушениями. Подробно рассматривается психологическое состояние будущих «отказниц» во время беременности [21, 20] с формированием различного рода защит, указывается на необходимость дальнейшего изучения ценностно-смысловой и мотивационных сфер материнства и разработки адекватных методов профилактики девиантного поведения.

Однако и женщины, не потенциальные «отказницы», по-разному относятся к беременности. Описываются [55] три наиболее общих взгляда на беременность, отражающих ее личностный смысл для женщины [84, 96, 62]. Чаще всего обращение к материнству является новым способом осмысления себя, попыткой самореализации, удовлетворения важнейших потребностей. В других случаях беременность осознается как тупик, препятствие, причина разрушения планов, а ее сохранение – как вынужденное, мотивированное страхом осуждения значимыми людьми или страхом возможных осложнений после аборта. Третий вариант – уход от осознания беременности, своеобразное игнорирование, смирение перед фактом [55, 156]. Достаточно часто и к моменту родов не происходит перестройки иерархии мотивов, и у женщин имеется ярко выраженное желание отсрочить момент появления ребенка и собственного материнства.

В то же время у некоторых женщин уже во втором триместре беременности обнаруживается усиление мотива, связанного с материнством, который становится ведущим. У будущей матери возникает особое психологическое состояние, так называемая готовность к материнству, благодаря которой она в дальнейшем способна удовлетворить важнейшие психологические потребности младенца в безопасности, в поддержании интереса к внешнему миру и в любви [55]. При этом, по мере увеличения срока беременности, становится все более аморфным образ ребенка (он как бы омолаживается в представлении женщины). Эмоционально насыщается и конкретизируется образ реальной домашней ситуации после родов. В пове-

денческом плане возникает особая сенситивность при взаимодействии с плодом. Эти составляющие готовности к материнству претерпевают определенную динамику и достаточно строго соотносятся со сроком беременности. С. Ю. Мещеряковой [68] получено экспериментальное подтверждение представления о формировании психологической готовности женщины к материнству, которая рассматривалась автором как специфическое личностное образование, стержневой образующей которого является субъект-объектная ориентация в отношении к еще не родившемуся ребенку. Результаты исследования автора свидетельствуют о том, что это отношение проецируется после рождения ребенка в реальное материнское поведение и определяет его эффективность. Автор исходит из представления, что мотивационная основа материнского поведения формируется на протяжении всей жизни и вычленяет наиболее существенные факторы, влияющие на формирование материнского поведения: а) особенности коммуникативного опыта женщины в ее раннем детстве, б) переживания женщиной отношения к еще не родившемуся ребенку на этапе беременности и в) установки женщины на стратегию воспитания ребенка [68].

Интерес к особенностям материнства в младенчестве и раннем возрасте возник в русле двух направлений: при изучении роли матери в образовании ранних личностных структур ребенка и в практических исследованиях, связанных с нарушением психического развития ребенка [104, 140]. Разработано представление о «хорошей» и «плохой» матери [159, 140]. Мать рассматривается как «среда» для ребенка [85], а ребенок как «объект» для матери. Объектом исследования выступает диада «мать-дитя» [112, 38, 74, 88]. Анализируются качества матери, необходимые для создания оптимальных условий развития ребенка [85, 148, 157, 119, 145, 13], отношение к ребенку как к субъекту, поддержка его инициативы в общении и исследовательской активности и др. [140, 92, 68, 87].

Относительно раннего возраста разработано представление о том, что критерием оценки успешности материнства является общее эмоциональное благополучие ребенка [13, 85, 87, 102, 140]. Так, в работе Г. В. Скобло и О. Ю. Дубовик [92] высказывается мысль, что искажение материнско-детских взаимоотношений может оказаться пусковым или осложняющим фактором психопатологических расстройств, возникающих непосредственно в самом раннем детстве, и предрасполагающим фактором психических отклонений в более старших возрастах.

Выделены факторы, вызывающие нарушения поведения матери в системе «мать-дитя» и, как следствие, искажения в поведении ребенка по отношению к матери [92]. Ярким примером нарушенного материнского поведения могут служить женщины из группы риска по отказу от своих детей [17, 112], которые из опасения негативного к себе отношения со стороны общества вынужденно их воспитывают. В результате, на биологические последствия нежелательной беременности накладывается психогенное отношение матери к такому ребенку [18, 41, 86, 123].

Однако следует подчеркнуть, что некоторые женщины, воспринимающиеся обществом как благополучные матери, используют неизвестные воспитательные стратегии, руководствуются неизвестными мотивациями при воспитании маленьких детей [41]. В дошкольном же и младшем школьном возрасте, когда резко возрастает число обращений к психоневрологу по поводу состояния здоровья детей, выявляется, что отклонения в их психическом здоровье часто связаны с нарушениями материнского поведения, причем с младенческого возраста детей [41, 42, 54]. В то же время, по утверждению К. Юнга, «нервные и психические нарушения у детей вплоть до среднего школьного возраста основаны... исключительно на нарушениях психической сферы родителей» [2].

По мнению австрийского исследователя W. Burian, 1994 [цит. по 59], нарушения материнско-детских отношений являются причиной алекситимии. Причем, автор считает ее одним из истоков формирования наркоманий в подростковом возрасте, а Е. Джелинек [цит. по 153] полагает ее существенным фактором возникновения не только наркомании, но и алкоголизма. Кроме того, еще З. Фрейд причины истерии усматривал в том, что эмоции, порождаемые патологическими ситуациями, не получая нормальной разрядки, проявляются в соматических симптомах - «истерической конверсии». Эта идея З. Фрейда стала основополагающей в психосоматических концепциях Ф. Александера и др. [цит. по 59].

Касаясь вопросов психотерапевтической коррекции нарушений системы «мать-дитя», авторы подчеркивают значимость пренатального периода в этой связи. Ряд исследователей с сожалением констатирует, что не для всех еще является очевидным тот факт, что пренатальный этап – это один из периодов жизни и что ранняя профилактика начинается с пренатального периода [5, 6, 50, 91, 109]. Необходимо также избегать перинатальных травм, как физических, так и психических [5, 6, 11, 77]. Между тем, пагубность последних трудно переоценить, т. к. в России потери плодов и новорожденных в первые 7 дней жизни равны потерям в возрасте от 8 до 21 года включительно. В структуре трудовых потерь общества перинатальные причины занимают после несчастных случаев второе место, превосходя по значимости потери от сердечно-сосудистых и онкозаболеваний» [Парламентские слушания, посвященные проблемам охраны здоровья детей, А. А. Баранов, цит. по 30].

В то же время, психическое состояние беременных женщин внушает тревогу [16]. В. В. Абрамченко, 1973 [цит. по 37], обследовав 700 беременных, выявила нарушения психического состояния у 70% женщин. И следует подчеркнуть, что психический стресс во время беременности нарушает формирование гестационной и родовой доминант [11] и это порождает целый комплекс перинатальных проблем [11, 50].

Акушеры-гинекологи обратили внимание на то, что некоторые женщины, поступая в роддом, ощущают себя абсолютно больными [108]. И, соответственно, самое распространенное осложнение родового процесса – слабость родовых сил – имеет, по их мнению, в большей степени психологический механизм [108, 150]. Подавление бессознательных регуляторных механизмов женщин ведет к уменьшению их личной роли на всех этапах родов, делегированию персоналу ответственности за процесс родоразрешения [108]. Акушер и пациентка попали в «ножницы», когда партнерские отношения, так необходимые для естественного родоразрешения, не складываются. Это побудило акушеров-гинекологов г. Тольятти обратиться за помощью к психотерапевтам. С 1997 г. на базе родильного дома проводится индивидуальная интегративная личностно-ориентированная психотерапия. Работа проводится с беременными и роженицами с применением всех существующих в настоящее время психотехник в рамках метода Б. Д. Карвасарского, соответствующих уникальности каждой личности и особенностей способов реагирования [108]. Другие авторы при психотерапевтическом воздействии на беременных используют лишь некоторые методы, к примеру, музыкальную терапию (в том числе и во время родов) [58]. Помимо музыкального воздействия, используются: пение, рисование, чтение стихов и прозы, лепка, танцы, плавание в бассейне, баня и др. [49]. В первом и втором периодах родов у женщин, страдающих пороками сердца, используются методики релаксации (аутотренинг, нервно-мышечная релаксация, визуализация, дыхательная гимнастика, самомассаж, музыка). Проводится групповая психотерапия, групповая аутогенная тренировка с элементами внушения для беременных с выраженными невротическими реакциями; индивидуальная психотерапия беременных со сформировавшимися реакциями страха перед родами. В последнем случае врач-психотерапевт участвует в родах. [97].

Новацией в психофизической подготовке к родам является применение прерывистой нормобарической гипокситерапии (ПНГ) на разных сроках беременности [115, 116]. О. С. Васильева и Е. В. Могилевская [25] констатируют, что в конкретных науках замечен сдвиг интереса от младенчества (пик этого интереса пришелся на 70-е годы) к внутриутробной жизни. Авторы проводят групповую работу с беременными, которая служит целям как подготовки к родам, так и формирования оптимального родительства. В процессе работы у женщин прослеживается динамика отношения к ребенку от полной слитности с ним («моя беременность») до восприятия его как отдельного существа, наделенного собственной субъективностью («я мать этого ребенка»). Существует взгляд, что сформированная «материнская пренатальная привязанность» (в третьем триместре) коррелирует с «постнатальной материнской вовлеченностью», правильным материнским поведением и может служить важным диагностическим инструментом [149]. По данным ряда других авторов, в рамках подготовки беременных к родам широко применяются когнитивно-бихевиоральная психотерапия, гипноз, самогипноз и аутогенная тренировка [120, 126, 131, 146].

Исследования в области психотерапевтической коррекции нарушений в системе «мать-дитя» немногочисленны. Н. Б. Кедрова [48] описала свой опыт работы с тревожными мамами младенцев, ориентирующихся на образ «идеальной матери» и поэтому поглощенными чувством отдельности от ребенка, отгороженности от него, непонимания его желаний.

И. Ю. Хамитова [107] проводит, начиная с этапа беременности, глубинную психотерапию, направленную на окончательную сепарацию женщины от своей собственной матери и построение собственной идентичности, т. к. исходит из теоретического положения о том, что природа будущего материнского поведения зависит от опыта взаимодействия с собственной матерью в детстве, от того как ее мать относилась к своей беременности, родам и младенцу. Эти отношения и этот опыт как бы копируются [144] и могут привести к психологической неготовности к материнству.

Видимо, отчасти как отражение недостатков в технологии работы с беременными в последнее время появляются публикации, где утверждается, что необходимо «возрождение домашних родов, но с привлечением акушеров и семейных врачей, имеющих опыт психолога» [76]. Другие авторы вообще советуют женщинам «постараться убежать от докторов» [76, 89], т. к. иначе женщина с самого начала беременности автоматически попадает в категорию нездоровых и «начинается сошествие современной Мадонны в ад, медицинский ад» [76], поскольку врачей учат патологии и они применяют свои знания в поиске симптоматики заболевания, и начинается морока чуть ли не с еженедельными сериями анализов; ищут явные признаки заболевания, пытаются его лечить. Это передается и наблюдаемой женщине. Она начинает считать себя больной [76]. «Патология есть, но ее слишком мало для того, чтобы всех остальных пропускать через жуткий конвейер болезни, имя которой – беременность», полагает автор [76]. Завершающим в образе «беременность-нездоровье», по мнению авторов, является то, что женщину убеждают, будто бы без медицинского участия в родах ей не

обойтись [89]. Широкое распространение получили «подпольные клубы», предлагающие проведение родов на дому [78]. Предлагается [89] развивать экстренную медицинскую помощь, чтобы в случае возникновения осложнений в течении домашних родов врачи могли быстро оказать помощь. И только этим, по мнению автора, должно ограничиваться вмешательство медицины в течение беременности и родов [89].

Однако, ряд исследователей [35, 64] отмечает рост заболеваемости в последние годы среди беременных женщин, осложнений в родах, рост уровня младенческой смертности, а также увеличение числа новорожденных с врожденными аномалиями, инфекционными заболеваниями внутриутробного происхождения, внутриутробными гипотрофиями. Отвечая на вопрос о том, как можно снизить смертность рожениц и родильниц, А. И. Воробьев [47] полагает, что прежде всего нужно восстановить разрушенное советское здравоохранение в его профилактической составляющей. «Женщины не должны ходить с токсикозом беременности – патронаж должен их выявлять». Маленькие роддома не должны существовать отдельно, они должны быть подключены к крупным стационарам, которые имеют возможности для борьбы с тяжелыми кровопотерями. Если у женщины наблюдается неблагополучие во время беременности, нужно заготавливать ее собственную плазму и хранить на случай неприятностей, т. к. основная причина гибели рожениц от кровотечения в родах состоит в переливании цельной крови [47].

В то же время нельзя не согласиться с тем, что современная акушерская помощь, создавая оптимальные медицинские условия для женщин и детей, делает это чаще всего в ущерб психологическому состоянию матерей [83]. По данным L. Liez, 1991 [цит. по 83], отмечается высокая корреляция между сниженным настроением рожениц в первую неделю после родов и переживанием недостатка внимания со стороны «слишком занятого персонала». Отмечено значительное ухудшение настроения у женщин, разлученных с новорожденными из-за необходимости обсервации или перевода в детскую больницу [83].

В целом, необходимы повышение компетентности врачей и среднего медперсонала в вопросах профессиональных коммуникативных навыков, основанных на принципах неспецифического и психотерапевтического подхода [156], учет значимости первичных эмпатических взаимоотношений матери и ребенка [35]. В рамках Федеральной целевой программы «Безопасное материнство», основанной на внедрении современных перинатальных технологий, рекомендуется на базе женских консультаций организовать кабинеты психотерапевтов (медицинских психологов) прежде всего для работы с беременными (в т. ч. идущими на аборт). Рекомендуется также вводить должности социальных работников для работы с женщинами группы риска. Подготовлен проект приказа Минздрава России «О совершенствовании акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических условиях» [29].

Ростки новой технологии работы с беременными в разных регионах России уже приносят плоды. Если в Москве открываются специальные центры, то в регионах работа проводится в основном на базе женских консультаций и родильных домов. В их работе принимают участие педиатры, акушеры-гинекологи, методисты лечебной физкультуры, перинатологи [7, 58 и др.]. На всех этапах проводится просвещение матери, психокоррекция, освобождение от страха перед родами, формирование доминанты на грудное вскармливание, подготовка матери к идее продолжительного вскармливания грудью [7, 58]. В настоящее время в Москве работают 39 центров по подготовке к родам, где сотрудничают педагоги, психологи, акушеры-гинекологи, педиатры [44]. Еще функционируют около 30 центров, где работают случайные люди, где методики подготовки складываются на основе интуитивного представления о роли разного рода воздействия на беременных или даже на основе своего личного опыта в родах [44, 45].

Назрела необходимость теоретического решения вопроса о содержании подготовки женщины к родам. Психологическая готовность к родам предполагает: представление о содержании предстоящих событий - информационная готовность (я знаю); операционно-техническая готовность (я умею); личностная готовность (я понимаю, что для меня значит то или иное действие; я знаю, чего я хочу и для чего мне это нужно) [44]. Авторы утверждают, что отсутствие гармонии в смысловой сфере человека приводит к недостаточной эффективности обучающего воздействия. Так, при обучении беременных поведению в родах будет низкая эффективность подготовки, если принимаемая женщиной новая ценность (ребенок) не заняла еще устойчивого места в ценностной структуре ее личности или вступила в противоречие с доминирующими ценностями личности. В этом случае, несмотря на «подготовленность», в реальной ситуации родов женщина будет вести себя не в соответствии с нуждами ребенка, а в большей степени будет ориентироваться на себя, собственные актуальные потребности (избавиться от боли, поскорее завершить родовой процесс, избежать тяжелые физические нагрузки и т. д.).

Становится понятным, что центральным направлением работы с беременной должна стать помощь в перестройке и гармонизации ее личностной структуры, т. е. работа по достижению личностной готовности к родам. Начинать необходимо с обсуждения вопросов мотивации родительства, выяснения того, что будет значить для женщины родившийся ребенок, какое место он займет в ее жизни. Только после осуществления такой работы можно надеяться, что полученные ею в ходе подготовки конкретные умения будут реализова-

ны в процессе родоразрешения. Содержание работы по достижению личностной готовности к родам во многом совпадает с теми шагами, которые необходимо предпринять для решения более общей задачи – подготовки будущей матери к родительству. Наблюдаются те же закономерности: овладение конкретными способами ухода за ребенком, взаимо-действия с ним. Метод воспитания не может осуществляться в отрыве от решения вопросов о месте ребенка в жизни женщины и содержании изменений в ее жизненном укладе. Все будет зависеть от того, какое место займет ценность «ребенок» в иерархической структуре ее личности. Поэтому и подготовка к родительству должна начинаться с обеспечения тех личностных изменений, которые и происходят с женщиной в связи с рождением ребенка [44, 45]. Тождественность содержания психологической работы в случае подготовки женщины к родам и подготовки к материнству в целом позволяет рассматривать первое в качестве составной части второго, а подготовка к родительству беременной создает условия наиболее эффективного присвоения ею конкретных приемов родовой активности [44, 45].

Ряд авторов [3], подводя анализ деятельности пренатальных центров г. Москвы, говорит о наличии трех уровней мотивации, побуждающих женщин посещать занятия по пренатальному воспитанию и подготовки к родам: первый уровень – функциональный (потребность в получении информации, в овладении навыками и умениями), второй уровень – эмоционально-оценочный (потребность в решении психологических проблем и улучшения своего эмоционального состояния, получении психологической и социальной поддержки), третий – личностно-смысловой уровень – осознанная забота о благополучии будущего ребенка, включающая в себя мотивацию первого и второго уровней. Авторы констатируют, что собственно психологический запрос – запрос на пренатальное воспитание в первичном смысле этого слова практически не сформирован [3]. Программы различных пренатальных центров строятся в соответствии с выделенными уровнями мотивации [3].

В то же время, необходимость дальнейшего усовершенствования уже сформировавшейся собственной методологии пренатального воспитания авторы не ставят под сомнение. Н. А. Чичерина [117] говорит о скорейшем рассмотрении условий лицензирования служб по подготовке к родам, аттестации специалистов-смежников по данной дисциплине, создания межотраслевых объединенных Ученых советов для защиты кандидатских и докторских диссертаций. Е. Б. Айвазян с соавт. [3] указывает на необходимость решения проблемы подготовки пренатальных инструкторов, а М. А. Шалимова [111] говорит об уже проводящемся обучении акушерок по подготовке беременных к родам с привлечением к обучению перинатальных психологов и целесообразности введения в последипломное образование специализации акушерок по психопрофилактической подготовке беременных к родам с выдачей сертификата. Ставится вопрос об углубленной подготовке клинических психологов для работы в перинатальных центрах [31].

Причину возросшей заболеваемости детей исследователи видят, не умаляя значения генетических и социальных факторов [117], в необразованности родителей в вопросах ухода за малышом, его воспитания, грудного вскармливания, плохой психологической и физиологической подготовленности к родам [11], нерешенных проблемах со здоровьем у родителей до зачатия ребенка и даже конфликтных ситуациях в семье. Указывается, что в нашей стране за последние десятилетия прошлого века сформировалась собственная методология пренатального воспитания, укоренилась дефиниция этого понятия [117].

Наличие биохимических связей между матерью и внутриутробным малышом, сенсорных и ментальных типов информации, посылаемых матерью и ее окружением плоду – оказывает качественное влияние на центральную нервную систему плода [11, 12, 88, 91, 109]. История пренатального обучения и отношения к беременной женщине насчитывает уже несколько тысяч лет [109]. У китайцев существовали «Центры покоя», где будущих матерей привлекали к пешим прогулкам вдоль берегов рек, помогая тем самым сохранить в душе мир и безмятежность. В Японии практиковалась методика «Тай-Кио», в соответствии с которой женщины находились в местах, аналогичных «Центрам покоя». Хотя эти идеи не так редко встречались в мире, сейчас они воспринимаются как революционные. Физиологи проявляют большой интерес к изучению жизни внутри матки и ее последующем влиянии на человека. Уже замерены интенсивность звука, который слышит плод, фильтрующий эффект жидкости внутриплодного пузыря и ряд других показателей. На основании полученных результатов стала формироваться картина практического использования звуковых сигналов [91, 109]. Для стимулирования жизни, протекающей в лоне материнского организма, в течение последних 20 лет было подготовлено несколько музыкальных программ. «Сердечная программа» представляет собой программу ранней пренатальной стимуляции, разработанную доктором Brent Logan [цит. по 113]. Она записана на 16 аудиокассетах, называемых «Бэби-кассеты»; будущая мать вставляет их в проигрыватель, укрепленный на поясе вокруг живота, и проигрывает в течение 2 час. ежедневно, начиная с середины беременности. Кассеты начинаются с записи нормального сердцебиения матери, затем звуко-ряд становится более сложным и включает 36 вариантов сердечного ритма. В. Logan считает, что таким образом пренатальные младенцы подготавливаются к последующему обучению, основанному на главных ритмах окружающей их среды. Первые младенцы, прошедшие обучение по этой программе, появились на свет

в 1987 г.; у этих детей высокий коэффициент умственного развития, и по всем другим параметрам они опережают своих сверстников. Однако, по мнению других исследователей, использование механического оборудования и отсутствие человеческого взаимодействия приводит к дегуманизации обучения. Тех же самых преимуществ можно достичь в процессе живого взаимодействия матери с музыкой [91, 109], в этом случае положительный эффект будет более выражен, ибо имеет место внутренняя связь с ребенком. На рынке США представлено несколько устройств, использующих эту идею.

Гинекологом Rene Van de Carr совместно с доктором Marc Lehrer [цит. по 113] была подготовлена программа пренатального обучения, которая заключалась в том, что родители стимулировали плод и реагировали на его движения. Авторы установили, что при стимулировании увеличивается количество гормонов, способствующих росту нейронов плода. Младенцы, прошедшие пренатальную стимуляцию, обладают повышенными адаптационными способностями, опережают сверстников в физическом и умственном развитии и т. п. Жизель Э. Уитвелл [113] считает, что любая программа может иметь негативные последствия, если она не направлена на поддержку малыша с целью вселить в него чувство любви, ощущение того, что его ждут и о нем заботятся. Автор также подготовила музыкальную программу, в которой основной упор делается на мать, т. к. на беременную все оказывает влияние, в том числе сильные эмоции и чувства, а через нее и на плод. Именно из ее мыслей и ощущений ребенок получает материал для становления своей личности [88, 91, 109] и в этом процессе музыка играет очень большую роль. Очевидно, что впечатления от музыки, которую слышит младенец, находясь в матке, сохраняются надолго [88, 143]. Музыка, вызывающая у матери ощущения тихой радости, красоты, спокойствия и восторга, будет передавать такие же настроения ее ребенку [88]. Мамам очень полезно петь колыбельные песни не только из-за эмоциональной наполненности, но и еще и потому, что в утробе матери ребенок получает первые уроки языка. Плод начинает изучать язык, находясь в матке [133, 143]. Мать может также общаться со своим малышом через танец, т. к. между эмоциями и движениями существует глубокая связь, а также через чтение стихотворных произведений вслух, просмотр кинофильмов, балетных постановок [49].

Отечественный автор М. Л. Лазарев [60, 61] разработал «Сонатал» – метод оптимизации психофизиологического развития плода посредством активного музыкального воздействия, который заключается в том, что беременная женщина поет в течение дня определенные, специально написанные песни, производя при этом ряд движений и визуализируя свои ощущения на рисунке. М. Л. Лазаревым разработан также метод «Бэйби+»: беременная женщина прикладывает к передней брюшной стенке техническое приспособление, издающее с определенной ритмичностью звуки, напоминающие удары материнского сердца. Автор делает вывод, что дети, прошедшие пренатальную звуковую стимуляцию по методам «Бэй-би+» и «Сонатал», рождаются физиологически более зрелыми и, попав в новую социальную среду, детский сад, школу, хорошо адаптируются, что отражено в их успеваемости и позитивной форме поведения.

Таким образом, к дородовому воспитанию ребенка исследователи относят: психологическое взаимодействие матери (родителей) с неродившимся ребенком, музыку, пение, рисование, лепку, танцы, плавание в бассейне и др. [88 и др.], а перинатальная психология в настоящее время уже считается самостоятельным направлением [36, 43, 80, 106, 127], с позиций которого в последние годы пересматриваются многие явления. Так, Министерством здравоохранения РФ и Департаментом Госсанэпиднадзора издан приказ № 345 от 26.11.97 г. «О совершенствовании мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах», согласно которому значительно изменены подходы к выписке родильниц и новорожденных детей; теперь это определяется состоянием здоровья матери и ребенка, а не жесткими едиными критериями. Присутствие мужа (близких родственников) при родах разрешается при наличии индивидуальных родильных комнат. Считается крайне важным в течение первого получаса после рождения прикладывать ребенка к груди матери [11, 100, 153]. Принципиально новыми и очень важными являются рекомендации кормления грудью «по требованию» младенца и, по возможности, не использование в рационе новорожденного иной пищи или питья, кроме грудного молока, за исключением случаев, связанных с медицинскими показаниями [100]. Особое внимание уделяется совместному пребыванию родильницы и новорожденного после родов [5, 6, 11, 83, 100, 136] как наиболее оптимальному с точки зрения взаимодействия и профилактики заболеваемости у матери и ребенка [5, 6, 11, 28, 136]. Должны иметь психологическую окраску и человеческую настороженность как новые технологии работы с беременными, так и современные технологические приемы родоразрешения, чтобы не причинить физической боли и даже неприятных ощущений рождающемуся ребенку и не вызвать чувства разочарования у новорожденного при внезапном и необоснованном разъединении его с матерью после родов [35]. Предстоит проделать большой путь по смягчению воздействия реанимационных мероприятий на новорожденного. Все вышеописанное входит в понятие современных перинатальных технологий (СПТ) [28]. Необходимо внедрять СПТ комплексно, на всех этапах оказания помощи матери и ребенку: женские консультации, роддом, детские поликлиники [40].

РЕФЕРАТИВНЫЙ ОБЗОР

Детская психиатрическая больница № 6 (Москва).

ДЕПРЕССИЯ И СУИЦИД

По данным американских авторов, распространенность депрессии у детей и подростков колеблется от 2 до 6% [1, 2] и увеличивается с возрастом, особенно значительно — в пубертатный период. Дети препубертатного возраста обоих полов болеют одинаково часто, однако среди подростков депрессия чаще встречается у девочек [3]. У 70% детей и подростков с впервые возникшей депрессией в течение 5 лет развивается повторный депрессивный приступ [4]. Вероятность возникновения маниакального приступа в течение нескольких лет после умеренного или тяжелого депрессивного эпизода у подростков мужского пола больше, чем у взрослых [3].

У детей и подростков отмечается относительно высокая частота спонтанных ремиссий (в некоторых исследованиях, включавших амбулаторных больных, она достигает 2/3). Несмотря на это, проблема суицидального поведения, связанного с депрессивными расстройствами, являющимися одним из значимых факторов риска, остается по-прежнему актуальной. Так, в Англии и Уэльсе ежегодно регистрируются около 25 000 обращений в больницы общего профиля по поводу последствий сознательного суицидального поведения у подростков [5].

В ходе перекрестного исследования К. Hawton et al. изучили распространенность и факторы риска сознательного суицидального поведения при помощи анонимных опросников, заполнявшихся подростками. Выборку исследования составили 6020 подростков в возрасте от 15 до 16 л., обучавшихся в английских школах. К действиям, расценивавшимся как сознательное суицидальное поведение, авторы относили нанесение самоповреждений, в том числе порезов, прыжки с высоты, употребление лекарственных препаратов в дозах, превышающих терапевтические и безопасные, употребление токсических и психоактивных веществ. На протяжении жизни 13,2% подростков совершали действия, которые можно было расценить как сознательное суицидальное поведение, причем чуть более половины из них совершили эти действия в течение предыдущего года, т. е., в возрасте 14-15 л. В 12,6% случаев суицидальное поведение привело к госпитализации. 45% подростков, признавшихся в совершении суицидальных действий, отметили, что в тот момент испытывали желание умереть. Наиболее частыми способами суицидальных действий были нанесение самопорезов (64,6% случаев) и отравление (30,7% случаев). Кроме того, 15% от общего числа опрошенных подростков (чаще девочки) отметили появление у себя в разное время суицидальных мыслей, которые, однако, никогда не реализовывались. На протяжении предыдущего года девочки совершали суицидальные попытки чаще, чем мальчики (11,2% и 3,2% соотв.). У девочек факторами риска суицидального поведения служили воспитание в семье с одним биологическим родителем (независимо от наличия отчима или мачехи), интенсивное курение и употребление алкоголя, зарегистрированные полицией правонарушения (у мальчиков два последних фактора также способствовали увеличению риска суицида, но были менее значимыми). Независимо от пола риск суицидального поведения повышался у подростков, употреблявших токсические и психоактивные вещества, подвергшихся физическому и сексуальному насилию, а также у тех, чьи друзья или члены семьи совершили в недавнем прошлом суицидальную попытку. Как у мальчиков, так и у девочек отмечена зависимость между риском суицидального поведения и уровнем депрессии, тревоги, импульсивности и самооценки. Как указывают К. Hawton et al., более половины подростков совершали неоднократные суицидальные попытки.

В другом исследовании, проведенном G. M. De Moore et al., показано, что фактором риска повторного суицида у мальчиков служит злоупотребление наркотическими и психоактивными веществами, а у девочек — не ситуационно обусловленный, а заранее и тщательно обдуманый характер первой суицидальной попытки [5]. В проспективном исследовании D. B. Goldston et al. [6], включавшем 180 подростков, госпитализированных в психиатрический стационар, изучены когнитивные факторы риска суицида. Исследование проводилось путем полуструктурированного психиатрического обследования, осуществлявшегося сразу после выписки и далее 1 раз в 6 месяцев в течение в среднем 6,9 года. Когнитивные факторы оценивались с помощью метода проработки проблемных ситуаций и опросника, включавшего такие параметры, как выраженность ощущения безнадежности, настрой на повторение суицидальной попытки, мотивы продолжать жить, дизадаптивное поведение. Наиболее значимым фактором риска оказался настрой на совершение суицидальной попытки. У подростков, уже совершивших суицидальную попытку, даже выраженное ощущение безнадежности не служило фактором риска повторного суицида, а навыки справляться с конфликтными ситуациями уменьшали вероятность повторения суицида после выписки. У подростков, которые не совершали суицидальных действий на момент госпитализации, ощущение безнадежности и низкие адаптивные навыки не повышали риск суицида. В другом исследовании D. B. Goldston et al. [7] указывается,

что примерно 25% подростков, госпитализированных в психиатрический стационар, в течение 5 лет после выписки совершают суицидальную попытку, причем наиболее опасными являются первые 0,5-1 год после выписки. Наиболее значимым прогностическим фактором служит количество предыдущих суицидальных попыток. Наличие аффективных расстройств само по себе не служит фактором риска, однако позволяет прогнозировать повторный суицид, если подросток с депрессией ранее уже совершил суицидальную попытку. Независимо от диагноза, выраженность депрессии и черты тревожности коррелируют с увеличением риска совершения суицида.

Многие авторы указывают на рост распространенности суицидальных действий, ставший особенно заметным в последнее десятилетие. В исследовании G. M. G. McClure [8] сравнивалась частота суицидов среди подростков в Англии и Уэльсе в 1970-1998 гг. Отмечено существенное увеличение частоты случаев самоубийства между 1970 и 1990 гг. и в 1990-е годы среди мальчиков в возрасте 15-19 л., главным образом за счет роста числа случаев отравления и повешения. Однако частота случаев самоубийства у детей в возрасте 10-14 л. практически не изменилась, а у девушек в возрасте 15-19 л. отмечено некоторое снижение официального показателя частоты суицида. Вместе с тем, авторы указывают на рост числа случаев смерти по неустановленной причине у девушек 15-19 л., что, на их взгляд, не позволяет исключить роста числа нераспознанных самоубийств. Однако в исследовании отсутствуют четкие критерии определения оценивавшихся исходов, поэтому полученные данные недостаточно убедительны. По мнению авторов, причиной роста распространенности суицида у мальчиков 15-19 л. служит их повышенная подверженность психосоциальному стрессу.

Проблеме соотношения значимости факторов риска (биологических, социальных, экономических и т. д.) суицида посвящены многие исследования. По данным литературы, большинство подростков, совершающих суицидальную попытку, страдают тем или иным психическим заболеванием, либо в их семейном анамнезе имеются случаи психических расстройств или суицида. С другой стороны, достаточно значимыми факторами риска служат неблагоприятная внутрисемейная обстановка и низкий социально-экономический статус семьи. C. R. Pfeffer et al. [9] изучили семейные факторы, предрасполагающие к совершению суицида подростками. Выборку исследования составили 133 ребенка препубертатного возраста (69 детей с высоким риском суицида и 64 ребенка из общей популяции), наблюдавшихся в течение 6-8 л., и их родственники (650 родных и 1174 двоюродных члена семьи). В семьях детей, совершивших суицидальную попытку, отмечено увеличение частоты внутрисемейных разногласий, суицида у матери, а также злоупотребления психоактивными веществами у матери или отца; последний показатель оказался статистически значимым фактором риска суицида у детей. В популяционном исследовании случай—контроль, проведенном E. Agerbo et al. [10], изучена связь между риском суицида у подростков и наличием психического заболевания в семейном и личном анамнезе, а также различными социально-экономическими факторами. Для участия в исследовании авторы отобрали 496 детей и молодых людей в возрасте от 10 л. до 21 г., совершивших суицидальную попытку в период с 1981 г. по 1997 г., и 24 800 контрольных участников (по данным Датского реестра суицидов). Показано, что к факторам риска суицида у подростков, имеющим отношение к родителям, относятся суицид или ранняя смерть одного из них, госпитализация по поводу психического заболевания, отсутствие постоянной работы, низкий уровень дохода, низкий образовательный уровень, развод. Среди факторов риска суицида, имеющих отношение к самим подросткам, отмечены наличие психического заболевания у сиблингов, а также психические заболевания в личном анамнезе (наиболее значимый фактор) и недостаточно продолжительное обучение в школе. После стандартизации по наличию психического заболевания или суицида в семейном анамнезе значимость социально-экономических факторов, имеющих отношение к родителям, уменьшилась. По мнению авторов, широко распространенное убеждение в том, что низкий социально-экономический статус семьи является едва ли не основным фактором риска суицида у подростков, не совсем верно. Акцент в профилактике суицидов следует делать на как можно более ранней диагностике психических нарушений и подборе оптимальных терапевтических вмешательств.

В исследовании D. J. Pilowski et al. [11] изучена связь между наличием панического расстройства и риском совершения суицидальной попытки. Выборку исследования составили 1580 американских школьников в возрасте 13-14 л. После стандартизации по демографическим характеристикам, наличию депрессивного расстройства, употреблению алкоголя и психоактивных веществ показано, что у подростков с паническим расстройством, по сравнению со здоровыми подростками, примерно в 3 раза возрастает частота суицидальных мыслей и приблизительно в 2 раза — суицидальных попыток.

ЛИТЕРАТУРА

1. Costello E.J. Developments in child psychiatric epidemiology. *J Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989;28:836—841.
2. Lewinsohn P.M. et al. Major depressive disorder in older adolescents; prevalence, risk factors, and clinical

implications. Clin Psychol Rev 1998;18:765—794.

3. Birmaher et al. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years, Part 1. J Acad Child Adolesc Psychiatry 1996;35:1427—1439.

4. Hawton K, Fagg J, Simkin S, Bale E, Bond A. Deliberate self-harm in adolescents in Oxford, 1985-1995. J Adolesc 2000; 23: 47-55.

5. De Moore G.M. et al. Suicide in the 18 years after deliberate self-harm a prospective study. The British Journal of Psychiatry 169: 489-494.

6. Goldston D.B. et al. Cognitive risk factors and suicide attempts among formerly hospitalized adolescents: a prospective naturalistic study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2001 Jan;40(1):91-9.

7. Goldston D.B. et al. Suicide attempts among formerly hospitalized adolescents: a prospective naturalistic study of risk during the first 5 years after discharge. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1999 Jun;38(6):660-71.

8. G.M.G. McClure. Childhood and adolescent suicides in England and Wales in 1970—1998. The British Journal of Psychiatry 2001; 178, 469—474.

9. Pfeffer C.R. et al. Suicidal children grow up: relations between family psychopathology and adolescents' lifetime suicidal behavior. J Nerv Ment Dis. 1998 May;186(5):269-75.

10. Agerbo E. Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people: nested case-control study. BMJ 2002;325:74.

11. Pilowsky D.J. et al. Panic attacks and suicide attempts in mid-adolescence. Am J Psychiatry. 1999 Oct;156(10):1545-9.

ЛЕКЦИИ, МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ**Н. Б. Морозова****СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОЙ ПСИХИАТРИИ
(ЛЕКЦИЯ 3)⁶****Московская городская клиническая психиатрическая больница № 12 (Москва).****3. СИСТЕМА ЭКСПЕРТНЫХ ОЦЕНОК ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У МАЛОЛЕТНИХ И НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ПОТЕРПЕВШИХ И ОБВИНЯЕМЫХ.**

Психические расстройства и возрастные особенности у несовершеннолетних имеют большое судебно-психиатрическое и юридическое значение. Они могут определять:

а) неспособность обвиняемых в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими;

б) неспособность жертвы понимать характер и значение совершаемых с ней действий и оказывать сопротивление в криминальной ситуации, что является основанием для констатации судом «беспомощного состояния»;

в) ограничивать способность таких лиц исполнять процессуальные функции (главная из которых у потерпевших и свидетелей - право и обязанность давать правильные показания об обстоятельствах дела) и участвовать в судебно-следственном процессе.

Психические расстройства, возникающие у потерпевших в результате насилия и имеющие с ним причинно-следственную связь должны рассматриваться как «вред здоровью» от повреждений, повлекших психические расстройства (ПППР).

Основные принципы системы экспертных оценок заключаются в следующем:

1) Единство медицинского и юридического (психологического) критериев применительно к предмету экспертизы (психическое состояние лица в конкретной юридически значимой ситуации). Он полностью выдерживается при наличии у несовершеннолетнего психического расстройства: медицинский критерий отражает имеющуюся психическую патологию, а психологический является его мерой и содержит юридически значимый ответ об актуальном состоянии и психических способностях лица применительно к интересующим следствие вопросам. При отсутствии у несовершеннолетнего психических расстройств медицинский критерий утрачивает свою роль, а основное значение приобретает юридический критерий. Специфика подросткового возраста, во время которого продолжается процесс психического развития, такова, что в психологическом критерии заложены основы ограниченной способности несовершеннолетних осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими («ограниченная» вменяемость - ст. 22 УК РФ и непривлечение к уголовной ответственности - ст. 20 УК РФ).

2) Учет всех факторов — возрастного (уровень психического развития, внушаемость, подчиняемость, склонность к фантазированию, развитость долговременной памяти, абстрактного мышления, осведомленность в вопросах половых отношений, сформированность критических и прогностических способностей), дизонтогенетического (ретардация или опережение психического и психосексуального развития), психопатологического (степень выраженности психических нарушений, качественное изменение психического функционирования) и ситуационного (индуцирование со стороны соучастников или психотравмирующее влияние агрессивных действий на потерпевшего).

3) Динамичность подхода к решению экспертных вопросов с ретроспективной, презентальной и прогностической оценкой способностей малолетних и несовершеннолетних. Принцип ретроспективности особенно важен при оценке психического состояния малолетних потерпевших по половым преступлениям и несовершеннолетних обвиняемых в связи с возможностью быстрого психического созревания со значительным улучшением психического функционирования за относительно короткий период и заметным уменьшением проявлений психического инфантилизма и эмоционально-волевых расстройств.

4) Последовательность анализа потенциальных способностей (которые исследуются экспертами в ходе освидетельствования) и актуальных возможностей их реализации на различных юридически значимых этапах с учетом ситуационного фактора (у обвиняемых - повышенная конформность, индуцирование со стороны лидеров референтных групп, выраженность психологических реакций группирования со сверстниками, эмансипации и др.; у потерпевших - психотравмирующее воздействие насилия, ЧМТ), а также установление конкретных вариантов их ограничений или нарушений;

⁶ Лекции 1 и 2 - см. «Вопросы психического здоровья детей и подростков», 2002 (2), № 3; 2003 (3), № 1.

5) Обязательность оценки пубертатного криза как этапа динамики любой нозологической формы или самостоятельного феномена с учетом трех вариантов его течения: «психологический криз созревания» (количественное увеличение присущих этому возрасту психологических проявлений); «дисгармоничный - пубертатный криз» (психопатоподобные или психопатические нарушения, сочетающиеся с признаками бурного или задержанного соматоэндокринного созревания, сопровождающиеся нарушениями поведения вплоть до делинквентного); «патологический пубертатный криз» (симптоматика второго варианта усложнена за счет пубертатной психопатологии - расстройств влечений, сверхценных образований, патологического фантазирования, выраженных эмоционально-волевых расстройств и нарушений критических способностей).

6) Одновременность изучения двух основных юридически значимых категорий у потерпевших по половым преступлениям (способности понимать характер и значение сексуальных действий преступника и способности воспринимать обстоятельства дела и давать правильные показания), поскольку существует их опосредованная взаимосвязь и взаимообусловленность.

Разработанная система в полной мере может быть применена в рамках комплексных психолого-психиатрических и комплексных сексолого-психолого-психиатрических экспертиз (КСППЭ), которые и являются наиболее методологически правильными и эффективными видами судебных экспертиз для несовершеннолетних обвиняемых и потерпевших, особенно по половым преступлениям. КСППЭ несовершеннолетних состоит из трех этапов. На первом этапе психиатр-эксперт с помощью клинического метода выявляет психические расстройства, производит их синдромальную и нозологическую квалификацию, оценивает психическое состояние потерпевших в различных юридически значимых ситуациях с учетом результатов экспериментально-психологического (и сексологического - при КССПЭ) исследований, которые производятся экспертом-психологом и сексологом в этот же период времени. На втором этапе обсуждаются полученные данные, в случае необходимости привлекаются дополнительные методики, специалисты-консультанты (невропатолог, эндокринолог, терапевт), применяются параклинические методы. На третьем этапе происходит интегративный анализ основных и дополнительных результатов, устанавливается «функциональный» диагноз и решаются экспертные вопросы. В компетенцию психиатра-эксперта входят диагностика психических расстройств и их судебно-психиатрическая оценка, установление психического здоровья при их отсутствии, оценка психического состояния в различных юридически значимых ситуациях. К компетенции психолога-эксперта относятся определение уровня психического развития, возрастных и личностных особенностей, анализ эмоционального состояния потерпевших в интересующие следствие периоды. Установление этапа психосексуального развития у потерпевших в препубертатном и пубертатном возрасте, выявление его отклонений от нормативных вариантов, а также определение сексуальных расстройств, возникших в результате насилия (особенно при длительном инцесте) - компетенция сексолога-эксперта. К сфере совместной деятельности относятся установление «функционального» диагноза и решение экспертных вопросов при наличии у потерпевших психических расстройств; в случае отсутствия таковых ответы на них являются прерогативой психолога-эксперта.

Одним из важнейших юридических понятий, которое рассматривается правоохранительной системой не только как признак состава преступления, но и как обстоятельство,отягчающее ответственность, является *«беспомощное состояние»* жертвы преступления. В соответствии с постановлением Пленума Верховного Суда РФ № 4 от 22.04.92 г. «О судебной практике по делам об изнасилованиях» состояние признается «беспомощным», если потерпевшая в силу физического или психического состояния (физические недостатки, малолетний возраст, расстройство душевной деятельности и иное болезненное либо бессознательное состояние) не может понимать характер и значение совершаемых с ней действий или оказывать сопротивление. Констатация «беспомощного состояния» относится к компетенции суда, задачей КСППЭ является выявление таких психических расстройств или психологических особенностей, которые в момент сексуального насилия обуславливают нарушение указанной категории. В ней можно выделить медицинский и юридический (психологический) компоненты. Юридический компонент содержит интеллектуальную (способность понимать характер и значение) и волевою (возможность оказывать сопротивление) составляющие. Способность потерпевших по половым преступлениям понимать «характер» сексуальных действий заключается в отражении их содержательной стороны, основанном на информированности в сексуальных вопросах: функциональных различиях полов, физиологии половых отношений, достаточной осведомленности по поводу зачатия, деторождения, принятых нормах проявления сексуальной активности и т. д. Способность понимать «значение» охватывает смысловой (морально-нравственный, личностный и социально-правовой) аспект проблемы (И. А. Кудрявцев, 1988).

Потенциальная способность понимать характер и значение сексуальных действий отсутствует у малолетних с нормативным развитием на этапе полового самосознания (примерно до 7-летнего возраста они не могут понимать характер и значение сексуальных действий), ограничена на этапе полоролевого поведения (до 14 л. могут понимать характер, не могут – значение, или могут не в полной мере), а в полной

мере формируется на этапе психосексуальных ориентаций (с 14 до 18 л. в зависимости от развитости морального сознания могут понимать значение сексуальных действий). У несовершеннолетних с психическими расстройствами ее ограничения и нарушения возникают в результате дизонтогенеза с ретардацией психосексуального развития и при выраженном общем психическом дефекте с качественным изменением психического функционирования в рамках различных нозологических форм. **Актуальная возможность реализации** способности понимать характер и значение сексуальных действий в ситуации сексуального насилия может быть нарушена в результате острых реакций на стресс, черепно-мозговых травм и состояний опьянения. Способность потерпевших оказывать сопротивление сохранена только при наличии у них актуальной возможности реализации потенциальной способности понимать характер и значение сексуальных действий.

Второй юридически значимой категорией, определение которой производится в ходе КСППЭ в соответствии с п. 3 ст. 79 УПК РСФСР, является **способность потерпевших правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания** (далее - воспринимать и давать показания). В отличие от существующей в некоторых зарубежных странах системы оценки «реальности свидетельских показаний», в нашей стране кардинальный принцип экспертной оценки заключается в установлении принципиальной возможности давать показания, а не в определении их достоверности, что относится к компетенции суда. Вместе с тем, показания в ходе экспертизы подвергаются тщательному анализу, т. к. они несут важную информацию о динамике психического состояния и являются дополнительным объектом исследования наряду с медицинской документацией и другими материалами дела. Всякое показание представляет собой воспоминание - воспроизведение полученных ранее впечатлений, точность и правильность которых зависит от многих факторов. Условно процесс формирования показаний можно разделить на три стадии: восприятие, запоминание и воспроизведение.

Детям, в зависимости от возраста, в той или иной мере присущи особенности внимания, восприятия, памяти, мышления, сочетающиеся со склонностью к вымыслам и фантазированию, которые могут влиять как на восприятие событий, так и на их воспроизведение. Важнейшей характеристикой восприятия является его осмысленность, которая формируется у малолетних в процессе онтогенеза и достигает высшего, категориального уровня у взрослых. При этом развивается способность адекватного отражения не только физических тел, но и существенных связей предметов и явлений, а также ситуаций взаимодействия между людьми. Важное значение для объективного отражения действительности имеет индивидуальный жизненный опыт детей, поэтому простые события они могут воспринимать и воспроизводить правдиво, но особые сложности возникают при восприятии ими обстоятельств, сущности которых они не знают и не понимают. Вместе с тем, даже в таких случаях дети могут дать информацию о конкретных вещах.

У детей с нормативным психическим развитием потенциальная способность давать показания, как правило, сохранена; ограничения наблюдаются только по уровню осмысления сложных событий, особенно при их сексуальном характере. Поэтому они могут воспринимать только внешнюю, фактическую сторону событий криминального периода. У детей с дизонтогенезом может нарушаться как потенциальная, так и актуальная способность давать показания (М. В. Морозова, 1995; И. А. Кудрявцев с соавт., 1996). Потерпевшие с качественным изменением психической деятельности при выраженных психических расстройствах (глубокое интеллектуальное недоразвитие, грубый психопатоподобный синдром с расторможенностью влечений, отсутствие критики) не могут правильно воспринимать обстоятельства дела. **Актуальная возможность реализации** потенциальной способности воспринимать обстоятельства дела (также как и в категории понимания характера и значения) может иметь 3 варианта ограничений, которые определяются ситуационным фактором: психогенный, травматический и интоксикационный. Каждый из этих вариантов заключается в **ПАРЦИАЛЬНОМ** ограничении способности потерпевших воспринимать обстоятельства дела на период измененного или нарушенного сознания при возможности их воспринимать до развития у них нарушений сознания и после восстановления его ясности. Естественно, что потерпевшие с нарушенной потенциальной и, соответственно, актуальной способностью воспринимать события не могут и давать о них правильные показания. Кроме того, могут быть следующие варианты ограничений способности давать показания:

1) ограничение **ПО УРОВНЮ ОСМЫСЛЕНИЯ** (у малолетних и несовершеннолетних с психическими расстройствами при наличии у них потенциальной способности воспринимать только внешнюю, фактическую сторону событий);

2) ограничение **ОТСРОЧЕННОГО** воспроизведения обстоятельств дела (у малолетних вследствие несформированности у них долговременной памяти и у несовершеннолетних с психическими расстройствами при наличии у них мнестических нарушений);

3) ограничение **ПАРЦИАЛЬНОГО** характера (у испытуемых с ограниченной актуальной возможностью реализации потенциальной способности воспринимать события в результате различных видов амне-

зий после черепно-мозговой травмы, состояний интоксикации или аффективно-шоковых реакций);

4) ограничение **ВРЕМЕННОГО** характера (у испытуемых с декомпенсацией психических расстройств, при психогенных депрессиях, травматической болезни и т. д. в связи с медицинскими противопоказаниями участвовать в следственном процессе до улучшения состояния).

Внушаемость и фантазирование у детей без психических расстройств самостоятельного значения не имеют, а должны рассматриваться в качестве факторов риска в совокупности с другими условиями (влияние окружающих лиц, отдаленность дачи показаний от момента криминальных событий). У несовершеннолетних с психической патологией, в структуру которой включены синдром фантазирования и внушаемость, необходимо оценить степень выраженности и патологичности этих феноменов, выявить коморбидные психические расстройства и их влияние на способность потерпевших воспринимать события и их воспроизводить, произвольно регулировать свое поведение. К признакам патологичности синдрома фантазирования относят доминирование в сознании, готовность к перевоплощению, визуализация образов, отрыв от реальности, утрата произвольности и критики, перерастание в бред воображения и детерминирование в поведении. Патологическая внушаемость также выявляется не изолированно, а в структуре психических расстройств. Поэтому оба эти феномена должны оцениваться в сочетании с другими синдромами в системе экспертных оценок юридически значимых способностей несовершеннолетних потерпевших. Вместе с тем, их необходимо учитывать работникам следствия при допросах малолетних, т. к. форма задаваемых вопросов, имеющая наводящий смысл, может существенно искажать содержание ответов и таким образом влиять на ход расследования. Именно поэтому при допросе детей следует избегать наводящих вопросов, обобщений, использования незнакомых им понятий и терминов, названий предметов и действий, а ответы фиксировать в дословной форме. Следует подчеркнуть, что большинство потерпевших могут давать правильные показания, если же экспертная комиссия выявляет нарушение или ограничение той или иной составляющей, то в заключении должно быть четко указан их вариант и временной период, на который они распространяются. Только при таком подходе работники правоохранительных органов смогут эффективно использовать результаты экспертизы.

Определение способности жертв сексуального насилия участвовать в судебно-следственном процессе должно происходить с позиций максимальной защиты прав потерпевших (особенно малолетних детей) и клинко-психологических критериев системы экспертной оценки возможности их участия. Нарушение или ограничение потенциальной способности потерпевших участвовать в судебно-следственном процессе и актуальной возможности ее реализации в конкретной юридически значимой ситуации определяются сочетанием ряда факторов: **возрастного** (законодательное ограничение самостоятельного участия до 18 лет), **психопатологического** (наличие выраженных психических расстройств, лишающих возможности давать показания и произвольно регулировать свое поведение) и **ситуационного** (психотравмирующее влияние расследования с возникновением психогенных состояний и декомпенсаций). Заключение экспертной комиссии может носить как категоричный (по медицинским показаниям), так и рекомендательный (по деонтологическим мотивам) характер.

Тяжесть «**вреда здоровью** от повреждений, повлекших психические расстройства» (ПППР) определяется исходя из статей УК РФ (ч. 3 ст. 111, ст. ст. 131 и 132) и «Правил судебно-медицинской экспертизы тяжести вреда здоровью. Приложение № 2 к приказу Минздрава РФ № 407 от 10.12.96 г.», в которых под «вредом здоровью» понимают либо телесное повреждение (т. е. нарушение анатомической целостности органов и тканей или их физиологических функций), либо заболевания или патологические состояния, возникшие в результате воздействия различных факторов: механических, физических, химических, биологических, психических. Система экспертной оценки тяжести «вреда здоровью от ПППР» состоит в единстве медицинского (широкий круг психических расстройств экзогенной природы: травматические, психогенные и интоксикационные, имеющие прямую причинно-следственную связь с совершенным сексуальным насилием) и юридического («опасность для жизни» в момент причинения, «длительность расстройства здоровья», «выраженность и стойкость нарушений адаптации»). Последний компонент юридического критерия специфичен для детей и неработающих несовершеннолетних (в отличие от «утраты трудоспособности» у взрослых). Определение тяжести «вреда здоровью от ПППР» производится в рамках комплексных судебных экспертиз.

Наблюдение 2: 3. Олеся, 6,5 лет, потерпевшая в уголовном деле по обвинению ее отца Ж. по ст. 131 ч. 3 УК РФ в изнасиловании.

Из анамнеза: родители злоупотребляют алкогольными напитками, отец находится в местах лишения свободы, мать ведет аморальный образ жизни, воспитанием дочери не занимается. Испытуемая родилась от беременности, во время которой у матери наблюдались анемия и повышенное артериальное давление, в быстрых родах с ранним излитием околоплодных вод, с весом 2900 гр., выставлялся диагноз: «Внутриутробная гипотрофия». В раннем развитии не отставала, но часто болела инфекционными заболеваниями, до

года наблюдалась у педиатра с диагнозом: «Гипотрофия 2 степени». Непродолжительное время посещала детские дошкольные учреждения, там адаптировалась без труда, росла подвижной, шумной, общительной. Как следует из многочисленных показаний соседей, девочка постоянно находилась без присмотра, допоздна на улице, голодная, в неподходящей по сезону одежде. Мать, находясь в состоянии опьянения, неоднократно избивала и «теряла» ее, и она сама приходила к бабушке. Соседи часто кормили ее, одевали, замечали, что у нее недержание мочи и она часто была «мокрая». Госпитализировалась в больницу с подозрением на пиелонефрит, диагноз не подтвердился. Во время обследования медперсонал отделения обратил внимание, что девочка разговаривает на сексуальные темы, рассказывает о сексуальных отношениях с отчимом. Во время осмотра гинекологом было выявлено, что у нее зияет вход во влагалище. После выписки из больницы она была помещена в приют.

Как следует из материалов уголовного дела, Ж. обвиняется в том, что он в период с 1995 по 1998 гг. неоднократно с применением насилия совершал половые акты с малолетней З. В период предварительного следствия Олеся давала подробные, последовательные показания, в доступной ей форме, с употреблением жаргонных выражений, рассказывала как уже на протяжении длительного времени он вступал с ней в половые контакты как в естественной, так и в извращенной форме. Далее она сообщила, что ее мать при этом присутствует и даже иногда помогает ему, часто они ложатся в кровать вдвоем и «папа» во время полового контакта с матерью целует ее половые органы. Испытуемой, по ее словам, это не нравилось, во время контакта с ней она испытывала боль, страх, просила ее не трогать, неоднократно убегала из дома и ночевала в подвалах. По показаниям начальника Клинского ОППН, девочка по своей инициативе много и активно говорит на сексуальные темы, о том, что любит смотреть по телевизору «как целуются». Как следует из медико-педагогической характеристики из приюта, девочка проявляет повышенный интерес к мальчикам старшего возраста. Это заметно и в играх «в семью»: она часто снимает одежду, демонстрирует половые органы окружающим, говорит жаргонные слова, обозначающие сексуальные термины. Педагоги характеризуют ее как ласковую, контактную, но неусидчивую, с рассеянным вниманием, возбудимую к вечеру, когда она начинает громко говорить, часто кричит, бежит, с трудом успокаивается и засыпает. Согласно акту судебно-медицинской экспертизы, у З. имеется нарушение целостности девственной плевы (старый разрыв на 6 часах соответственно циферблату), давность нарушения определить не представляется возможным. Половой зрелости она не достигла по возрасту (до 14 лет половая зрелость не определяется).

Соматическое состояние: астенического телосложения, выглядит моложе своего возраста. Видимой патологии со стороны внутренних органов не обнаружено. **Неврологическое состояние:** Выявляется рассеянная органическая микросимптоматика. Знаков очагового поражения ЦНС не выявлено.

Сексологическое состояние: признаки полового метаморфоза отсутствуют. Любит играть в подвижные игры с мальчиками и с девочками, стремится к лидерству, руководит детьми, неохотно подчиняется воспитателям, предпочитает одежду спортивного стиля. Полорольные игры знает, но «в куклы» играть не любит. Различает людей по половым признакам, осведомленность в вопросах зачатия, деторождения у нее отсутствует. Отмечается повышенный интерес к сексуальным темам, просмотру соответствующих фильмов. Охотно рассказывает о тех действиях, которые производил с ней отчим.

Психическое состояние: испытуемая поверхностно ориентирована во времени, понимает, что находится в медицинском учреждении, но цель экспертизы не понимает. Она легко и охотно вступает в контакт, не соблюдает дистанцию, к врачу обращается на «ты», пытается обниматься, садится на колени, целуется, говорит «на ушко». Двигательно расторможена, неусидчива, отвлекаема, не может долго говорить на одну тему, задает множество вопросов, невнимательна, не выслушивает ответы, быстро об этом забывает. Берет в руки все попавшие в поле зрения предметы, начинает их выпрашивать: «подари», в тоже время сама начинает угощать печеньем, дарить свои вещи. С удовольствием рассказывает о бабушке, о приюте, с выражением громко декламирует довольно сложное стихотворение, поет песни, во время беседы вертит в руках игрушку, вертится на стуле, подсказывает на одном месте, иногда встает и снова садится. Обращает внимание ее повышенный интерес к лицам мужского пола, которые заходят в комнату во время беседы. При расспросе «о папе» сообщает, что они играли «в дочки-матери», она была «мамой», а он – «папой», ей нравилась такая игра, при этом опускает голову, смущенно хихикает, говорит шепотом, закрыв ладошкой рот или, обняв врача за шею, «на ушко». Не понимает значения совершенных в отношении нее действий, формально осуждает «папу», потому что «бабушка сказала», однако говорит, что «папа» ей нравился, т. к. с ним было «интересно». К концу беседы заметно истощается, усиливается неусидчивость, нецеленаправленная двигательная активность.

При **экспериментально-психологическом исследовании** на фоне социально-педагогической запущенности испытуемой на первый план выступают такие особенности, как трудность длительных произвольных усилий, повышенная утомляемость, неустойчивость внимания. Она легко доступна контакту, эмоционально открыта, по-детски доверчива, с живыми непосредственными реакциями, чувствительна к эмоциональному теплу. Отмечается достаточный уровень активности, стремление к лидерству, повышенная

тревожность и эмоциональная неустойчивость. Отмечается невысокий для ее возраста уровень интеллектуального развития, запас общих сведений мал. Повышенной склонности к фантазированию не выявлено.

Комиссия с участием сексопатолога пришла к заключению, что З. психическим расстройством не страдает, у нее обнаруживаются последствия раннего органического поражения головного мозга и психогенное формирование патохарактерологических особенностей личности со склонностью к невротическим реакциям (нарушения сна, энурез), а также искажение полового развития в виде его дисгармонии с опережением психосексуального компонента. У З. не было обнаружено нарушений процессов восприятия, внимания, памяти, мыслительной деятельности, она могла воспринимать внешнюю сторону обстоятельств дела и может давать о них правильные показания. В силу естественной возрастной незрелости, неосведомленности в вопросах половых отношений она не могла понимать характер и значение совершенных с ней действий. Повышенной склонности к фантазированию у нее не выявлено. Имеющееся у нее искажение полового развития в виде его дисгармонии с опережением психосексуального компонента имеет прямую связь с совершенными в отношении нее противоправными действиями.

Вопросы по теме:

1. Какие психические расстройства свидетельствуют о правильной диагностике шизофрении в наблюдении 1.
2. Какой важный принцип первичной диагностики психического заболевания у несовершеннолетнего в условиях судебно-психиатрической экспертизы выдержан в наблюдении 1?
3. Почему способность К. осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими в период совершения общественно опасных действий была нарушена?
4. Каковы юридические и медицинские последствия этих нарушений для К.?
5. Синдром какого обращения с детьми представлен в наблюдении 2?
6. Какие признаки свидетельствуют о том, что потерпевшая в период совершения в отношении нее сексуального насилия находилась в «беспомощном состоянии»?
7. Почему она может давать правильные показания в ходе следствия?
8. Имеются ли у потерпевшей последствия сексуального насилия и в чем они выражаются?
9. Каковы особенности юридического положения несовершеннолетних обвиняемых?
10. Какие факторы следует учитывать при назначении и производстве СПЭ малолетних и несовершеннолетних?
11. Каковы особенности диагностики и экспертной оценки психических расстройств у детей и подростков?

Список литературы по проблеме:

1. Амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза (Пособие для врачей под ред. акад. РАМН Т. Б. Дмитриевой). – М.: РИГ ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2001. – 84 с.
2. Клиническая и судебная подростковая психиатрия (Под ред. проф. В. А. Гурьевой). – М.: Генезис, 2001. – 480 с.
3. Кудрявцев И. А. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза. – М.: МГУ, 1999. – 497 с.
4. Ривман Д. В., Устинов В. С. Виктимология. – СПб: ЮРЦентр-Пресс, 2000. – 332 с.
5. Судебная психиатрия: Учебник для ВУЗов (Под ред проф. Б. В. Шостаковича). – М.: Зерцало, 1997. – 385 с.

Е. И. Морозова

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ЗАМЕЩАЮЩИХ СЕМЕЙ: ИЗ ОПЫТА РАБОТЫ «ШКОЛЫ ОПЕКУНОВ» ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ, УСЫНОВИВШИХ ДЕТЕЙ Ассоциация детских психиатров и психологов (Москва).

В 1999-2002 гг. по заказу РОМО «Педагогический поиск» проводилась психолого-педагогическая работа с родителями-усыновителями в рамках «Школы опекунов». В ходе этой деятельности были определены наиболее актуальные проблемы, осложняющие воспитание детей в таких семьях, намечены основные направления преодоления имеющихся проблем и организационные формы помощи семьям, воспитывающим усыновленного ребенка.

Среди них можно выделить следующие основные направления:

1. Проблемы, определяющиеся психофизическими особенностями и предшествующим воспитанием ребенка, а также самим фактом его усыновления.
2. Проблемы, определяющиеся личностными особенностями, педагогическим опытом и установками родителей-усыновителей.

3. Направления помощи семьям, усыновившим ребенка.

1. Психологические проблемы, характерные для усыновленных детей

Жалобы родителей, материалы психологических обследований и данные анамнеза детей позволили выявить следующие виды проблем, типичных для усыновленных детей:

а) неблагоприятные психологические особенности детей, воспитывающихся вне семьи (последствия ранней депривации, социальная дезориентация, эмоциональные нарушения, нарушение половой идентификации);

б) познавательные и учебные проблемы (трудности обучения, психический и психофизический инфантилизм, астения и т. д.);

в) проблемы взаимоотношений в семье (агрессивность, импульсивность, психические расстройства, психологическая несовместимость детей с усыновителями, психологическая несовместимость между детьми в семье).

2. Наиболее распространенные проблемы, определяющиеся личностными особенностями, педагогическим опытом и установками родителей-усыновителей:

а) эмоциональные проблемы, психическое нездоровье родителей и т. п.;

б) социальное одиночество родителей, физическая перегрузка;

в) недостаточный уровень педагогической компетентности (отсутствие взаимопонимания с детьми, неадекватные требования к ребенку, недоучет личностных особенностей ребенка);

Эмоциональные проблемы.

У родителей-усыновителей, так же как и у детей, одной из наиболее распространенных эмоциональных проблем является повышенный уровень тревоги. Это связано с растерянностью, сомнениями в собственной педагогической компетентности и родительской состоятельности, непониманием, как поступать в тех или иных конкретных случаях. Родители, взявшие на себя воспитание осиротевшего ребенка, порой оказываются не готовыми воспринимать его таким, каков он есть, не могут правильно оценить его проблемы, например, так часто встречающиеся психиатрические. В результате у приемных родителей нарушается контакт с ребенком. Сложности в воспитании ребенка, несоответствие проживаемой реальности предшествующим ожиданиям, разочарования - все это приводит приемных родителей к сильным эмоциональным перегрузкам. Отсюда – частые случаи более или менее выраженной астении, а иногда и депрессивных состояний родителей-опекунов. В самых критических случаях родителей охватывает чувство отчаяния, появляются мысли о бессмысленности их поступка, о непреодолимости выявившихся проблем. От такого сложного ребенка стремятся избавиться, пытаются вернуть в то учреждение, из которого он был взят, или оставляют его в психиатрической больнице, куда предварительно госпитализируют.

К сожалению, процедура усыновления (опекунства) не предусматривает прохождения предполагаемыми родителями-усыновителями (опекунами) психологической экспертизы (или хотя бы просто беседы с психологом). В результате оказывается, что некоторые из этих родителей страдают психическими расстройствами различной тяжести. В нашей практике выявлены как пограничные психические расстройства, так и случаи серьезных психических заболеваний⁷.

Социальное одиночество родителей.

Часто в качестве родителей-усыновителей выступают одинокие женщины, в частности бабушки, берущие на себя заботы по воспитанию внука, оставшегося без родителей (либо чьи родители ведут асоциальный образ жизни). В подобных случаях нередко наблюдается социальное одиночество родителей-усыновителей. Даже если у них имеются родственники, они отнюдь не всегда разделяют желание усыновителей воспитывать приемного ребенка. Таким образом, родитель-усыновитель оказывается лишен эмоциональной и материальной поддержки. Из-за множества забот и нехватки времени круг общения резко сужается.

При недостатке поддержки, особенно у пожилых родителей-усыновителей, возникает физическая перегрузка. Она особенно выражена в семьях, берущих на воспитание нескольких детей. Перегрузке способствует неумение правильно распределить домашние обязанности между членами семьи. Сами же приемные дети, воспитывавшиеся ранее в условиях детских домов и интернатов, часто отличаются иждивенческими настроениями, не приучены к самообслуживанию в семейных условиях.

Недостаточный уровень педагогической компетентности.

Неблагоприятные особенности предшествующей жизни усыновленного ребенка требуют от родителей-усыновителей осознанных представлений о тех сложностях, с которыми им приходится (или придется в дальнейшем) сталкиваться, а также владения адекватными методами воспитания. Между тем, у большинства родителей **уровень педагогической компетентности недостаточен**. Особенно остро эта недостаточ-

⁷ Подробно эта проблема будет в последующем освещена психиатром.

ность ощущается родителями-усыновителями, которые, в отличие от кровных родителей, боятся полагаться на свою интуицию (для них типично представление об отсутствии у себя «материнского чутья» и т. п.).

Проблема **отсутствия взаимопонимания с приемными детьми** в основном была отмечена нами выше (при описании проблем, определяющихся психическими особенностями детей). Здесь же отметим, что это один из широко распространенных источников тяжелых переживаний, разочарований и сожалений, вплоть до представлений о бессмысленности совершенного поступка (усыновления ребенка).

В семье, усыновившей ребенка, к нему часто предъявляются **неадекватные требования**. Для многих родителей-усыновителей характерны завышенные ожидания, не соответствующие уровню способностей ребенка к обучению. В итоге страдают обе стороны. Ребенок оказывается перегружен учебными занятиями, постоянно сталкивается с отрицательной оценкой своих достижений. Родители же остаются разочарованными результатами, они огорчены и растеряны, не представляют, что делать дальше.

В семьях, усыновивших ребенка, часто встречается **недоучет его личностных особенностей**. Многие его реакции и поступки оказываются для родителей неожиданными и непонятными. В результате и применяемые воспитательные меры не достигают цели, а подчас ведут к обострению тех проблем, для преодоления которых они были предназначены. Недоучет личностных особенностей ребенка наиболее ярко проявляется по достижении им подросткового возраста, когда он становится относительно самостоятельным и независимым и выходит из-под жесткого контроля родителей.

3. Предлагаемые направления помощи семьям, усыновившим детей (с учетом выявленных проблем и приобретенного опыта работы)

На основе полученного опыта работы были намечены следующие направления помощи семьям, усыновившим детей:

- 1) Психологическое сопровождение семьи.
- 2) Повышение педагогической компетентности родителей.
- 3) Организация семейного досуга.
- 4) Консультирование родителей, собирающихся усыновить детей.
- 5) Комплексное обследование детей и консультирование семей.

1) Психологическое сопровождение семьи.

Семье, усыновившей ребенка, желательно иметь семейного психолога. Его роль особенно велика на первом этапе (сразу после усыновления), а также в случае, если семья находится в кризисном состоянии. Многие семьи усыновляют ребенка после утраты им родителей, что само по себе часто служит источником кризисного состояния для всей семьи. Иногда усыновление происходит вскоре после смерти собственного ребенка, когда сами приемные родители находятся в посттравматическом стрессовом состоянии.

Большое значение для улучшения психологического состояния родителей-усыновителей имеют психотерапевтические беседы, проводимые с ними психологом. Цель этих бесед состоит в оказании эмоциональной и педагогической поддержки приемным родителям, испытывающим замешательство, растерянность, а порой отчаяние. Необходимо обсуждать с родителями их личностные проблемы, взаимоотношения в семье, намечать пути разрешения внутренних конфликтов. В ходе психотерапевтической работы осуществляется поиск направлений самореализации матерей – в творчестве, на работе, в совместных занятиях с ребенком и т. д.

В функции семейного психолога может входить также:

- ♦ динамическое наблюдение за психологическим состоянием членов семьи;
- ♦ выявление проблем в развитии, обучении, эмоциональном благополучии и психическом здоровье детей;
- ♦ выявление педагогических трудностей родителей;
- ♦ помощь в преодолении посттравматических и кризисных состояний;
- ♦ снятие эмоциональной напряженности и конфликтности в семье;
- ♦ консультирование родителей по проблемам воспитания ребенка и взаимоотношений в семье.

2) Повышение педагогической компетентности родителей.

По результатам многолетней работы можно сделать вывод о том, что большое значение для успешного воспитания усыновленных детей имеет повышение педагогической компетентности родителей. Оно может проводиться в различных формах:

- ♦ лекции, читаемые разными специалистами (дефектолог, психолог, психиатр, сексопатолог, юрист и т. д.);
- ♦ тематические беседы;
- ♦ семинары-дискуссии по проблемам воспитания детей;
- ♦ семейный клуб интересного общения;

- ◆ родительские встречи для обмена педагогическим опытом и для оказания взаимной поддержки;
- ◆ тренинги родительско-детских взаимоотношений;
- ◆ индивидуальное психолого-педагогическое консультирование.

В результате этой работы родители получают представление о наиболее благоприятных условиях воспитания и развития детей, начинают лучше понимать необходимость учета влияния, оказываемого де-привацией и врожденными индивидуальными особенностями ребенка. Они получают представление о причинах нарушений поведения и обучения детей, о той роли, которую играют в их появлении собственные действия родителей.

3) Организация семейного досуга.

Важным направлением помощи семьям является организация семейного досуга, имеющая большое значение для сплочения семьи. В рамках этого направления работы можно рекомендовать:

- ◆ определение детей в творческие кружки;
- ◆ организацию совместных экскурсий детей и родителей;
- ◆ создание условий для совместного отдыха детей с родителями в санаториях и домах отдыха;
- ◆ совместный родительско-детский туризм.

4) Консультирование родителей, собирающихся усыновить детей.

Наш опыт прежних лет показал, что работа «Школы опекунов» должна быть дополнена консультированием родителей, собирающихся усыновить детей. В ходе такого консультирования следует знакомить будущих приемных родителей с возможными трудностями. Необходимо оказывать помощь органам опеки в определении того, кому может быть предоставлено право стать приемным родителем. С этой целью рекомендуется организовать психологическую (а в случае необходимости и психиатрическую) проверку предполагаемых приемных родителей. Должен быть разработан комплекс методик для обследования, выявляющий:

- реальную мотивацию усыновления ребенка;
- степень психологической устойчивости и психического здоровья предполагаемых усыновителей;
- готовность и способность к решению проблем, возникающих в ходе воспитания усыновленного ребенка.

Для обследования будущих приемных родителей, которое направлено на выявление мотивации взятия ребенка в семью, на выявление имеющихся ожиданий от ребенка, может быть предложен следующий набор диагностических методик: проективные рисуночные методики – «семья животных», «фантастическая семья», «идеальный ребенок» (с описанием портрета желаемого ребенка), опросник с ранжированием ценностных качеств ребенка, анкета для выявления родительской компетентности, опросник-карточки для определения ценностной ориентации родителей и т. п.

5) Комплексное консультирование семей.

В рамках помощи семьям, усыновившим детей, рекомендуется проведение комплексного обследования детей разнопрофильными специалистами, направленного на выявление индивидуальных проблем ребенка и семьи в целом. Одним из важных направлений является психологическое, при необходимости патопсихологическое, обследование детей. Обследования необходимо проводить достаточно регулярно (не реже, чем раз в полгода) для выявления динамики состояния и своевременного принятия необходимых мер.

Обследование может проводиться как в учреждении, так и на дому. Последнее предпочтительней, т. к. позволяет наблюдать семью в естественных условиях, познакомиться с ее бытом, укладом, особенностями педагогических воздействий родителей. Дети в домашней обстановке чувствуют себя комфортнее, раскрепощеннее, они не устают от дорог и многочасовых очередей.

В обследовании должны принимать участие специалисты разного профиля: психолог, коррекционный педагог, психиатр, педиатр и др. Каждый из специалистов одновременно смотрит по одному ребенку, а затем последовательно обменивается детьми и информацией о них.

Далее полезно совместно обсудить результаты комплексного обследования, проведенного разнопрофильными специалистами. Отмечаются выявленные психологические особенности, нарушения развития, а также потенциальные возможности каждого ребенка. Специалистами намечается общая стратегия реабилитации, разрабатываются подробные педагогические и психокоррекционные направления по отношению к конкретному ребенку.

Подобный консилиум с участием всех специалистов позволяет объективнее квалифицировать состояние ребенка в целом. На основании полученных данных проводится развернутая совместная беседа. Родителей знакомят с индивидуальными особенностями ребенка, причинами нарушений поведения и/или затруднений в обучении, в итоге даются определенные рекомендации по преодолению обнаруженных проблем.

Важно выявить проблему, играющую ведущую роль у ребенка в данный период. В соответствии с характером основных нарушений определяется специалист, на котором лежит основная ответственность за со-

стояние ребенка. Например, при обострении психического заболевания таким специалистом является психиатр, если ведущее нарушение – это учебные трудности, то основная ответственность возлагается на коррекционного педагога и т. п. Остальные специалисты в этот период выполняют вспомогательную функцию.

После совместного обсуждения, в зависимости от результатов обследования, может осуществляться:

- дополнительная объективная диагностика (например, ЭЭГ, РЭГ, аудиограмма и т. д.);
- лечение выявленных заболеваний у соответствующих специалистов, в т. ч. у психиатра;
- коррекционные занятия, проводимые коррекционным педагогом (в процессе таких занятий осуществляется ознакомление родителей с принципами построения компенсирующих занятий и обучение методам их проведения);
- индивидуальная и групповая психотерапевтическая работа с детьми и родителями;
- семейные тренинги и т. п.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ДЕТЕЙ

Для психологического обследования усыновленных детей может быть рекомендован следующий набор диагностических методик, успешно апробированный на данном контингенте: *«Дом-дерево-человек»* с подробными рассказами-описаниями по предложенным вопросам; *«Несуществующее животное»* (с дополнительными заданиями – самое злое, самое несчастное и самое счастливое) с описанием условий существования, имеющимися желаниями и мечтами; *«Рисунок человека»* с подробным рассказом; *«Семья животных»*, *«Фантастическая семья»*, *«Динамическая семья»*; *тест «Метаморфозы»*; *«Пиктограмма»*; *«Классификация»*; *Прогрессивные матрицы Равена*; *модифицированный тест Люшера*; *TAT, CAT*, и др.

Психологическое обследование может преследовать различные цели, в значительной степени определяющие как набор используемых методик, так и характер выводов. Можно выделить следующие наиболее распространенные цели психологического обследования:

- **диагностическая** (дифференциальная диагностика, динамическое наблюдение, в частности – эффективность лечения);
- **экспертная**;
- выявление направлений **психокоррекции** и/или **психотерапии**.

Если в обследовании преобладает **диагностическая цель**, то психолог концентрируется на определении психического состояния ребенка, выявляя особенности познавательной деятельности, мотивационно-волевой сферы, эмоциональных проявлений (тревожность, агрессивность и т.п.), личности в целом; определяет уровень интеллектуального развития в соотношении с возрастной нормой. Выявляет симптомы тех или иных нарушений в психическом развитии: психического недоразвития, искаженного, дисгармоничного развития, неврозов, дебюта психических заболеваний и т. п. Определяет динамику улучшений в психической деятельности в связи с проводимым лечением или психокоррекцией. Полученные данные служат объективными показателями влияния терапии или коррекционного обучения.

Выявленные психологом особенности нарушений психической деятельности помогают установить правильный диагноз, т. к. при различных заболеваниях нарушения имеют свою специфику (например, особенности мышления существенно различны при олигофрении и шизофрении). Обнаруженные симптомы нарушений в психическом развитии позволяют вовремя направить ребенка к соответствующему специалисту для уточнения или подтверждения диагноза или для дифференциальной диагностики.

Экспертная цель предполагает определение типа учреждения (детского сада, школы), наиболее соответствующего психологическим проблемам ребенка. Важнейшим направлением обследования при этом становится выявление уровня обучаемости ребенка, определение специфических трудностей в обучении (дисграфии, дислексии, дискалькулии и т.п.). Опираясь на полученные данные о нарушенных и сохранных психических функций ребенка, психолог помогает выбрать тип школы, где возможна максимальная компенсация дефекта. В психологическом заключении следует указать также выявленные противопоказания.

Еще одна нередкая цель психологического обследования – **выявление направлений коррекции и психотерапии**. Результаты обследования используются в ходе осуществления корректирующих воздействий. Для достижения этой цели психолог выявляет потенциальные возможности ребенка, его личностные ресурсы. Он определяет сохранные психологические структуры, служащие опорой для коррекционной работы, и, напротив, обнаруживает признаки распада или регресса психических функций.

Любое психологическое обследование должно иметь также **психотерапевтическую составляющую**. Так, улучшение в состоянии ребенка следует использовать для выработки у него дальнейшей оптимистической установки. В ходе обследования важно показать ребенку и родителям его способности, потенциальные возможности. Родителям иногда необходимо наглядно показать также проблемы и трудности их детей (для более адекватной оценки).

Описание методик

«Рисунок человека»

Тест - один из наиболее часто используемых диагностических методов. Данные, получаемые с помощью методики, не очень надежны и требуют дополнительной проверки, но они позволяют сразу же выдвинуть разумные гипотезы о том, какие психологические проблемы имеются у ребенка.

Проведение теста. Перед ребенком кладут лист бумаги (вертикально) и простой карандаш с резинкой (карандаш должен быть достаточно мягким – М или 2М).

Инструкция: *«Нарисуй человека – всего, целиком. Постарайся нарисовать как можно лучше – так, как ты умеешь».* Если ребенок задает уточняющие вопросы («Мальчика или девочку?», «А надо одетого, а можно, чтобы он был в шляпе?» и т. п.), то ему говорят: *«Рисуй так, как тебе хочется».* Если же вопрос противоречит инструкции («А можно нарисовать только лицо?»), то ее частично повторяют (*«Нарисуй, пожалуйста, его всего, целиком»*). Бывает, что ребенок отказывается выполнять задание, утверждая, что он не умеет рисовать. Тогда надо сказать ему, что вам (проверяющему) интересны любые детские рисунки, что не очень хороший рисунок лучше, чем никакого, что вы не принимаете его в художественную школу, а просто хотите посмотреть, как хорошо он умеет рисовать.

Проводя обследование подростка, полезно после выполнения задания дать ему еще один лист и попросить нарисовать человека противоположного пола.

После того как рисунок выполнен, ребенка просят: *«Придумай рассказ про этого человека, напиши (или расскажи, в зависимости от возраста обследуемого ребенка) все-все, что ты про него знаешь. Можешь придумать ему имя, сколько ему лет, какой у него характер. Что ему нравится, а что нет? Чем он обычно занимается, что он не хочет, но ему приходится делать?»* и т. д.

Можно задать следующие дополнительные вопросы:

1. Этот человек мужского или женского пола?
2. Как он обычно себя чувствует?
3. Что он больше всего любит делать?
4. Что он меньше всего любит делать?:
5. Назови самые лучшие и самые худшие качества этого человека.
6. Что может разозлить этого человека?
7. А что он делает, когда злится?
8. Каких животных напоминает тебе этот человек?
9. Какие части тела наиболее сильные, какие наиболее слабые?
10. Что обычно другие люди думают об этом человеке?

«Дом-дерево-человек»

Тест дает дополнительную информацию о психологических особенностях ребенка. Рисунок дома отражает отношение ребенка к своей «домашней» жизни, к семье. В рисунке дерева проявляются представления, относящиеся к росту, развитию, связям с окружающей средой. Ребенку предлагается нарисовать на отдельном листе (положенном перед ним горизонтально) дом, а еще на двух листах (положенных вертикально) – человека и дерево. Дополнительную информацию дает ответ ребенка на вопрос о том, кто живет в доме.

Инструкция: *«Нарисуй, пожалуйста, дерево и дом, самые красивые, какие ты умеешь».* Если в рисунке рисунка дерева представлено условное изображение пальмы или елки, то ребенка просят нарисовать еще одно дерево, на этот раз – не пальму и не елку.

Ребенка просят: *«Расскажи про этот дом все, что ты считаешь нужным и интересным. Постарайся рассказать как можно более подробно, например, где стоит, кто в нем живет, как он устроен, насколько он старый»* и т. д.

1. Живет ли в доме тот человек, которого ты нарисовал?
2. Как относятся к этому человеку другие люди, живущие в этом доме?
3. Как относится к этому дому человек, которого ты нарисовал?
4. Как ты думаешь этот дом прочный, крепкий или нет?
5. Как ты предполагаешь в этот дом трудно проникнуть?
6. Что происходит в этом доме?
7. Если бы этот дом был человеком, как бы он себя чувствовал?
8. Если в доме будет пожар, что будет делать нарисованный тобой человек?
9. Какие части этого дома наиболее прочные, а какие наименее прочные?

Затем ребенку предлагают: *«Расскажи про это дерево все, что ты считаешь нужным и интересным, например:*

1. Какое это дерево?
2. Сколько ему лет?

3. Человек, которого ты нарисовал, для чего хотел бы использовать это дерево?
4. Какие части дерева наиболее прочные, какие наименее?
5. Оно гибкое или жесткое? Гнется легко?
6. На этом дереве живут птицы или другие животные?
7. Что будет чувствовать человек, если он срубит дерево?
8. Что думают о дереве люди, живущие в этом доме?
9. Как ты думаешь, это дерево привлекательно или нет?

«Рисунок семьи»

Методика для выявления особенностей семейных взаимоотношений в восприятии ребенка. Она проводится так же, как и другие рисуночные тесты. Лист бумаги кладется горизонтально.

Инструкция: «Нарисуй на этом листе семью». Если ребенок задает вопросы типа: «А бабушку рисовать?», то психолог отвечает: «Я не знаю, кто входит в твою семью. Ты знаешь это лучше меня».

«Динамическая семья»

Вариантом этой методики является тест «**Динамическая семья, или семья в действии**» с дополнительной **инструкцией:** «Пожалуйста, нарисуй семью так, чтобы каждый член семьи что-то делал, был занят каким-нибудь делом». У подростков этот вариант часто дает очень выразительные рисунки, но его интерпретация более очевидна, однако при наличии определенной установки ребенок может сознательно искажать результаты.

«Семья животных»

Если ребенок малодоступен, «закрывается» от психолога, то этот тест показательнее, чем «Рисунок семьи», т. к. его направленность менее очевидна. Этот тест можно использовать вместо «Рисунка семьи» или в сочетании с ним, для получения дополнительных данных. Некоторые семейные отношения в этом тесте бывают менее очевидны: в нем не всегда выдерживается реальный состав семьи ребенка (ведь он рисует не свою, а абстрактную семью).

Инструкция: «Нарисуй сказочную семью, состоящую из животных – так, чтобы все члены семьи были разными животными. Например, если в семье есть один крокодил, то можно нарисовать кролика, собаку, кого захочешь, но второго крокодила уже нельзя рисовать». Разумеется, ребенку не говорят, что это должна быть его собственная семья. Однако ассоциации все равно будут определяться его самооощением в своей семье. Если ребенок говорит, что не умеет рисовать, то ему объясняют, что если будет непонятно, кого он нарисовал, то он скажет это, а психолог запишет. После каждого рисунка психолог выясняет: какое это животное и кто оно в семье (какой член семьи), а также в какой последовательности рисовались животные. Задавая вопросы, он не произносит слов типа «мама», «папа», «ребенок», а использует нейтральное словосочетание «член семьи». Про детенышей следует узнать, девочка это или мальчик, какого приблизительно они возраста.

«Фантастическая семья»

Для получения дополнительной информации об эмоциональном климате в семье и проверки диагностических гипотез, выдвигаемых по предыдущим методикам («Рисунок семьи», «Семья животных»), ребенку предлагается изобразить еще один вариант семьи.

Инструкция: «Представь, что в твою семью пришел волшебник и всех вас заколдовал и превратил в какие-нибудь неживые предметы. Как ты думаешь, в какие предметы превратил вас волшебник? Нарисуй, пожалуйста, эти предметы на листе бумаги и объясни, почему волшебник так решил». У ребенка подробно расспрашивают, почему папа оказался превращенным, например, в «растекшуюся геркулесовую кашу», мама – «в тонкий, черствый французский батон, лежащий в плотно закрытой хлебнице», а сам ребенок – «в дивную картину, которой все любят».

«Несуществующее животное»

Эта методика очень информативна. Лист бумаги кладется горизонтально.

Инструкция дается следующим образом: «Давай посмотрим, как ты умеешь придумывать и воображать. Придумай и нарисуй животное, которого на самом деле не бывает и никогда не было. До тебя его никто не придумывал – поэтому его нет ни в сказках, ни в компьютерных играх, ни в мультфильмах. Это твоя фантазия, представь любое животное и зарисуй». Когда ребенок кончает рисовать, его просят придумать животному название. Оно записывается в протоколе. После этого психолог говорит: «Теперь расскажи про его образ жизни. Как оно живет?» Рассказ записывается по возможности дословно. Если в нем нет соответствующих сведений, то задаются дополнительные вопросы:

1. Чем оно питается?
2. Где живет?
3. Чем оно обычно занимается?
4. Что оно любит делать больше всего?

5. А чего оно больше всего не любит?
6. Оно живет одно или с кем-нибудь еще?
7. Есть у него друзья? кто? А враги у него есть? кто? почему они его враги?
8. Есть что-нибудь, чего оно боится, или оно ничего не боится?
9. Какого оно размера?

Затем ребенку предлагают представить себе, что это животное встретило волшебника, который готов выполнить любые три его желания, и спрашивают, какими могли бы быть эти желания. Все ответы записываются в протокол. Методика может быть дополнена заданиями «Злое, несчастное и счастливое животные», хорошо выявляющие агрессию, скрытые депрессивные тенденции, основные ценности.

«Пиктограмма»

Методика позволяет получить представление о состоянии разных психических процессов: мышления, смысловой памяти, воображения, об уровне организации действий, о личностных и эмоциональных особенностях ребенка.

Инструкция: *«Сейчас мы проверим, как ты запоминаешь слова. Чтобы тебе легче было их запомнить, сделай к каждому слову какой-нибудь простой рисунок. Он не должен быть хорошим. Надо только, чтобы потом он напомнил тебе это слово. Слов будет много; надо, чтобы все рисунки поместились на этой странице. Писать слова или буквы нельзя».* Затем ребенку по одному зачитываются слова или простые словосочетания для запоминания. После каждого слова (словосочетания) ему дается достаточно времени для того, чтобы сделать рисунок. Если он работает медленно, можно поторопить: *«Заканчивай этот рисунок, я даю следующее слово»* (но все равно надо дожидаться, пока он закончит). Если рисунки не помещаются на одном листе, надо дать второй (а иногда и третий), но напомнить: *«Старайся, чтобы все рисунки поместились на одном листе».*

По завершении каждого рисунка у ребенка спрашивают: *«Как этот рисунок поможет тебе вспомнить слово?»* Объяснения записывают в протоколе. Если ребенок отказывается объяснять (например, говорит: «Просто напомнит»), то не надо настаивать. Если он дает объяснения сам, без дополнительного вопроса, то вопрос, естественно, не задается. Если ребенок не понимает смысла задания, можно спросить его: *«О чем тебе напоминают слова «веселый праздник»?»* Предположим, он отвечает: *«О елке».* Тогда вы говорите: *«Вот и нарисуй елку, а потом она напомнит тебе слова «веселый праздник».* Объяснение дается только один раз. Если его недостаточно, то от методики придется отказаться.

Для методики существует несколько стандартных наборов слов и словосочетаний. Вот один из них: **веселый праздник; болезнь; тяжелая работа; вкусный ужин; строгая учительница; теплый ветер; дружба; обман; слепой мальчик; сомнение; семья; развитие.**

После того как закончен рисунок к последнему слову, лист с рисунками убирается. Через 30-40 мин., в течение которых проводятся другие методики, ребенку снова дают лист со сделанными им рисунками и предлагают вспомнить слова. В протоколе записывается, как он воспроизводит каждое из слов и словосочетаний.

«Десять слов»

Методика направлена на изучение словесной слуховой памяти. Ее желательно проводить в первой половине обследования, чтобы ребенок не был усталым (утомление сильно сказывается на продуктивности запоминания).

Инструкция: *«Сейчас я прочитаю тебе слова. Ты их выслушаешь и постарайся запомнить. Когда я кончу читать, ты повторишь все слова, которые запомнил. Слова можно называть в любом порядке».* После сообщения инструкции зачитываются слова - четко, достаточно громко и не очень быстро (приблизительно одно слово в секунду). Если ребенок начинает воспроизведение до завершения чтения, то его останавливают (желательно, жестом) и продолжают чтение. Во время проведения этого теста недопустимы отвлекающие факторы (нельзя позволять, чтобы кто-либо вставал, заходил в экспериментальную комнату и т. п.). Сразу же по окончании чтения говорят: *«Теперь повтори слова, которые ты запомнил».* Называемые слова отмечают в первом пустом столбце протокола. Когда ребенок кончит воспроизведение слов, надо похвалить его за то, как много слов он запомнил (даже если в действительности результаты воспроизведения низки), и сказать: *«А теперь мы будем учить оставшиеся слова. Я снова прочитаю их, а когда я кончу читать, ты повторишь все слова, которые вспомнишь, — и те, которые ты в первый раз уже называл, и те, которые тогда забыл».* Затем процедура повторяется (снова зачитываются все 10 слов). Результаты воспроизведения фиксируются во втором столбце протокола. Если при воспроизведении ребенок, вопреки инструкции, называет только вновь запомненные слова, не называя тех, которые он воспроизвел в первый раз, то ему говорят: *«Те слова, которые ты говорил в прошлый раз, тоже надо назвать снова».* Затем, если выучены не все слова, та же процедура повторяется в третий раз. Если теперь воспроизведено 9 или все 10 слов, то процедура заканчивается; в противном случае она повторяется в четвертый раз. Далее повторять заучивание нецелесообразно, даже если выучены не все слова. Спустя 30-40 мин., в течение которых либо проводятся другие методики,

либо начинается завершающая беседа с клиентом, ребенка снова просят вспомнить слова, которые он выучил (на этот раз слова предварительно не зачитываются). Результаты заносятся в пятый столбец протокола.

Для этой методики имеется несколько стандартных наборов слов, к примеру: **дом, лес, кот, ночь, окно, сено, мед, игла, конь, мост.**

«Классификация»

Методика позволяет подробно охарактеризовать уровень обобщения и абстрагирования, развитие понятийной структуры мышления, критичность и обдуманность действий, логическую память, наличие качественных нарушений мышления (разноплановость суждений, ассоциации по слабым признакам и т. п.). Наряду с этим она позволяет выявлять и некоторые личностные особенности, такие как повышенный уровень *тревожности, ригидность* (вязкость).⁸

«Прогрессивные матрицы Равена»

Методика позволяет оценить способность ребенка к выявлению скрытых закономерностей, уровень развития мышления по аналогии, сформированность логических операций классификации и сериации. Наличие нескольких серий дает возможность оценить возможности ребенка в организации и систематизации материала на различных уровнях: перцептивном (зрительном), конкретном интеллектуальном (образно-интуитивном), абстрактном интеллектуальном (логическом). Большим достоинством методики является наличие объективного количественного показателя, который может быть однозначно соотнесен с возрастными нормами.

Инструкция: *«Посмотри внимательно и определи, какая из нижних картинок больше всего подходит, чтобы ее вставить в пустой прямоугольник, для этого постарайся найти необходимое правило».*

Подготовка психологического заключения

Заключения пишутся принципиально по-разному в зависимости от адресата. Если адресатом является ребенок-подросток, то заключение дается устно.

В заключении, предназначенном для врача, отражается:

- нозологическая специфика когнитивных и эмоционально-личностных нарушений;
- структура нарушений;
- перечень сохранных функций («за» и «против» по отношению к возможным диагнозам);
- динамика состояния (в сопоставлении с возрастной нормой).

Заключение, предназначенное для педагога (коррекционного педагога), должно содержать:

- указание коррекционных задач;
- описание личностных ресурсов и сохранных функций, на которые можно опереться в коррекционной работе;

- перечень возможных коррекционных методов;
- указание рекомендуемых форм учебного общения;
- режим распределения учебной нагрузки.

Заключение должно быть написано понятным педагогу языком.

В заключении для родителей важно отметить:

- суть психологических проблем ребенка;
- рекомендуемый тип школы;
- принципы построения общения с ребенком в семье.

Тактика проведения консультирования

Консультирование семьи с ребенком условно может быть разбито на следующие этапы:

1. Экспериментально-диагностическое обследование ребенка (этот важный этап ниже будет описываться подробно)

2. Сбор дополнительных данных о ребенке:

• от **родителей** – описание психологического портрета и проблем ребенка; удобная форма для этого – «свободное сочинение родителей», где важно отметить позитивное и негативное в своем ребенке, ожидания от ребенка, жалобы, запрос на консультирование, каким образом уже пробовали решать проблемы, какая родительская активность и участие предполагается;

- от **педагогов** – характеристики;
- от **медиков** (истории развития, болезни);
- от **социальных работников**;
- из собственных **наблюдений** за общением ребенка и родителей.

⁸ См. подробное описание методики в кн. С. Я. Рубинштейн «Экспериментальные методики патопсихологического исследования».

3. Анализ полученных данных:

- определение взаимосвязи выявленных фактов, (психологических симптомов, синдромов);
- построение и проверка рабочих гипотез.

4. Постановка психологического диагноза.

Психологический диагноз представляет собой конечный результат деятельности психолога. Он направлен на выяснение сущности индивидуально-психологических особенностей личности ребенка с целью оценки ее актуального состояния, прогноза дальнейшего развития и разработки рекомендаций. Диагноз должен быть основан на критическом и осторожном истолковании данных, полученных из различных источников. Если диагноз верен, то он должен сделать понятной ту внешнюю картину проявлений, в которых обнаруживает себя данный процесс развития. Он позволяет также построить адекватный прогноз, т. е. предсказать на основе проведенного исследования дальнейший путь и характер детского развития. Содержанием прогноза должна явиться вся полнота процесса развития, необходимо понять внутреннюю логику самодвижения процесса развития.

5. Рекомендации родителям и самому ребенку.

Задача консультанта состоит не только в том, чтобы дать рекомендации (и уж тем более не ограничиваться констатацией проблем), а в том, чтобы обеспечить, насколько возможно, их реализацию. Для этого необходим учет установок родителей, бытовой ситуации и т. п. Родителям необходимо дать четкие, ясные указания относительно мероприятий по отношению к ребенку и к тем социальным явлениям, которые должны быть устранены. Важно обеспечить **психотерапевтический аспект** в беседе с родителями и ребенком. Обязательно дать психологическую поддержку и определить ближайшие реальные перспективы. Совместно с родителями проводятся обсуждение и конкретизация рекомендаций, которые в общем виде дает консультант. Получив назначения, родитель должен знать, что он конкретно будет делать, какие для этого привлекаются средства, какой эффект от них ожидается. Задача консультанта-психолога определяется им самим, а не клиентом-родителем. Она может не совпадать с предъявленным запросом. На первом месте для психолога стоят интересы ребенка, а не пожелания родителей или педагогов!

Взаимодействие с ребенком в процессе обследования

1. Установление контакта

Первоначальный контакт предполагает знакомство с ребенком, вовлечение его в деятельность, постановку задания. Контакт может проходить в форме: вовлечения в совместную игру; выполнения простого и привлекательного задания; непринужденного знакомства. При установлении контакта большое значение имеет позиция психолога. В зависимости от возраста ребенка, его мотивации и т. п., это может быть:

- заинтересованность деятельностью;
- заинтересованность ребенком;
- «учительская» позиция (когда психолог ставит задачу научить ребенка чему-либо);
- игровая;
- помощь в самопознании (эта позиция особенно бывает полезна при обследовании подростков);
- демонстрация возможностей психологических методов (также при обследовании подростков).

На этом этапе обследования оценивается и отмечается в протоколе **реакция ребенка на психолога и на привлечение к контакту**: заинтересованность в контакте, степень ее выраженности, инициативность ребенка. Если реакция отрицательная, то отмечается, чем она вызвана (резким негативизмом, протестом, оппозиционностью, отгороженностью, страхом, выраженной двигательной расторможенностью, формальностью, интеллектуальной недостаточностью и т. п.).

Указываются **примененные способы вовлечения ребенка в контакт** и его реакции на них: на тактильное воздействие, зрительный контакт, речевое обращение, эмоциональное привлечение. Отмечается заинтересованность ребенка игрушками и т.д. Фиксируется время, необходимое для установления контакта, способствующие этому условия.

2. Процесс выполнения заданий

В процессе выполнения ребенком задания позиция психолога может быть сохранена той же, что и при установлении контакта, а может быть изменена в соответствии с целями обследования. Важными компонентами позиции обследующего становятся:

- оценка действий ребенка и достигаемых результатов;
- комментарии;
- эмоциональная поддержка;
- организационная помощь в деятельности;
- обучение.

На этом этапе оцениваются и фиксируются в протоколе особенности **принятия задания** (принимает

ли, старается ли, чем мотивирован и т. п.). Важный показатель – это *адекватность действий* (примерами неадекватных действий могут служить попытки ребенка засунуть верхнюю часть матрешки в нижнюю, или сначала надеть верхушку пирамидки, а уже потом – кольца и т. п.)

Для определения уровня психического развития ребенка важен учет *способов выполнения заданий*. Основные способы выполнения задания – это:

- **Ориентировка только на результат.** Ребенок производит практические пробы, пытаясь применить для достижения результата даже физическую силу (втискивание, вколачивание), но не учитывая свойств предметов.
- **Внешние ориентировочные действия.** Ребенок производит пробы или промеривание, т. к. не может еще вычленивать необходимые свойства объектов в перцептивном плане (т. е. зрительно или тактильно).
- **Сочетание элементов внешнего ориентировочного действия со зрительным перцептивным действием.** Ребенок опирается на свойства предметов, зрительно выделяет и соотносит их, но в трудных случаях прибегает к примериванию.
- **Полностью свернутая ориентировка.** Внешне проявляется только исполнительное действие, ведущее к безошибочному результату.

Важным показателем уровня умственного развития и мотивации служит также степень *целенаправленности* действий ребенка, его отношение к конечному результату деятельности и способность его учитывать.

3. Диагностическое обучение

Диагностическое обучение проводится в пределах тех заданий, которые даются для детей соответствующего возраста. Оно помогает определить потенциальные возможности ребенка, *зону ближайшего развития*. В ходе диагностического обучения производится также выявление причин нарушений обучения (эмоционально-волевые особенности или интеллектуальное снижение). Помощь может оказываться в форме:

- эмоциональной поддержки;
- жестовой инструкции (показа жестом, куда ребенок должен поставить тот или иной объект, и т. п.);
- организующих воздействий;
- показа;
- словесной инструкции;
- указания на ошибку.

В ходе диагностического обучения оценивается и фиксируется в протоколе *характер помощи*, оказываемой ребенку, и его умение ее использовать. Важными *показателями обучаемости* служат: перенос на аналогичные задания; переход от неадекватных действий к адекватным или к более высокому способу действия.

4. Беседы с ребенком

Беседа может включать следующие темы:

- отношение к визиту и к обследованию;
- общая ситуация в семье, школе, с друзьями и т. п.;
- отношение ребенка к разным сферам жизни, проблемы;
- симптоматика (страхи, идеи, психосоматика и т. п.);
- выходы в более широкую проблематику;
- совместное определение перспектив.

5. Наблюдения в ходе обследования и беседы

Объектами наблюдения в ходе обследования и беседы являются:

- **внешний вид ребенка**, поза, мимика, вегетативные реакции; особенности речи;
- **эмоциональное состояние**; преобладающие эмоциональные реакции – радости, бодрости, грусти и т. п.; эмоциональная устойчивость, лабильность;
- **двигательное поведение** – моторная активность; патологические поведенческие феномены (тики, навязчивости, стереотипии, и т.п.);
- **поведение в новой ситуации**, общие реакции на новую обстановку – исследование помещения, уход от ситуации обследования (пассивность, скованность, тревожность, страхи, напряженность и т. д.);
- **стремление к игре**, к общению (интерес, к людям) и т. п.;
- **реакция на незнакомого взрослого** (попытки привлечь его внимание, опасение, негативизм...);
- **вхождение в контакт** (насколько охотно; чем мотивирован);
- **последующее общение** (эмоциональность/формальность; чем и насколько мотивирован);
- **выполнение заданий** (принимает ли, старается ли, чем мотивирован, способы...);
- **отношение к положительной/отрицательной оценке** проверяющего;
- **общение с родителями** (обращения за поддержкой, оценкой; негативизм и т. п.).

6. При выполнении всех заданий оцениваются:

Внимание – это психический процесс, обеспечивающий сосредоточение на деятельности, осуществляемой в настоящий момент; зависит от состояния ребенка - резко ухудшается при утомлении, в состоянии астении, при органическом поражении мозга, при резком повышении уровня тревоги (в состоянии стресса), импульсивности. Особенности внимания: концентрация (способность работать, не отвлекаясь), распределение (способность одновременно выполнять две или более деятельности), переключение (легкость перехода от одной деятельности к другой), длительность сосредоточения.

Организация действий – более конкретные навыки построения своей работы: способность спланировать ее, четко следовать выработанному плану, проверять достигнутый результат и сравнивать его с требуемым, вносить необходимые изменения и т. п.

Уровень работоспособности: гипостенический, гиперстенический.

Поведенческие феномены: реакция на успех, неудачу, порицание, похвалу.

Отношение к ошибкам: замечает и исправляет сам; легко поддается коррекции психолога; настаивает на неправильном варианте.

Структура психологического заключения

Психологическое заключение не рекомендуется составлять, последовательно описывая данные, полученные по отдельным методикам. Анализ этих данных (в совокупности с результатами наблюдений, анамнестическими сведениями, показателями успеваемости, жалобами родителей и принесенными ими материалами и т. п.) следует провести заранее. Заключение желательно писать в более обобщенном виде, приводя наиболее яркие и специфические примеры-выдержки.

Один из возможных вариантов содержательной логики построения развернутого психологического заключения приводится ниже (в ряде случаев можно ограничиться более краткими вариантами заключения).

Формальные данные (имя, фамилия, возраст ребенка);
необходимые анамнестические данные, жалобы (иногда – запрос);
особенности внешнего вида;
особенности поведения в ситуации обследования;
особенности контакта: дистанция, отношение к проверяющему, способы установления контакта;
оценка эмоционального состояния: отношение к заданиям и результатам, мотивация, критичность, эмоциональное реагирование;

общая характеристика деятельности: темп работы, работоспособность, организация деятельности, контроль – регуляторные функции, отношение к ошибкам и возможность исправления, пространственные представления;

внимание: объем, сосредоточение, концентрация, распределение, переключение;
моторика: мелкая, крупная;
речь: экспрессивная, импрессивная (понимание сложных конструкций);
обучаемость: реакция на помощь и на оценку, какая помощь необходима, как принимается ребенком, насколько повышает результат;
результаты выполнения заданий с указанием: способов (а не только результатов), типов ошибок, положительных показателей, отрицательных показателей.

Состояние когнитивных психических функций.

Память: вербальная, невербальная, зрительная, слуховая, тактильная, механическая, логическая);
уровень интеллектуального развития (соответствие возрастным нормам);
мышление: уровень обобщения и абстрагирования, развитие понятийной структуры мышления, качественные нарушения мышления (разноплановость суждений, ассоциации по слабым признакам и т. п.)

Личностные особенности: специфика межличностных отношений, аффективные особенности - тревожность, агрессивность, лабильность и т. п.

Резюме: обобщение, выявляющее специфику состояния и психических функций (пишется с учетом адресата и целей обследования); это и есть психологический диагноз.

Вероятностный прогноз развития.

Рекомендации (главная часть психологического заключения – то, ради чего оно пишется).

Подпись. Дата.

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ КОНСИЛИУМ

Консилиум состоялся 27.11.03 г. на кафедре детской и подростковой психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Российской медицинской академии последипломного образования. Присутствовали 32 человека (психологи, психиатры, психотерапевты, коррекционные педагоги, сотрудники и курсанты кафедры, студенты психологических ВУЗов).

Ведет консилиум канд. мед. наук А. А. Северный.

История болезни ребенка представлена психиатром Московской городской детской психиатрической больницы № 6 И. Ю. Ширяевой. Материалы истории болезни подготовлены к публикации аспирантом кафедры Л. В. Пилюгиной.

Больная Х. 9,5 л.

Не учится. Поступила в Московскую городскую детскую психиатрическую больницу № 6 впервые 11.09.03 г. с жалобами на отставание в развитии, отказ от учебы, раздражительность, протестные реакции.

Наследственность

Линия отца

Дед и бабушка по линии отца – несдержанные, раздражительные, шумные. По словам бабушки по линии матери – «все психи, кричат, шумят», нецензурно бранятся. В период пребывания обследуемой в их доме главными методами воспитания были ругань и хворостина..

Отец – 32 л., образование среднее, служил в армии. В разводе с матерью ребенка (с 3-4-летнего возраста девочки). Известно, что в подростковом периоде отмечались нарушения поведения, хулиганство. В настоящее время общительный («душа компании»), возбудимый, раздражительный, любая мелочь выводит его из себя. Однажды сломал себе палец, ударив в гневе рукой по стене. Со слов бабушки по линии матери, крайне неуравновешенный, «когда он заходил в квартиру, казалось, что все падало и ломалось». Когда бабушка стала настаивать на консультации ребенка психиатром, отец выгнал ее из дома и запретил впредь там появляться. С дочерью был груб, кричал и нецензурно выражался, воспитанием ребенка никогда не занимался. После развода в жизни дочери не участвует.

Линия матери

Дед, 49 л., служил в армии, образование среднее техническое. Необщительный, все свободное время проводит за чтением книг, выпивает.

Бабушка, 49 л., образование высшее педагогическое, по специальности никогда не работала, работала в учреждениях социальной защиты. Себя характеризует как спокойную, общительную, уравновешенную. Говорит, что в последние 1,5 г., когда стала жить с внучкой, появились несдержанность и раздражительной. Не оставила девочку в стационаре одну, госпитализирована вместе с ней и неотлучно находится в больнице с ребенком. Многословна, чрезмерно активна, по любому поводу имеет собственное мнение, проблемы внучки в основном связывает с дефектом воспитания и отсутствием систематических занятий.

Мать, 30 л., образование высшее экономическое, в настоящее время находится в отпуске по уходу за младшим ребенком. Бабушка характеризует ее как очень спокойную, общительную, безразличную к дочери, настойчивую в достижении целей («ни на кого не посмотрит»). За 2 мес. стационарирования дочери навестила ее только один раз. В беседе с врачом формальна, проблемами ребенка не интересуется. Со вторым мужем и дочерью от второго брака живет отдельно от своей матери, у которой воспитывается старший ребенок, так что обследуемую видит с лучшим случае один раз в неделю, когда ее привозит бабушка.

Младшая сестра, 1.5 л., развивается правильно.

Анамнез со слов матери.

Девочка от 1 беременности, протекавшей без токсикоза, но на фоне психологического стресса (ссоры, скандалы, ревность мужа). Роды в срок, самостоятельные. К груди приложена в первые сутки. С рождения и до 6 мес. отмечалась кривошея, была «вывернута нога». Сосала активно. В течение первых 6 мес. после кормления и смены пеленок кричала и плакала. Вечером было трудно уложить спать, засыпала, лишь когда ее с силой трясли и укачивали по максимально возможно амплитуде («ставили вертикально»). Спала только с матерью, очень чутко, стоило матери пошевелиться, как девочка просыпалась и снова плакала. Матери казалось, что дочь развивается нормально, но окружающие замечали, что она не фиксирует взгляд на предметах, лицах, было ощущение, что она смотрит, но не видит. Яркие игрушки ее не интересовали. Любила быть на руках, но ей было безразлично, кто именно держит ее. О сроках психомоторного развития мать сведений дать не может, ссылаясь на то, что их уже не помнит. Практически не болела простудными заболеваниями. В 4-летнем возрасте перенесла пневмонию в легкой форме.

После года узнавала обращенную речь, на имя реагировала, узнавала и различала родных. Была больше привязана к матери, расставалась с ней плача, радостно кричала при встрече. Однако никогда не люби-

ла проявлений ласки от окружающих. Первые слова появились около 3 л., словарный запас был крайне бедным и медленно нарастал. После 5-6 л. появилась фразовая речь с искаженным произнесением слов. Казалось, что она намеренно произносит слова неправильно. Была многословна, речь ускорена, в связи с чем понять девочку было трудно. Использовала в речи определенные фразы, услышанные от окружающих, свои мысли сформулировать не могла. Казалось, что говорила «лишь бы что», не адекватно ситуации.

В детский сад пошла в 2,5 года, адаптировалась сразу, уходила и приходила спокойной. Навыки обслуживания были развиты недостаточно: не умела завязывать шнурки, застегивать молнии, самостоятельно одеваться. Воспитатели отмечали, что девочку невозможно организовать для занятий, но при этом она лучше всех играла в сюжетно-ролевые игры (дом, больница, парикмахерская), была адекватна в рамках выбранной роли, могла организовать на игру детей. Дома также было крайне сложно заниматься с ребенком, научить ее чему-то новому. Девочка постоянно отвлекалась, раздражалась, отказывалась от занятий со слезами и криком: «не хочу, не умею», швыряла предметы, забиралась под стол, убегала в другую комнату. Никогда не задавала никаких вопросов.

Настроение постоянно было приподнятым. Не обращала внимания, когда дети отнимали у нее игрушки. Тянулась к детям, первая вступала в контакт, но не могла играть с ними, т. к. была очень подвижна, все хватала. В общении в глаза собеседнику не смотрела, взгляд был устремлен в сторону или «сквозь человека».

Любит слушать сказки, требует многократно перечитывать одну и ту же сказку («Русалочка»). На вопросы по содержанию прочитанного ответить не может. Любит собирать пазлы (100 деталей и больше), делает это лучше и быстрее всех. Начинает с нетипичных фрагментов, не соотносит их с образцом, пользуясь какой-то своей логикой. С удовольствием смотрит мультфильмы, детские фильмы. Плачет, когда в фильмах обижают детей, но вообще плачет редко, легко успокаивается.

После развода родителей и до 8 л., проживала на Украине с бабушкой и дедушкой по линии отца. В 7-летнем возрасте проходила комиссию перед поступлением в школу. Восприняла ситуацию общения со специалистами как игру, отказалась от выполнения заданий, смеялась, дурачилась. Педагоги сообщили, что к обучению девочка не готова. Тогда же обратились к психоневрологу с жалобами на особенности речи и поведения, которое мать охарактеризовала как истеричное и агрессивное. Диагнозом мать не интересовалась. Девочка получала пантогам и когитум. После переезда к матери в Воркуту пошла в 1 класс массовой школы. Легко вступала в контакт с детьми, стремилась к ним, в общении была доброжелательна. Училась в течение 2 мес., выучила все буквы, но не смогла освоить математику. Затем девочку отвезли к бабушке по линии матери в Москву. Жила без матери несколько месяцев. Разлуку перенесла спокойно и встретила мать безразлично. В настоящее время, зная буквы, не может слить их в слоги, не может освоить цифры, считает до 10 на конкретном материале, но не всегда, однако, накрывая на стол к обеду, берет столько ложек, сколько человек садится обедать. С отчимом общается охотно, но предпочитает присутствие матери, любит играть с младшей сестрой.

Анамнез со слов бабушки по линии матери.

Девочка проживает с бабушкой последние 1,5 года. Родилась в Воркуте, где в это время жили родители. В периоде новорожденности была беспокойной, постоянно кричала. В возрасте 1 года упала с высоты собственного роста и ударила головой. Признаков травмы головного мозга не было, к врачу не обращались. Бабушка была выгнана из дома отцом девочки из-за того, что посоветовала обратиться с ней к психиатру, и до 4 л. не видела ребенка.

В 4-летнем возрасте, когда девочку впервые привезли в Москву, бабушка обратила внимание на то, что девочка не сразу откликается на имя, смотрит отсутствующим взглядом, не выполняет обращенных к ней просьб. Практически не разговаривала, пользовалась только отдельными словами, говорила быстро и невнятно. Была непослушная, чрезмерно подвижная, убегала от взрослых. Одеваться самостоятельно не могла. Путала «право» и «лево». Часто вела себя не адекватно ситуации. Отмечалось опущение левого угла рта вниз, обильное слюнотечение. Девочка была проконсультирована ортопедом (вальгусная установка стоп) и неврологом. На осмотре повела себя «буйно», протестовала, бегала по коридору, выстроила всех детей и стала ими командовать. По заключению врачей, грубой патологии выявлено не было. В этом возрасте могла самостоятельно есть, пользовалась ложкой и вилок, лицо после еды было грязным. Гигиенические навыки были сформированы.

Примерно в 4-5 лет начала рвать на мелкие клочки бумагу, газеты, занималась этим часами, отвлечь ее было невозможно, объяснить свои действия не могла. Могла вдруг засмеяться, подолгу не останавливалась, «приступы смеха» не имели повода. Такое состояние длилось, очевидно, около одного года. С этого возраста была оформлена инвалидность с детства сроком до марта 2004 г. с диагнозом «умственной отсталости».

В следующий раз бабушка увиделась с девочкой, когда той было 6 лет. К этому времени речь стала лучше, но сохранялась нечеткость произношения. Девочка не задавала познавательных вопросов, не знала стихотворений, пересказ сформирован не был. Пространственные и временные понятия отсутствовали. Не

могла рассуждать на отвлеченные темы. Рисунок был примитивным, могла вырезать несложные фигуры, называла круг и квадрат. В играх копировала действия взрослых (например, воспитательницы), собирала детей, пыталась ими командовать, выбирая себе роль лидера, из-за чего ровесники ее не принимали. В 7 лет в течение 2 мес. ходила в школу, но там только «отсиживалась», т. к. матери не с кем было ее оставить. Регулярно обучением ребенка никто не занимался.

С 8-летнего возраста постоянно проживает с бабушкой. До этого возраста могла одеться неправильно, наизнанку, разницы не понимала. Колготки научилась одевать правильно после 9 лет. Бабушка отмечает, что девочка невнимательна, перескакивает с темы на тему, отказывается от обучающих занятий. По словам бабушки, год от года навыки развиваются, становятся лучше. В настоящее время девочка заправляет за собой постель, может помыть посуду, охотно стирает свое нижнее белье. Однако в поведении нарастают трудности. Девочка упряма, делает все по-своему, протестует против разумных требований, капризна, постоянно требует покупать ей игрушки, сладости. Назойлива со взрослыми, в том числе с незнакомыми, нет чувства дистанции. На улице может подойти к любому человеку и начать разговор: «Какая Вы хорошая, я хочу с Вами поговорить, как Вас зовут, есть ли у Вас муж?» и т. п. Чаще обращается к взрослым на «ты». Сердится и отталкивает бабушку, когда та пытается ее урезонить, начинает кричать и обзывать ее грубыми словами. Если бабушка не выполняет ее прихотей, обзывает ее – «ты похожа на крысу, я на тебя натравлю крысу, превращу в летучую мышь». В ответ на ограничения говорит: «Я тебя слышать не хочу», прогоняет бабушку, закрывает лицо руками или может совсем не разговаривать, не откликаться на обращения. Может разговаривать в приказном тоне – «давай, показывай буквы, не ответишь правильно, я тебя накажу. Поддай мне, принеси. Не трогай, это мое». Непонятно почему упорно называет бабушку Лидой (именем сестры бабушки). В игре, имитируя, воспроизводит какую-либо жизненную ситуацию, командует, раздает указания. В связи с этим общение с детьми не получается, но она этим не тяготится. Любит мультфильмы с волшебством, после просмотра сразу воплощает сюжеты в свою жизнь и отношения с окружающими. Поведение легко меняется в течение дня и находится в полной зависимости от настроения. Часто нуждается в жестких ограничениях, практически не обижается, легко забывает обиду. На людях, например, в метро ведет себя особенно несносно. Становится демонстративной, манерничает, принимает нелепые позы, старается отодвинуться от бабушки. Разговаривает с ней высокомерным тоном, может убежать в другой конец вагона. В общении не чувствует угнетенного настроения близкого, не может посочувствовать, но плачет при просмотре фильмов. Привязанности, теплых чувств ни к кому из близких не испытывает. Находясь в разлуке с матерью, почти не скучает, при встрече радуется, при расставании плачет, успокаивается быстро. С младшей сестрой доброжелательна, помогает по уходу. Не может находиться в темной комнате, говорит, что боится привидений. На улице пугается внешне непривлекательных людей, может закричать, убежать. В мае 2003 г. прошла районную психолого-медико-педагогическую комиссию и получила направление на госпитализацию для уточнения диагноза в Московскую городскую детскую психиатрическую больницу № 6.

Психический статус: при первом осмотре вступает в контакт легко, свободно, без малейшей робости перед незнакомым взрослым. Больная необычно оживлена, крайне импульсивна, выкрикивает отдельные слова, фразы, хватается предметы, отвлекается на окружающее, быстро и много говорит. Чувство дистанции отсутствует, к врачу обращается на «ты». Девочка часто дурашливо смеется, без видимой причины может вдруг захохотать. Мимические проявления бедные, лицо практически неподвижно, взгляд «сквозь человека». Вычурная моторика, перебирает пальцами, широко их расставляет. Голос громкий. Речь малопонятная из-за неправильного произношения и ускорения темпа речи. Логически-смысловое построение фраз нарушено. Девочка непоследовательна, часто соскальзывает на побочные ассоциации, перескакивает с одного на другое, не слышит вопросов врача, отвечает не по существу вопроса. По форме речь выглядит как обращение («Меня Лена зовут, а ты молчишь»; «Ты пришла и разбудила меня – страшная, как привидение»), но больная не дожидается реакций на свои реплики, ответов на вопросы. Периодически речь становится монологом, когда девочка, не переставая, говорит о своем. На вопросы, как ее фамилия, сколько ей лет, называет свое имя, но тут же переключается, начинает спрашивать врача, ходила ли она в зоопарк, рассказывает, что видела там сама: «Длинные шеи у жирафов, а ты видела? Там дядька кормит уток, а у нас дома есть птицы. Я ходила кормить кроликов, они полосатые и не могут есть хлеб». На неоднократные обращения к ней с вопросами начинает сердиться, отворачивается, говорит, что не хочет и не будет разговаривать. На угрозы бабушки наказать ее лишением прогулки нехотя подчиняется. Свой возраст правильно не называет, говорит, что ей 6 лет. День и месяц рождения не называет. Инструкции, предъявляемые ей, до конца не удерживает. В задании желтый цвет упорно называет синим, на замечание врача по этому поводу отвечает – «ты сама не знаешь». На вопрос, зачем ей уши, отвечает: «Мне прокололи, было больно, я боялась». Девочка легко складывает из кубиков картинку с рыбкой, без труда собирает фрагмент сказки «Три поросенка». На вопрос, сколько изображено поросят, упорно повторяет «один и две». На сюжетной картинке правильно определяет простые действия. Определение последовательности событий недоступно, рассказ

по картинке составить не может. Пыталась угостить врача конфетой. Протягивала ее врачу, тут же прятала за спину, повторяя при этом: «Ну что же ты, бери, бери!». Наличие страхов и обманов восприятия в данный момент выявить не представляется невозможным.

Неврологический статус: общемозговых и менингеальных симптомов нет. ЧМН: 1 пара - функция грубо не нарушена, 3,4,6 пары - движения глазных яблок в полном объеме, альтернирующее сходящееся косоглазие. 8 пара - нистагма нет. Двигательная сфера: парезов нет, мышечный тонус физиологичный, сухожильные рефлексы оживлены D=S, патологические рефлексы - Маринеску-Радовичи с обеих сторон, Якобсона-Ласка с обеих сторон. В позе Ромберга устойчив. Координация грубо не нарушена.

Заключение: в статусе выявляется рассеянная неврологическая микросимптоматика резидуального генеза.

Консультация нейропсихолога И. А. Марковской.

Описание состояния: результаты выполнения заданий крайне низкие, независимо от модальности и степени их сложности. Характер ошибок позволяет говорить о ведущей роли нарушений произвольных форм психической деятельности (выполнение инструкций, заданных извне) с выраженной дефицитарностью трех основных функций лобных структур - целеполагающего инициирования, программирования и контроля (в целостном поведении - не критичность). Во всех типах заданий отсутствуют спонтанные попытки компенсации затруднений; девочка не замечает ошибок и не корректирует их даже при массивной поэтапной помощи, практически не включаясь в сопряженную деятельность. Попытки поднять уровень мотивации и организации активного внимания оказывались не эффективными.

Грубое нарушение речевой регуляции проявляется в неспособности подчинить заданное действие речевым аутокомандам, даже после длительной поэтапной отработки. Более того, включение проговаривания провоцировало искажение смысла, часто с соскальзыванием на побочные ассоциации. В интеллектуальной сфере страдает не только способность к самостоятельной выработке плана, но и осуществление готовых программ (хаотичность, бездумные манипуляции с числами, кубиками в заданиях на конструктивный праксис, утрата топологической схемы графического ряда, часто с переходом на бессмысленные каракули).

Своеобразие выявленных расстройств заключается в следующем:

- диффузный характер симптоматики, что связано с преимущественной дефектностью регуляторных аспектов психической деятельности;
- несмотря на грубую разлаженность произвольной деятельности, не отмечается выраженной истощаемости, проявлений загруженности, снижения уровня бодрствования;
- в процессе выполнения заданий нет проявлений расторможенности, чрезмерной отвлекаемости на внешние раздражители, при этом отмечаются большие трудности в установлении неформального контакта, ситуация обследования игнорируется, нет реакции на похвалу и порицание;
- отмечаются реакции отказа с некоторой избирательностью заданий (рисование лица человека, осмысление рассказов, требующих эмоциональной оценки событий);
- не критичность в сочетании с эмоциональной уплощенностью проявляются в грубости с нецензурными выражениями;
- невыраженность эмоционального контакта в общении со сверстниками, привязанности к матери;
- при стойком дефекте целеполагающей инициации в рамках произвольной деятельности отмечается диссоциация между произвольной и непроизвольной формами внимания (предоставленная себе девочка может долго и успешно заниматься выкладыванием больших по объему картин из пазлов);
- выраженная диссоциация между степенью снижения интеллекта, нарушениями обобщающей и регулирующей функциями речи с достаточной сохранностью устной речи (отсутствие аграмматизмов, хороший словарный запас, сохранность номинативной речи), неспособность к развернутому высказыванию, но без стойкой актуализации гипотезы с соскальзыванием на побочные ассоциации.

Заключение: структурно-функциональная неполноценность мозга носит не локальный, а комплексный характер и захватывает в первую очередь лобные отделы с их корково-подкорковым связями (медиобазальные, конвекситальные, диэнцефальные). Дисфункция теменно-затылочных и височных отделов очевидно является вторичной, обусловленной недостаточностью активационных воздействий. Выраженное снижение уровня интеллектуального развития. Нарушение регуляции произвольных форм психической деятельности по лобному типу. Трудности социализации в связи с особенностями эмоционально-мотивационной сферы. Обозначенное своеобразие расстройств не позволяет исключить шизофреноподобный характер психических нарушений в рамках органического психосиндрома.

Консультация логопеда Л. Н. Жуковой.

Звукопроизношение не нарушено. Нарушены звукословговая структура слов, лексикограмматическое оформление речи. Девочка иногда пользуется развернутой правильно оформленной фразой, а иногда в речи появляются повторы, эхолалии и аграмматизмы. Знает почти все буквы; но в слоги их не сливает. В

процессе занятий научилась читать простейшие слова: «ау, уа», но делает это в зависимости от состояния. Научилась выделять звук «л» в начале слова, называть слова, начинающиеся с этого звука.

Обобщения сформированы в простых дошкольных вариантах, обобщающие слова в основном в пассиве. Четвертый лишний выделяет на основе конкретно-ситуативного решения в простых дошкольных вариантах. Последовательность в серии сюжетных картинок установила в дошкольном варианте. Более сложный дошкольный вариант «Заяц и морковь» разложила правильно, только сразу убрала последнюю картинку со словами: «Я не хочу, чтобы снеговик сломался».

Цвета не называет и не показывает, кроме белого и желтого. Но при этом соотносит цвета и по памяти восстанавливает цветной коврик. Почтовый ящик - методом зрительного соотнесения. Составление целого из частей - с заданием справляется. Называет предмет раньше, чем собирает. Заборчик первый раз построила без учета цветовой последовательности. После повторного объяснения с заданием справилась. Ряд ровный. Мелкая моторика развита плохо. С трудом справляется с пальчиковой гимнастикой. Плохо переключается с одного задания на другое.

Во время занятий отмечается стойкая неравномерность. Может показать хорошие результаты при выполнении сложного задания и тут же не справиться с легким или знакомым заданием, потом внезапно вернуться к нему и дать положительный ответ. Во время занятия на любой вопрос звучит один и тот же ответ: «Я не знаю! Ну, я же не знаю!», но при этом следует ответ.

На фоне ежедневно проводимых занятий девочка научилась самостоятельно писать вертикальные палочки (большие и маленькие), наклонные пишет только по точкам, чередование большой и маленькой палочки не усвоила. Научилась соединять точки последовательно. Не соотносит печатную и прописные буквы. Научилась писать печатную букву «А» и называть слова, начинающиеся с этой буквы. Научилась называть простые обобщающие понятия (обувь, одежда, фрукты, овощи).

Исследования выявляет у ребенка своеобразное развитие речи, что определяется ее состоянием. Определить истинный уровень интеллектуального развития в настоящий момент сложно из-за «разлаженного» состояния ребенка. Девочка школьного возраста, поэтому исходя из состояния, в котором она находится сейчас, рекомендуется индивидуальное обучение по программе вспомогательной школы.

Консультация психолога А. С. Дьяченко.

К целенаправленной деятельности привлекается на короткое время, от большинства заданий отказывается сразу же при предъявлении. Даже согласившись что-то делать, крайне быстро пресыщается, бросает работу. Стимуляция оказывается бесполезной при настойчивости психолога, больная иногда нецензурно бранится («Забирай на ... свои шмотки!»). Вследствие негативизма в деятельности оказывается мало продуктивна. На момент исследования не представляется возможным выявить истинный уровень умственного развития и обучаемости девочки. От нее удастся получить лишь фрагментарные ответы и достижения. При этом складывается впечатление, что возможности больной несколько выше.

Девочка справляется с конструктивными заданиями дошкольного возраста (собирает доски Сегена без труда, картинки из шести кубиков с ошибочными пробами). У больной имеются возможности к осмыслению материала. Лишь мельком взглянув на разложенные в беспорядке картинки из последовательной серии, быстро понимает смысл происходящего, ее объяснения вплетаются в поток выкриков и высказываний, не связанных с темой. Речь девочки, несмотря на встречающиеся аграмматизмы, по качеству выше, чем наблюдаемые достижения, иногда больная употребляет сложные слова и выражения.

Противоречивость высказываний, элементы разорванности в речи - это проявления разлаженности мышления. Нарушения, заметные даже в простой беседе, становятся особенно яркими в работе. Описание любой сюжетной картинки превращается в поток не связанных между собой ассоциаций. Больная так описывает картинку, изображающую мужчину, колющего дрова: «Этот мужчина дрова бьет» - «Зачем?» - «Костер чтоб был» - «Зачем?» - «Чтоб было потеплее, взял дрова и бьет, топором работает, а я сказала «да», я сказала «нет», а ты сказала кубики у нас белые, как пирамидка божья коровочка».

В обильном фантазировании девочки преобладают агрессивные и фантастические сюжеты с элементами деперсонализации («Сейчас хочешь в бобра превращусь, в русалку», «Превращу тебя в корову, в козу», «Я тебе отрежу волосы»). Изопродукция своеобразна.

Таким образом, исследование выявляет разлаженность поведения и мышления (дурашливость, многоречивость с элементами разорванности речи, агрессивные фантазии с эпизодами деперсонализации, массивный негативизм, импульсивные действия и высказывания, амбивалентность), приводящую к умственной непродуктивности. Удастся выявить лишь отдельные фрагментарные достижения дошкольного уровня. При определенном упорядочивании состояния возможно обучение по программе школы VIII вида индивидуально.

Параклинические обследования.

Клинический и биохимический анализы крови и мочи без патологии.

ЭХО-ЭГ: смещения срединных структур нет, патологические ЭХО-признаки не выявлены.

ЭЭГ: нерегулярная активность 6-11 Гц до 80 мкВ, зональные различия правильные, ответы на функциональные пробы слабые, очаговых изменений, пароксизмов, эпизодов не зарегистрировано. Заключение: умеренные диффузные органические изменения.

Беседа А. А. Северного с бабушкой ребенка.

А. А. Северный: Скажите, пожалуйста, девочка, живя на Украине, начала ходить в школу?

Бабушка: психиатр на Украине сказал, что девочка не сможет учиться в общем коллективе, что ей необходимо индивидуальное обучение или обучение в малой группе. Так и получилось: месяц, который она провела в классе общеобразовательной школы, просто присутствовала и высиживала уроки. Я забрала ребенка в Москву в 7-летнем возрасте. С тех пор девочка не училась, водили к психиатру, обследовали, но так и не нашли подходящей школы.

А. А. Северный: С какого возраста она наблюдается психиатром?

Бабушка: В 4 года, когда девочка жила в Воркуте, ей уже была оформлена инвалидность. В Москве также была консультирована психиатрами, в том числе в республиканском диагностическом Центре. Была направлена на генетическое обследование в Московский НИИ педиатрии и детской хирургии, где предложили госпитализацию, но я не смогла с ней лечь в больницу, поскольку в это время еще работала.

А. А. Северный: Какие лекарства ей давали?

Бабушка: Когитум, пантогам, диакарб, аспаркам, инстенон и другие в разном возрасте.

А. А. Северный: Вам говорили, какое заболевание подозревают?

Бабушка: Неизвестно, пытались разобраться.

А. А. Северный: Когда, с Вашей точки зрения, ее состояние было хуже всего?

Бабушка: Здесь, в больнице, в последние 2 месяца. Стала особенно раздражительной, возбужденной, неуправляемой, не может понять моих слов. На мелкие кусочки рвет бумагу.

А. А. Северный: Когда Вы и родители заметили, что она больна?

Бабушка: Особенности отмечались с самого рождения и в дошкольном возрасте, но никто не мог понять, что она больна. Воспитатели только жаловались на крайнюю неусидчивость.

А. А. Северный: Бывали ли в жизни ребенка подобные состояния возбуждения?

Бабушка: Да, но они были значительно короче.

А. А. Северный: Бывали, наоборот, периоды, когда девочка была вяла, безынициативна, заторможена?

Бабушка: Только во время приема некоторых лекарств, например, сонапакса. Принимала такие препараты не больше недели, потому что кроме вялости они вызывали также аллергию – пятна на коже.

А. А. Северный: Как Вы считаете, Ваша внучка, действительно, отсталая?

Бабушка: Да. Она не умеет считать. Не понимает временных и пространственных отношений, например, дней недели, времен года. Надо сказать, что это понимание тоже колеблется: то понимает, то не понимает.

А. А. Северный: Замечали ли Вы, что девочка чего-то боится?

Бабушка: Боится темноты, просит проводить ее в туалет и включить свет, сама даже боится в темноте тронуть выключатель. Боится некоторых людей на улице. В то же время может остаться одна дома, в это время смотрит телевизор.

А. А. Северный: К кому она больше всего привязана?

Бабушка: К маме. Много говорит о ней, спрашивает, когда мать приедет, иногда плачет, скучает, но расстается с ней спокойно, без слез.

А. А. Северный: Темы ее фантазий основаны на реальности или они самостоятельны, необычны?

Бабушка: Фантазирует только о том, что увидела. Во время игры сама с собой разговаривает, преобладает в основном командный тон, подражает учителям, врачам, при этом речь вполне развитая, соответствующая ее возрасту. Иногда кажется совсем здоровой, соответствующей по развитию 9-летнему ребенку, но в основном производит впечатление глубоко отсталой.

А. А. Северный: Как она ест?

Бабушка: Сейчас, после болезни (была простужена), хуже, а вообще хорошо и все подряд. Только пьет очень много.

А. А. Северный: Часто ли ей жарко? Трудно ли ей сменить одежду?

Бабушка: На то, что жарко, жалуется часто. Сильно потеет. До последнего времени было очень трудно сменить наряды, протестовала против новой одежды, сейчас – проще. Очень любит нарядные платья.

А. А. Северный: Есть ли у нее какие-нибудь повторяющиеся движения?

Бабушка: Трудно было прекратить прыжки на батуте. Могла неожиданно убежать от взрослых, не обращая внимания на то, что с ней никого из них нет. При этом была и остается очень неловкой.

А. А. Северный: Какое настроение преобладает у девочки?

Бабушка: Веселое, возбужденное, взбудораженное.

А. А. Северный: Есть ли у кого-нибудь еще вопросы к бабушке?

А. Г. Коняхин: Как девочка относится к животным?

Бабушка: Хорошо. У нас есть кот, его не обижают, играет с ним.

А. Г. Коняхин: Пытались ли наказывать девочку?

Бабушка: Один из психиатров советовал то поддаться, то дать конфетку. Надо сказать, что «поддаться» очень помогает. Будто бы не слышит, а строго скажешь – все выполнит.

А. А. Северный: Должна ли, по Вашему мнению, девочка обучаться?

Бабушка: Должна и может. Она обслуживает себя: режет хлеб, колбасу, заправляет постель.

Е. В. Свистунова: Как относился к девочке отец?

Бабушка: Я не видела сама, но говорят, жестоко. Грубо, жестоко к ней относились и бабушка с де-душкой по отцовской линии. Там преобладали нецензурные выражения, всегда висела для устрашения хворостина.

Е. В. Свистунова: Девочка ласковая?

Бабушка: Да, прильнет, целуется, говорит: «Я тебя люблю!».

А. А. Северный: А если Вы ее ласкаете?

Бабушка: Отворачивается.

А. А. Северный: Каков Ваш запрос?

Бабушка: Как лечить и как учить ребенка?

Психический статус ребенка: во время беседы с бабушкой громко на одной ноте визжит за дверью, рвется в кабинет, но когда ей разрешают войти, не подходит к бабушке и, не обращая внимания на присутствующих, то громко монотонно кричит, то хохочет, то выкрикивает что-то малопонятное. Движения неловкие, порывистые, широко расставлены пальцы рук. Походка подпрыгивающая, волнообразная. Выглядит моложе своего возраста, но лицо старообразное, пожухлое, малоподвижное, бледное, под глазами черные круги. Глаза прищуренные, невеселые. На лице постоянная однообразная улыбка. Смотрит мимо людей, никого не выделяя и ни на ком не останавливая взгляда. Ее все же удается усадить и отвлечь рисованием, пока бабушка продолжает беседовать с ведущим. Говорит при этом шепотом, поясняет нарисованное, будто бы и не слышит, о чем говорит бабушка. Неожиданно при вопросе ведущего, адресованного бабушке, о настроении девочки неожиданно громко выкрикивает: «Веселое!», выскакивает из-за стола и начинает бесцельно метаться по кабинету, ни к кому не приближаясь. При попытке ведущего усадить ее и начать с ней разговор скалит зубы, громко рычит и вдруг выкрикивает тоненьким голосом: «Ты вампир, ты Бармалей! Не хочу тебя видеть, не буду говорить, ты плохой!», но все же громко и со злостью выкрикивает свое имя. То рычит, то демонстративно начинает хныкать: «Хочу в палату! Там все плохие, а я хорошая». При просьбе рассказать, что она нарисовала, неохотно, небрежно отвечает: «Забор, привидения», и тут же мнет и выбрасывает рисунок. На вопрос, как зовут бабушку, отвечает: «Лида! Не хочу ее видеть, она меня терзает!». Посаженная на руки к лечащему врачу, сидит спокойно, но безучастно, то молчит, то что-то выкрикивает, вмешиваясь в беседу бабушки с присутствующими. Например, при разговоре о коте, который живет у нее дома, выкрикивает: «Да, кот! Крыса! Командую!». Несколько раз приближается к ведущему, показывает ему картинку, выкрикивая: «Я Вас боюсь!» или «Это ты, ты был племянником!» и снова убегает на колени к лечащему врачу. В ответ на просьбу бабушки почитать Муху-Цокотуху, орет: «Не буду!», но когда на нее перестают обращать внимание, наизусть достаточно близко к тексту, открыв книжку и переворачивая страницы, будто читает, наизусть рассказывает Муху-Цокотуху. Речь, в начале достаточно чистая, постепенно становится все менее понятной за счет демонстративно неправильного звукопроизношения и утрированно «младенческих» интонаций. Неожиданно громко, грубо кричит, обращаясь к бабушке: «Давай, давай, читай!». С громким криком, опережая бабушку и лечащего врача, ни с кем не попрощавшись, выбегает из кабинета.

Дискуссия

Заключение лечащего врача И. Ю. Ширяевой: девочка поступает впервые для уточнения степени умственного недоразвития. В настоящее время в клинике на первый план выступают специфические негативные расстройства: истинный аутизм, скрывающийся под маской недифференцированной сверхобщительности с грубой некритичностью в контактах, эмоциональное уплощение, выраженное снижение продуктивности в деятельности. Продуктивные расстройства проявляются аффективным возбуждением в виде заметного повышения настроения до степени мании с выраженной дурашливостью – веселье, которое никого не заражает, гиперметаморфозом внимания, ускоренной речью, чрезмерной подвижностью. Повышенный фон настроения с дурашливостью, манерничанием напоминает гебефреническое возбуждение с кататоническими нарушениями (негативизм, амбивалентность, амбигенность, эхололии, разорванность речи с симптомом монолога, мимоотчеты с вербигерациями). Обращает на себя внимание проявление двойственных (схизисных?) расстройств в эмоциональной сфере: с одной стороны, эксплозивные неадекватные реакции на субъективно непереносимые обстоятельства с вербальной агрессией в адрес окружающих, с другой, - признаки эмоционального уплощения, холодности, формальности контактов, отсутствие истинных привя-

занностей, включая близких. Продуктивный адекватный контакт, особенно вербальный, установить невозможно в силу разлаженности мышления. Состояние интеллекта оценить невозможно. Отдельные умственные достижения, высказывания девочки свидетельствуют об определенном запасе знаний, который в настоящее время хаотичен. В силу этого познавательная деятельность малопродуктивна.

Таким образом, в психическом статусе имеет место сочетание органической недостаточности вследствие раннего поражения ЦНС (черты диспластичности, резидуальная неврологическая симптоматика, задержка речевого развития, страбизм) и изменение личности по эндогенному типу.

Наследственность по линии отца отягощена нарушениями из ряда психопатоподобных, по линии матери просматривается эмоциональная дефицитарность. В раннем грудном возрасте выявлялись признаки шизотипического диатеза (по О. П. Юрьевой): вегетативная дисфункция, затрагивающая формулу и глубину сна, особое зрительное поведение, ослабление инстинктов. В дошкольном возрасте – дисгармоничность развития, избирательность в еде, неотчетливые страхи, снижение эмоциональности.

В связи с формированием круга патологических расстройств, выходящих за границы умственного недоразвития и детского аутизма, встает вопрос о дифференциальном диагнозе между рано начавшейся шизофренией с формированием эмоционально-волевого дефекта и органическим поражением ЦНС (лобным вариантом с шизофреноподобным синдромом).

Е. В. Свистунова (канд. психол. наук): В настоящее время интеллект, уровень деятельности, навыков ребенка соответствуют 5-6-летнему возрасту, т. е. имеет место определенное недоразвитие интеллекта. По-видимому, бабушка, будучи педагогом, правильно подходит к обучению ребенка – жестко контролирует, регламентирует деятельность, что дает ощутимый положительный сдвиг: уровень переработки обучающей информации уже соответствует возрасту ребенка. Поскольку при такой сложной клинической картине заболевание может обостряться, девочке несомненно показано индивидуальное обучение.

А. Г. Коняхин (врач-психотерапевт): По-моему, в этом случае уровень развития интеллекта не удалось определить.

С. В. Трушкина (психолог): Интеллект ребенка не удалось исследовать в основном потому, что был применен неадекватный метод – тест Векслера, а надо было применять тест Равена. Надо обратить внимание на особенности общения ребенка: для нее невозможно общение в режиме диалога, мы наблюдаем постоянный монолог. В связи с этим для нее чрезвычайно затруднительна циркуляция информации, что делает невозможным ее обучение в классе.

А. А. Северный: Очень важно решить, как обучать ребенка: как недоразвитую или как-то по-другому (как ребенка с нормальным интеллектом).

Л. В. Пилюгина (психиатр, аспирант кафедры): Следует обратить внимание на период, когда в 4-5-летнем возрасте отмечались нелепости в поведении, в т. ч. она рвала бумагу. С самого начала развитие девочки было своеобразным: отсутствовали реакции на близких, особое реагирование, запаздывание речи. Вероятно, в данном случае речь идет все же о процессуальном заболевании (о шизофрении). Она не способна к обучению.

А. А. Северный: К обучению не способна, но между тем в детском саду, судя по анамнезу, была организатором сюжетно-ролевых игр. Для этого нужен интеллект. Мы говорим о задатках интеллекта: есть ли они, или интеллектуальное развитие ребенка настолько задержано, что она вообще не может обучаться.

А. Г. Коняхин: Сейчас девочка продемонстрировала достаточно выраженное демонстративно-дурашливое поведение, очевидную истерическую симптоматику. И если в остальном психопатологическая симптоматика и динамика ее развития более всего соответствует раннему началу шизофрении, то этот момент, с моей точки зрения, противоречит этому диагнозу.

В. А. Корнеева (нейропсихолог): Во время беседы с бабушкой девочка сидела возле нас. Ей дали бумагу, она рисовала свои стереотипные рисунки – забор, привидения; когда ей дали цветные карандаши, она не назвала ни одного цвета правильно. Пока ее не заставили что-то подумать, была спокойной и тихой. Для нее сложно включать умственную деятельность. Нет сомнения, она глупая. Интеллект снижен, причем очень значительно. Кроме того, отчетливо определяются признаки аутизма, что подтверждает склонность девочки к монологу. Если говорить о нейропсихологических особенностях, то налицо лобная и теменная симптоматика.

Н. М. Иовчук (детский психиатр, д-р мед. наук): Психический статус в настоящем случае определяется сложным комплексом продуктивных и негативных расстройств. На первый план выступают маниакальные расстройства: повышенное (дурашливое или гневливое настроение), болтливость, отвлекаемость, непоследовательность деятельности, невозможность завершения ни одного начатого действия. Характерные именно для мании вегетативные нарушения («жарко», потливость). Выраженность маниакальной симптоматики, невозможность целенаправленной деятельности, в том числе учебной, и, особенно, разорванность речи говорят о том, что в данном случае речь идет не о гипомании, а о мании, мании дурашливой,

непродуктивной. Маниакальный синдром приобретает в данном случае грубую атипичность за счет присутствия кататонической симптоматики, к которой относятся негативизм, манерность, а также выраженные импульсивность и амбивалентность, которые девочка ярко продемонстрировала нам во время консилиума. Кроме того, атипичность настоящей мании еще более усугубляется негативными расстройствами, глубину которых трудно измерить из-за выраженности психотической маниакально-кататонической симптоматики. К негативным симптомам относят аутизм, эмоциональные изменения (психестетическая пропорция типа «дерева-стекла»), снижение продуктивности деятельности, чужаковатость, нелепое сочетание психофизического инфантилизма со старообразностью, пожухлостью. Во всем поведении, облике обнаруживается диспропорциональность, дисгармоничность развития, обусловленные ранним началом болезни. Ребенок, по-видимому, переносит третий шизофренический шуб: первый – на первом году жизни, второй – в 4 года, третий – сейчас.

Уровень интеллекта у девочки определить не удалось и не удастся, пока она находится в психотическом состоянии. Здесь мы видим только вершину айсберга, мы не можем видеть его основания, но можем судить о нем иногда по отдельным, отрывочным высказываниям и неожиданным суждениям. По-видимому, интеллект здесь не так и плох, но добраться до него пока не представляется возможным. Теперь – о признаках резидуально-органического поражения ЦНС. Если они обнаруживаются при параклинических исследованиях, то в психическом статусе их по существу нет: нет ни повышенной утомляемости, ни истощаемости, ни других признаков церебрастении, да их и невозможно обнаружить на фоне мании. Так или иначе признаки резидуально-органического поражения ЦНС никак не противоречат диагнозу эндогенного заболевания. Давно известно, описано многими авторами, в том числе М. Ш. Вроно, что признаки ранней резидуально-органической недостаточности вполне характерны для рано начавшейся шизофрении, но причины такого явления пока еще не вполне ясны.

Лечить ребенка трудно и из-за аллергических реакций, и из-за плохой переносимости препаратов. На самом деле препаратом выбора здесь является галоперидол, но как она будет его переносить неизвестно. Поэтому я предлагаю начать ее лечить большими дозами фенибута, а потом – попробовать достать терапен, который сам по себе является десенсибилизирующим препаратом.

Опыт показывает, что такие дети не могут обучаться в обычной школе, но и индивидуальное обучение для них опасно в силу нарастания аутизма и, соответственно, грубой инвалидизации. Мне кажется, что после окончания психоза ребенка следует обучать в специальном классе для аутистов при вспомогательной школе в Армянском переулке.

Ю. С. Шевченко (д-р мед. наук, зав. кафедрой детской и подростковой психиатрии, психотерапии и медицинской психологии РМАПО): Выбор клинического случая в данном случае во многом определяется темой, которой мы сейчас занимаемся, – возбужденной манией. Таких больных стало очень много, и я не видел ни одного без достаточно выраженного резидуально-органического фона. Поэтому я вполне согласен с Н. М. Иовчук, что органические стигмы не противоречат диагнозу шизофрении. Наследственность отягощена и аффективными расстройствами, и шизоидными особенностями (дед – замкнутый, у бабки – хроническая гипоманиакальная симптоматика, мать – эмоционально холодная, странная). Так что поводов для дизонтогенеза (физического, сомато-вегетативного, психического) здесь достаточно. Следует отметить раннее начало заболевания (скорее всего в 4 года). Шизофренический процесс в силу раннего начала и разлаженности отразился на развитии ребенка. По моему мнению, в данном случае шизофрению с аффективно-кататонической симптоматикой и негативными расстройствами надо дифференцировать с кататоническим вариантом шизофрении. Возможно, правильно подобранное лечение сможет облегчить обучение ребенка. По-видимому, здесь может быть уместным применение лепонекса.

И. Ю. Ширяева: Психолого-медико-педагогическая комиссия требует от отделения срочного уточнения уровня интеллекта ребенка и крайне недовольна невозможностью это сделать. Комиссия настаивает на направлении в учреждения СОБЕСа.

А. А. Северный: По закону каждый родитель имеет право обучать ребенка там и так, как считает нужным. Система образования нередко пользуется правовой безграмотностью и правовым нигилизмом основной массы населения.

А теперь позвольте обобщить сказанное и сделать заключение по настоящему случаю. Психический статус, который мы сейчас с Вами видели, можно определить как маниакальный. Но это мания, которая никого не заражает и не радует. Настоящий случай отличается диссоциативностью во всем, в том числе в мании. Кроме того отмечаются выраженные кататонические включения, к которым прежде всего относятся грубый истероформный негативизм. Мы видели, как демонстративный пуэрилизм нарастал, пока девочка читала. Безмотивная грубая истерия закономерно настораживает в отношении шизофренического процесса. Мы наблюдали также совершенно явные признаки импульсивности, стереотипии и грубую амбивалентность. Если бы в данном случае статус соответствовал кататоническому состоянию, то девочка

действительно была бы уже слабоумной, но она не слабоумна. Она усваивает и хорошо усваивает тогда, когда никого нет рядом и ей не надо демонстрировать свой негативизм или когда она поставлена в жесткие рамки обучения бабушкой. Кроме пассивного кататонического негативизма здесь, по-видимому, имеет место активный истерический негативизм, направленный на отказ от обучения и нежелание воспринимать какие-либо организационные воздействия. Следует обратить внимание на чужаковатость ребенка, т. е. особенности типа «фершробене». Они проявляются не только за счет нелепости поведения и истеричности, но и обязательно за счет готовности к формированию сверхценности. Вот и в данном случае девочка так или иначе все равно приходит к одной и той же теме – к Русалочке. Н. М. Иовчук права: ранняя шизофрения почти всегда стигматизирована органически. Нам важно понять, в какой степени «органичность» влияет на состояние ребенка. У девочки не обнаруживаются утомляемость, истощаемость, раздражительная слабость, снижение памяти. В конце концов, сейчас органически стигматизированы 90% детей, но их начинают лечить только тогда, когда эти признаки себя проявляют.

Что касается течения, то прежде всего правомерно говорить об очень раннем начале – в первые месяцы жизни. В первые 6 мес. кричала, не спала, отмечалось нарушение вегетативных функций, что скорее всего говорит о том, что это была тяжелая дистимия. Дистимия закономерно сменилась гипоманией. Следующее обострение, во время которого отмечались выраженные стереотипии и нелепое поведение, было в 4-5-летнем возрасте. И, наконец, сейчас мы также наблюдаем обострение в виде маниакально-кататонического приступа. Безусловно, это рано начавшийся эндогенный процесс.

Что делать? Если мы расцениваем состояние ребенка как маниакально-кататоническое, то соннапакса для лечения определенно недостаточно. Здесь нужен универсальный антипсихотик, но будет ли эффективным и не вызовет ли осложнений, например, лепонекс, неизвестно. Тогда надо попробовать сероквель. Я согласен с Н. М. Иовчук: сначала надо лечить большими дозами седативных ноотропов (фенибут), а затем уже присоединять сероквель и далее - галоперидол.

Действительно, невозможно пока понять, какой интеллект у девочки. В школу ребенок, конечно, ходить не может, поэтому надо искать опытного коррекционного педагога для индивидуального обучения. При формировании программы обучения надо исходить из максимальных предполагаемых способностей ребенка. Если мы создадим максимально благоприятные условия, то возможен большой прорыв в отношении обучения.

К ЮБИЛЕЮ ПРОФЕССОРА Э. Г. ЭЙДЕМИЛЛЕРА



26 ноября 2003 г. Эдмонду Георгиевичу Эйдемиллеру, заведующему кафедрой детской психиатрии и психотерапии МАПО Санкт-Петербурга, профессору, доктору медицинских наук исполнилось 60 лет.

Эдмонд Георгиевич – выпускник 1 Ленинградского медицинского института им. И. П. Павлова. В 1967-68 гг. обучался в интернатуре по психиатрии на базе Республиканской психиатрической больницы Марийской АССР в г. Йошкар-Оле. Затем работал epileptологом, участковым психиатром в Республиканском психоневрологическом диспансере Ждановского района г. Ленинграда. В этот период жизни находился под сильным влиянием идей А. В. Снежневского, Д. С. Озерецковского, В. К. Смирнова, Сильвано Ариети. С 1970 г. по 1975 г. обучался у А. Е. Личко в клинической ординатуре и аспирантуре по психиатрии в Ленинградском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева. С этого момента идеи психоневрологии вообще и психотерапии в частности стали ведущими в его мировоззрении. В 1976 г. защитил кандидатскую диссертацию на тему: «Роль внутрисемейных отношений в развитии психопатий и психопатоподобных расстройств в подростковом возрасте». Работал в отделении подростковой психиатрии НИПИ им. В. М. Бехтерева младшим научным сотрудником.

С 1982 г. Эдмонд Георгиевич работает в Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования, пройдя путь от ассистента до заведующего кафедрой. В 1994 г. защитил докторскую диссертацию на тему: «Возрастные аспекты групповой и семейной психотерапии при пограничных нервно-психических расстройствах».

Под руководством Э. Г. Эйдемиллера защищены 6 кандидатских и 1 докторская диссертация. Он автор более 120 научных работ, в т. ч. 4 монографий, соавтор первой в СССР монографии «Семейная психотерапия» (1990), создатель ряда методов психологической диагностики. Круг его научных интересов: индивидуальная аналитическая психотерапия, групповая аналитическая психотерапия (аналитическая психодрама), аналитико-системная семейная психотерапия. Профессиональное мировоззрение – психоанализ.

Эдмонд Георгиевич ведет большую общественную работу: он является основателем и членом Координационного Совета Санкт-Петербургской Ассоциации тренинга и психотерапии, членом Координационного Совета РПА, сопредседателем комитета супервизоров РПА, председателем Санкт-Петербургской региональной общественной организации «Психическое здоровье детей и подростков».

Редакция журнала поздравляет юбиляра с шестидесятилетием и желает ему дальнейших творческих успехов!

**II МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС «МОЛОДОЕ ПОКОЛЕНИЕ XXI ВЕКА:
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ»
(ОБЗОР МАТЕРИАЛОВ)**

Белорусский государственный педагогический университет им. М. Танка (Минск).

3-6 ноября 2003 г. в столице Республики Беларусь г. Минске на базе Белорусского государственного педагогического университета им. Максима Танка состоялся **II Международный Конгресс «МОЛОДОЕ ПОКОЛЕНИЕ XXI ВЕКА: АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ»**. Инициаторами организации и проведения Конгресса выступили Ассоциация детских психиатров и психологов (президент – доц. А. А. Северный), кафедра детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии РМАПО (зав. кафедрой – проф. Ю.С. Шевченко), факультет психологии Белорусского государственного педагогического университета им. М. Танка (ректор – член-корр. Национальной Академии Наук Беларуси, профессор П. Д. Кухарчик, декан факультета психологии – доц. С. И. Коптева), Белорусское общество психологов (председатель Правления – Заслуженный деятель науки Республики Беларусь проф. Я. Л. Коломинский), Белорусская Ассоциация психотерапевтов (председатель правления – проф. С. А. Игумнов) при поддержке Министерств образования Республики Беларусь и Российской Федерации.

Основной целью КОНГРЕССА было укрепление профессиональных связей, обмен опытом, создание предпосылок для долговременного сотрудничества самых различных специалистов (психологов, психиатров, педиатров, педагогов, работников социальной защиты, правоохранительных органов и др.) стран СНГ.

Актуальность проведения подобного мультидисциплинарного научного форума обусловлена настоятельной необходимостью объединения усилий специалистов, организующих и осуществляющих помощь детям и подросткам, страдающим нарушениями психики и развития, попавшим в критические ситуации, связанные как с неблагополучием семьи и микросоциального окружения, так и с различного рода социальными конфликтами, в которых дети, как это ни трагично, оказываются самой незащитной и самой страдающей частью населения.

Конгресс **«МОЛОДОЕ ПОКОЛЕНИЕ XXI ВЕКА: АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ»** собрал около 800 специалистов, работающих в области охраны психического здоровья детей – психиатров, психотерапевтов, психологов, коррекционных и социальных педагогов. В работе Конгресса приняли активное участие представители стран СНГ (Российской Федерации, Республики Беларусь, Украины, Казахстана, Кыргызстана) и Европы (Литва, Польша).

Среди основных задач, поставленных организаторами Конгресса, были:

- разработать единые (в рамках СНГ) концептуальные подходы и организационные мероприятия в области детской психологии, социальной педагогики, психиатрии и психотерапии;
- наладить межведомственное и межгосударственное взаимодействие в данной области;
- дать импульс к проведению научных исследований в области детской психологии, коррекционной и социальной педагогики, психиатрии, психотерапии на современном методическом уровне.

Свидетельством живого интереса руководства Министерств образования Республики Беларусь и Российской Федерации к данному Конгрессу было непосредственное участие в его работе Министра образования Республики Беларусь доктора пед. наук, профессора А. М. Радькова, заместителя Министра образования кандидата психол. наук, доцента Т. Н. Ковалевой, представителей Министерства образования Российской Федерации.

Широчайший спектр проблем, освещенных участниками Конгресса, наглядно иллюстрируется многообразием секций: «Современные проблемы психологии ребенка и семьи» (ведущие: В. Д. Менделевич, Л. Н. Рожина, А. В. Семенович), «Психологические и клинические аспекты девиантности и делинквентности детей и подростков» (ведущие: Е. Г. Дозорцева, Н. А. Дубинко, А. А. Чиркин), «Психолого-психиатрическая помощь детям и подросткам» (ведущие: Т. Н. Дмитриева, Р. Г. Илешева, Е. И. Скугаревская), «Здоровый образ жизни и психопрофилактика» (ведущие: М. Мартинковский, Н. И. Олифинович, Е. В. Повалюхина), «Психолого-педагогические проблемы детства» (ведущие: А. Г. Гогоберидзе, О. Е. Голубева, Л. В. Финкевич), «Психотерапия ребенка и семьи» (ведущие: И. В. Добряков, С. А. Игумнов, Э. Г. Эйдемиллер), «Междисциплинарные проблемы охраны психического здоровья детей и подростков» (ведущие: Н. К. Григорьева, Н. В. Зверева, М. В. Земляных), «Проблемные дети – проблемные семьи» (ведущие: Д. Б. Богоявленская, А. А. Северный, В. И. Слепкова), «Комплексный подход к коррекции нарушений развития у детей» (ведущие: А. Л. Битова, Е. И. Комкова, М. М. Семаго), «Социально-психологическое здоровье семьи» (ведущие: Е. Л. Вознесенская, И. Ф. Дворник, Т. П. Михневич), «Профилактика и коррекция аддиктивного поведения детей и молодежи» (ведущие: А. Ю. Егоров, О. В. Лисковский, В. Л. Малы-

гин), «Экзистенциальная терапия» (ведущие: С. С. Бачило, Е. Н. Колодич, И. Г. Соловей), «Решение адаптационно-реабилитационных проблем детей и молодежи» (ведущие: К. А. Айдарбеков, Н. А. Мазаева, Е. С. Слепович), «Психолого-педагогические проблемы образования» (ведущие: С. И. Коптева, А. П. Лобанов, М. В. Чичиленко), «Психосоматические и соматопсихические расстройства у детей и подростков» (ведущие: Ю. Ф. Антропов, С. А. Игумнов, И. В. Шадрин). В виде устных выступлений и тезисов было представлено свыше 200 сообщений.

Большой интерес участников Конгресса вызвали публичные лекции, прочитанные профессором Н. М. Иовчук (Москва) «Детские депрессии»; Заслуженным деятелем науки Республики Беларусь, профессором Я. Л. Коломинским (Минск) «Психокультурология: теоретические и прикладные аспекты»; профессором Э. Г. Эйдемиллером (Санкт-Петербург) «Психотерапия ВИЧ-инфицированных взрослых и детей, авторская модель»; профессором Е. О. Смирновой (Москва) «Проблема этического развития и воспитания детей»; профессором А. Л. Венгером (Москва) «Влияние ближайшего окружения на психическое здоровье ребенка» и рядом других ведущих специалистов Беларуси и России.

Новой для нашей страны формой общения ведущих специалистов с аудиторией явились мастер-классы, проведенные профессором Э. Г. Эйдемиллером (Санкт-Петербург) «Аналитико-системная семейная психотерапия и Краткосрочная аналитическая психодрама»; доцентом В. П. Добриденем (Москва) «Онтогенетически-ориентированная семейно-групповая психотерапия»; профессором С. А. Игумновым (Минск) «Групповая психотерапия эмоциональных и поведенческих расстройств у детей и подростков»; профессором Н. М. Иовчук (Москва) «Междисциплинарный консилиум (клинический разбор)»; профессором В. Л. Малыгиным (Тула) «Новые подходы к диагностике аддиктивного поведения (интерактивная анимационная психодиагностическая система)» и доцентами М. М. Семаго и Н. Я. Семаго (Москва) «Оценка психического развития ребенка: технологии и методы». В их ходе преподаватели и слушатели смогли непосредственно общаться с крупнейшими специалистами СНГ в области детской психологии, коррекционной и социальной педагогики, психиатрии и психотерапии, «заглянуть» в их творческую мастерскую.

В решении, принятом участниками Конгресса, указано на необходимость развития межгосударственных связей стран СНГ; обмена опытом и взаимообогащения в области охраны психического здоровья детей и подростков; развития позитивного опыта проведения межведомственных и межпрофессиональных научно-практических и обучающих конференций и семинаров специалистов, работающих в сфере помощи детям и подросткам с нарушениями развития, социально-психологической дизадаптацией и психической патологией. Намечены практические шаги по подготовке III Международного конгресса по проблемам психического здоровья детей и подростков в одной из стран СНГ.

По единодушному мнению организаторов и участников **II Международного Конгресса «МОЛОДОЕ ПОКОЛЕНИЕ XXI ВЕКА: АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ»**, его проведение в столице Республики Беларусь – городе Минске – было организовано на высоком научно-практическом и административном уровне.

Данный форум позволил преодолеть разобщение специалистов, имеющих общие научно-методические корни, единство концептуальных подходов, сходные проблемы в организации служб охраны психического здоровья детей и подростков, и наметить дальнейшие пути развития научных исследований в масштабах СНГ.

Углубление профессионального взаимодействия отвечает кардинальным целям укрепления союзнических отношений России и Беларуси, сближения стран СНГ. Забота о психическом здоровье детей и подростков – это забота о будущем наших стран и народов.

ПАМЯТИ АЛЕКСАНДРА СЕРГЕЕВИЧА ЛОМАЧЕНКОВА

26 сентября 2003 г. у себя на даче в последний день отпуска в окрестностях старинного русского города Старая Русса скоропостижно скончался замечательный человек - психиатр Александр Сергеевич Ломаченков. Ему было всего 62 года - по современным понятиям отнюдь не старческий возраст.

На гражданской панихиде в конференц-зале института им. В. М. Бехтерева 30 сентября 2003 г. многие выступавшие говорили об ошибочности пресловутого тезиса, пришедшего из прошлой эпохи, что у нас в стране незаменимых людей нет. Проработав вместе с Александром Сергеевичем многие годы, тесно соприкасаясь почти ежедневно с ним в его разных служебных ипостасях, с твердой убежденностью можем сказать, что он был действительно незаменим, на какой бы должности ни находился, особенно в последние годы. Когда он занимал пост заместителя директора института по научной работе, выполняя одновременно на общественных началах обязанности научного руководителя отдела информации, издательской и патентно-лицензионной деятельности.

А. С. Ломаченков обладал редчайшим, увы, в наше время качеством - увлеченностью своим любимым делом, широкой эрудицией, вбирающей в себя многие аспекты науки и культуры. Он был неутомим в поисках нового и, хотя и не достиг формальных академических высот, сумел сделать себе имя в науке о человеке, в частности, в своих трудах по качеству жизни. В последние годы его недолгой жизни А. С. Ломаченков показал себя опытным администратором, организатором ведущих научных направлений института им. В. М. Бехтерева - психосоциальной реабилитации, оценки качества жизни психически больных, информатики и др. Под его непосредственным руководством осуществлялся ряд научных программ по рекомендациям Всемирной организации здравоохранения, а также других международных ассоциаций, занимающихся охраной психического здоровья человека. Приятный собеседник, наделенный отменным чувством юмора, поклонник многих видов искусства, А. С. Ломаченков представлял собой во всех проявлениях своей жизнедеятельности прекрасный образец русского интеллигента. Порядочность, чувства такта и долга, дружеская поддержка окружающих его близких и не очень близких людей останутся в памяти тех, кто с ним был многие годы рядом.

Друзья и сотрудники, редколлегия журнала.