

ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
2005 (5), № 2

СОДЕРЖАНИЕ

**ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ,
СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА И СМЕЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ**
ОБРАЩЕНИЕ К ЧИТАТЕЛЯМ..... 6

И. М. Никольская КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ СЕМЬИ.....	7
Д. Н. Исаев, Е. В. Войцешко, А. А. Карбасова ПСИХОГЕННЫЕ РАССТРОЙСТВА У УМСТВЕННО ОТСТАЛЫХ ДЕТЕЙ.....	12
А. Ю. Егоров, Н. А. Кузнецова, Е. А. Петрова ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ ПОДРОСТКОВ С ИНТЕРНЕТ- ЗАВИСИМОСТЬЮ.....	20
И. В. Добряков, В. В. Ильченко ОСОБЕННОСТИ ПСИХОСЕКСУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ И ПОЛОВОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕВОЧЕК СТАРШЕГО ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА С РАЗЛИЧНЫМ ТЕМПОМ ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ.....	28
Б. Е. Микиртумов, В. В. Поздняк ОСОБЕННОСТИ АДАПТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЮНЫХ БЕРЕМЕННЫХ.....	37

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

Э. Г. Эйдемиллер ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ В КОНТЕКСТЕ МИРОВОЙ КУЛЬТУРЫ.....	45
И. К. Шап ОБОСНОВАНИЕ И ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ СЕМЬЕ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНОГО РЕБЕНКА.....	56
Н. Л. Васильева ПРОЦЕСС ИНДИВИДУАЦИИ КАК МЕХАНИЗМ ПСИХИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ.....	63

ОСОБАЯ ТЕМА

ПРОФИЛАКТИКА СОЦИАЛЬНОГО СИРОТСТВА

И. А. Алексеева, И. Г. Новосельский ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ, ПОСТРАДАВШИМ ОТ ФИЗИЧЕСКОГО НАСИЛИЯ В СЕМЬЕ.....	71
Н. В. Александрова ОПЫТ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В ОТДЕЛЕНИИ ДЛЯ «ОТКАЗНЫХ» ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ.....	77

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

И. В. Макаров КЛИНИКА И ТИПОЛОГИЯ ОРГАНИЧЕСКИХ ПСИХОЗОВ У ДЕТЕЙ.....	81
М. П. Билецкая КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДИСКИНЕЗИЕЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ И ЧЛЕНОВ ИХ СЕМЕЙ.....	86
И. А. Вахрушева РОЛЬ НЕГАТИВНОГО СЕМЕЙНОГО ФАКТОРА В ВОЗНИКНОВЕНИИ И ПРОТЕКАНИИ ГАСТРОПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ.....	90
М. А. Никольский ВЗАИМОСВЯЗЬ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ С МЕДИЦИНСКИМИ И НЕМЕДИЦИНСКИМИ ФАКТОРАМИ.....	94
И. А. Агеева, Л. А. Осадчая ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ УСТОЙЧИВОСТИ К ФОРМИРОВАНИЮ ДЕВИАНТНЫХ ФОРМ ПОВЕДЕНИЯ.....	97
Е. А. Морозова РОЛЬ ДИСФУНКЦИИ СЕМЕЙНОЙ СИСТЕМЫ В РАЗВИТИИ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ В ФОРМЕ ОТКАЗА ОТ ПОСЕЩЕНИЯ ШКОЛЫ.....	100
М. Ю. Городнова АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ВИЧ-ПОЗИТИВНЫХ ЛИЦ В СИСТЕМЕ ОКАЗАНИЯ ИМ МЕДИКО-ПСИХОЛОГО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ.....	102
В. Л. Кокоренко ОСОБЕННОСТИ ПОЛОРОЛЕВОЙ ИДЕНТИФИКАЦИИ У ПОДРОСТКОВ С ОБЩИМ ПСИХИЧЕСКИМ НЕДОРАЗВИТИЕМ И ДЕФИЦИТАРНЫМ ТИПОМ ДИЗОНТОГЕНЕЗА.....	105
Э. Ф. Ким ПРЕДСТАВЛЕНИЯ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ О РЕАЛЬНЫХ И ИДЕАЛЬНЫХ РОДИТЕЛЯХ.....	109

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ

Л. В. Пилюгина ПРОБЛЕМА ЭНДОГЕННЫХ МАНИАКАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ И ЗАРУБЕЖНОЙ ЛИТЕРАТУРЕ.....	112
И. А. Колесников ДЕПРЕССИИ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ.....	122

ЛЕКЦИИ МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ, РЕЦЕНЗИИ

Б. М. Микиртумов РЕЦЕНЗИЯ НА УЧЕБНИК «ДЕТСКАЯ ПСИХИАТРИЯ» ПОД РЕДАКЦИЕЙ Э. Г. ЭЙДЕМИЛЛЕРА.....	134
--	-----

ОФИЦИАЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, ПРОЕКТЫ, ИНФОРМАЦИЯ

Н. Ю. Оганесян

ПАМЯТИ НИКОЛАЯ ИВАНОВИЧА ОЗЕРЕЦКОГО (К 50-ЛЕТИЮ
СО ДНЯ СМЕРТИ)..... 135

СООБЩЕНИЕ КАФЕДРЫ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ И
ПСИХОТЕРАПИИ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
АКАДЕМИИ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ..... 137

ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ПРОГРАММА НАЦИОНАЛЬНОГО ФОНДА
ЗАЩИТЫ ДЕТЕЙ ОТ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ..... 138

ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО О III МЕЖДУНАРОДНОМ
КОНГРЕССЕ «МОЛОДОЕ ПОКОЛЕНИЕ XXI ВЕКА: АКТУАЛЬНЫЕ
ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ».... 142

ИНФОРМАЦИЯ О ВТОРОЙ ВСЕРОССИЙСКОЙ НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ, ПОСВЯЩЕННОЙ
ПРОБЛЕМАМ ПРОФИЛАКТИКИ СОЦИАЛЬНОГО СИРОТСТВА..... 144

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.

Уважаемые читатели!

В ноябре 2005 года состоятся два значительных события в жизни психиатрического сообщества: 14 съезд психиатров России и 70-летие кафедры детской психиатрии, психотерапии и клинической психологии Российской медицинской академии последипломного образования.

От всей души поздравляем коллег кафедры РосМАПО и всех их учеников со славным юбилеем!

Мы выполняем приятное предложение редколлегии журнала «Вопросы психического здоровья детей и подростков» и Ассоциации детских психиатров и психологов - подготовить «Санкт-Петербургский» номер журнала.

Мы долго думали, каким сделать этот журнал, - моно- или политематическим. В конечном итоге был сделан выбор в пользу политематического номера, в котором мы постарались представить многообразный опыт научной и практической работы Санкт-петербургских детских психиатров, психотерапевтов и психологов.

Надеемся, что материалы этого журнала будут интересны и полезны коллегам из разных регионов нашей страны.

Ответственные за подготовку номера - сотрудники кафедры детской психиатрии и психотерапии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования:

заведующий кафедрой, доктор медицинских наук, профессор

Э. Г. Эйдемиллер

профессор кафедры, доктор психологических наук

И. М. Никольская

доцент кафедры, кандидат медицинских наук

И. В. Добряков

ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ, СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА И СМЕЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ

И. М. Никольская

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ СЕМЬИ

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования.

На фоне политических и социально-экономических изменений, происходящих в России в последние десятилетия, наблюдается ухудшение физического и психического здоровья всех членов семьи, в первую очередь, подрастающего поколения [1]. В этой связи актуальным становится создание новых научных дисциплин, направленных на оказание помощи семье. Мы хотим привлечь внимание специалистов к новому разделу медицинской (клинической) психологии – клинической психологии семьи, предметом которой являются особенности семейного функционирования в их значении для диагностики, лечения и предупреждения болезней; также сохранения и укрепления здоровья детей, подростков и взрослых [2, 3].

В 70-х годах XX века в нашей стране стали проводить первые исследования по семейной психотерапии [4-7]. Под семейной психотерапией понимают комплекс психотерапевтических методов и приемов, направленных на лечение пациента в семье и при помощи семьи, а также на оптимизацию семейных взаимоотношений. Семейная психотерапия направлена на развитие личности в семейном окружении. Она базируется на вере в то, что резервы, заключенные в семейных отношениях, способны помочь человеку в решении его психологических проблем и преодолении болезни [8]. В практику было введено понятие «семейного диагноза» [9]. Постановка семейного психологического и/или психотерапевтического диагноза – это выявление в жизнедеятельности определенной семьи тех нарушений, которые

способствуют возникновению и сохранению у одного или нескольких ее членов трудностей в повседневной жизни и/или нервно-психических расстройств. Во-вторых, – это выявление тех психологических особенностей семьи и ее членов, от которых зависит коррекция этих нарушений и которые следует учитывать при выборе метода оказания психологической помощи (семейного консультирования и/или психотерапии) и при ее осуществлении.

Как считают Э. Г. Эйдемиллер и В. Юстицкис [10], задачи психологического изучения семьи и диагностики ее нарушений являются весьма сложными. В основе этого лежат следующие обстоятельства.

1. Сложность семьи как социальной и психологической системы. Семья включает в себя большое число всевозможных отношений и взаимосвязей, для формирования которых имеют значение индивидуально-типологические и личностные особенности членов семьи; характер ее социального окружения; культурные нормы, обычаи, традиции; социально-экономические условия проживания.

2. Отсутствие единого подхода к исследованию семьи и понимания ее сущности. До настоящего времени еще не выработана общая теория, которая могла бы стать основой для изучения семьи. Вместо нее имеется значительное количество школ, течений и направлений с различными, нередко трудно сопоставимыми подходами к изучению семейной проблематики и к семейной психотерапии. Особенно это характерно для нашей страны, в которой психология

и психотерапия семьи находятся на начальном этапе развития.

3. Скрытность (интимность) многих происходящих в семье событий, а также их изменчивость, отсутствие четких контуров.

Все это диктует необходимость разработки и теоретического обоснования новой научной дисциплины – клинической психологии семьи. Развитие клинической психологии семьи, по аналогии с семейной психологией, базируется на таких фундаментальных отраслях современной психологии, как дифференциальная психология, психология развития, психология личности и социальная психология.

Дифференциальная психология – базовый раздел научной психологии, который изучает психологические различия между индивидами и группами людей, причины и следствия этих различий. Среди интересующих дифференциальную психологию факторов выделяют половые, возрастные, конституциональные, нейродинамические, этнопсихологические. Все они обязательно проявляются в семье, которая включает лиц разного пола, возраста, телосложения, темперамента, этнической принадлежности. Игнорирование или незнание членами семьи (в первую очередь, супругами и родителями) индивидуально-психологических особенностей друг друга может не только провоцировать семейные конфликты и дисгармонии, но также повышать риск развития пограничных нервно-психических расстройств. Типичным примером, иллюстрирующим это положение, является многократно описанная в литературе ситуация, при которой родители предъявляют ребенку требования, не соответствующие его природным качествам: возрасту, типу конституции и темперамента [11]. Или другой пример – нарушение полоролевой идентификации в связи с несоответствием пола ребенка полу его воспитания [12].

Психология развития фокусируется

на проблемах развития психики в филогенезе и онтогенезе. В круг ее научных проблем входит изучение периодизации психического развития и возрастных кризисов; влияния на развитие биологических и социальных факторов. В плане интересующей нас тематики важным представляется изучение роли семьи в нарушениях психического развития у детей. Иллюстрацией этого являются психическое недоразвитие или задержка психического развития ребенка на фоне педагогической запущенности [13]. Большое значение имеют также исследования соотношения стадий психического развития и жизненного цикла семьи [14]; кризисов развития, дестабилизирующих семью и здоровье ее членов при переходе на новую стадию жизненного цикла [15, 16].

Психология личности изучает психические особенности человека как носителя сознания и самосознания, как субъекта деятельности и межличностных отношений, а также как индивидуальности, стремящейся к самореализации и саморазвитию. В рамках этого раздела исследуют психические свойства личности; формирование способностей, креативности и нравственных качеств; проблемы самоактуализации. С точки зрения клинической психологии семьи, важной и широко исследуемой в нашей стране является проблема анализа роли семьи в нормальном и аномальном развитии личности, изучение личностных свойств как фактора риска развития пограничных нервно-психических расстройств [5, 6, 17-19 и др.]. Не менее актуальным представляется изучение процессов стимулирования или, напротив, блокирования семьей возможностей для личностного роста, самореализации и раскрытия творческого потенциала ее членов. В этой связи хочется напомнить, что в самом определении «нормально функционирующей семьи» содержится положение о том, что в ней удовлетворяются не только базисные потребности ее членов в

безопасности, защищенности, принятия и одобрении, но также не менее важные потребности в росте, изменениях и самоактуализации [9].

Предмет социальной психологии – это психологические закономерности и особенности поведения, взаимодействия и общения людей, обусловленные их включенностью в социальные группы (в том числе, семью). Кроме того, изучаются психологические характеристики самих групп (в частности, семьи как малой группы). В рамках социальной психологии личности основной акцент делают на процессах социализации и социальной адаптации человека, освоении социальных норм и ролей, приобретения социальных установок и ценностных ориентаций, которые первоначально протекают в семье. С учетом интересов клинической психологии семьи большое значение будет иметь анализ следующих групп нарушений.

А. Внутрисемейные:

1. Структурно-ролевой аспект жизнедеятельности семьи (нарушение структуры семьи, проблемы разделения власти, распределения обязанностей, принятия семейных ролей). При наличии структурных нарушений (потере матери, отсутствии отца, бездетности и пр.) - семья сразу определяется в группу «риска». С другой стороны, известно, что борьба за власть выступает первым толчком для ссор у двух их трех разводящихся пар супругов [20]. Неравномерное распределение между членами семьи домашних обязанностей ведет к перегрузке женщин, их непосильному нервно-психическому напряжению. Трудности в принятии семейных ролей, например, в принятии женщиной роли матери, неизбежно отразится на психическом здоровье ее ребенка. Еще один известный пример – это наличие в семье так называемых «патологизирующих» семейных ролей ("семейного козла отпущения", "семейного мученика, без остатка жертвующего собой во имя семьи", "больного чле-

на семьи"), оказывающих психотравмирующее влияние и на носителя роли, и на других членов семьи [21, 22].

2. Взаимодействие и общение в семье. Ярким примером нарушения коммуникации в семье могут служить описанные в рамках системного подхода различные патогенные стандарты взаимодействия [23]. Это может быть взаимодействие по типу «двойной ловушки», характерное для семей больных шизофренией, «замаскированная коммуникация», наличие семейных секретов и пр. Наличие таких нарушений неизбежно вызывает рост тревоги и напряжения, способствует развитию депрессии, личностных нарушений и разобщенности у членов семьи [9].

3. Механизмы семейной интеграции и дифференциации. Пример: при изучении семейного стресса и копинга показано, что наиболее устойчивы к стрессу семьи так называемого “гибко-связанного” типа, то есть со сбалансированными уровнями семейной сплоченности и адаптации [24]. Напротив, чрезмерная интеграция членов семьи (к примеру, симбиотические отношения между ребенком и матерью) может привести к нарушению процессов дифференциации (отделению ребенка), даже к ситуации эмоционального насилия.

Б. Межгрупповые:

4. Нарушение отношений в системе «семья-государство»; «семья-общественные институты (армия, образовательное учреждение)»; «семья-другая семья». События в Беслане ясно показали, что горе семей, потерявших родных во время захвата заложников в школе № 1, привело ряд из них к конфликту с государством, местными властями, силовыми структурами и с другими семьями, непосредственно не пострадавшими во время этого страшного террористического акта. До разрешения этих конфликтов считать пострадавшие семьи нормально функционирующими, а их членов психологически

здоровыми, конечно, нельзя.

В. Внутриличные:

Фактором, дестабилизирующим здоровье члена семьи, может также выступать нарушение его отношения к самому себе как носителю семейной роли по типу «Я - плохая дочь (сестра, жена, мать и пр.)».

Очевидно, что основой клинической психологии семьи будут не только перечисленные выше фундаментальные психологические дисциплины, но также сама медицинская (клиническая) психология как одна из прикладных дисциплин. Медицинская психология направлена на решение теоретических и практических задач, связанных с изучением роли психических факторов в происхождении и развитии болезней, с диагностикой болезней и патологических состояний, исследованием влияния болезней на психику, с разработкой психологических лечебных и профилактических средств воздействия на психику и через психику — на организм. В этой связи важен анализ роли семьи в происхождении, развитии, лечении и предупреждении заболеваний, а также изучение влияния различных болезней на семейное функционирование.

С учетом вышесказанного, цели клинической психологии семьи можно сформулировать следующим образом:

1. Определение роли семьи в происхождении, развитии и профилактике болезней, сохранении и укреплении здоровья.
2. Изучение семьи как фактора нормального и аномального развития личности.
3. Исследование влияния различных болезней на семейные отношения.
4. Разработка психологических методов диагностики нарушенных семейных отношений.
5. Создание и изучение методов психологического воздействия на семейные отношения в профилактических и лечебных целях.
6. Создание классификации

семей, нуждающихся в оказании медико-психологической помощи.

Клиническая психология семьи, возникшая на основе семейной психотерапии, остается тесно с ней связанной. Осуществляя диагностику семейных нарушений и определяя мишени для психологического воздействия, клиническая психология семьи может существенно повысить эффективность психотерапевтической работы с семьями. Конкретные задачи, стоящие перед специалистами в области клинической психологии семьи и семейной психотерапии, в настоящее время условно можно разбить на три группы.

1. Выявление основных параметров семьи, которые необходимо учитывать при ее клинικο-психологическом анализе.

2. Выбор методов для получения необходимых сведений о семейной дисфункции и для оказания на нее психологического воздействия.

3. Определение показаний к семейной диагностике и психотерапии, т. е. решение наиболее общего вопроса: в каких случаях при изучении трудностей клиента или определенного нервно-психического расстройства необходимо обращаться к анализу семьи?

Работа с семьями требует большого объема теоретических знаний, разнообразных практических навыков, терпения и постоянного самосовершенствования. Специалист в области клинической психологии семьи должен уметь работать с людьми разного пола и возраста: детьми, подростками и взрослыми. Ему необходимо владеть навыками индивидуальной работы (диагностика личности и помощь одному члену семьи) и групповой (диагностика семейной системы и помощь супружеской паре, диаде "ребенок-родитель", семье в целом). Это диктует необходимость разработки специальных учебных планов и программ для подготовки специалистов вышеуказанного профиля на факультетах психо-

логии вузов и в системе последипломного психологического и медицинского образования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Детская психиатрия. Учебник / Под ред. Э. Г. Эйдемиллера. – СПб.: Питер, 2005. – 1120 с.
2. Никольская И. М. Семейная психология и клиническая психология семьи // Семья и здоровье ребенка. Материалы XII международной конференции «Ребенок в современном мире. Семья и дети». – СПб., Изд. Политехн. университета, 2005. – С. 436 - 439.
3. Эйдемиллер Э. Г., Никольская И. М. Семейная психотерапия и клиническая психология семьи // Российский семейный врач. – 2005. – Т. 9. - №2. – С. 16-21.
4. Мягер А. К., Мишина Т. М. Семейная психотерапия при неврозах: Методические рекомендации. – Л., 1976. – 13 с.
5. Захаров А. И. Психотерапия неврозов у детей и подростков. — М.: Медицина, 1982. — 216 с.
6. Спиваковская А. С. Профилактика детских неврозов. – М.: МГУ, 1988. – 208 с.
7. Эйдемиллер Э. Г. Юстицкис В. Семейная психотерапия. – Л.: Медицина, 1990. – 192 с.
8. Эйдемиллер Э. Г., Никольская И. М. Психотерапия // Немедикаментозная терапия. Руководство для врачей / Под ред. Н. А. Белякова. – СПб.: Издательский дом СПб МАПО, 2005. – Т. 1. - С. 97-148.
9. Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В., Никольская И. М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. – СПб.: Речь, 2003. – 336 с.
10. Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. – СПб.: Питер, 1999. – 656 с.
11. Гарбузов В. И. Практическая психотерапия, или как вернуть ребенку и подростку уверенность в себе, истинное достоинство и здоровье. – СПб.: АО “Сфера”, 1994. – 160 с.
12. Исаев Д. Н., Каган В. Е. Половое воспитание и психогигиена пола у детей. — Л.: Медицина, 1980. — 184 с.
13. Лебединский В. В. Нарушения психического развития у детей. — М.: Изд. МГУ, 1985. — 167 с.
14. Эйдемиллер Э. Г. Аналитико-системная семейная психотерапия // Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В., Никольская И. М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. – СПб.: Речь, 2003. – С. 154-182.
15. Duvall E. M. Family Development. – Chicago: Lippincott, 1957. – 533 p.
16. Carter E. A., McGoldrick M. The Family life cycle and family therapy: An overview // The family Life Cycle: A framework for family therapy. – N. Y.: Gardner Press, 1980.
17. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. – М.: Медицина, 1983. – 256 с.
18. Эйдемиллер Э. Г. Юстицкий В. Клинико-психологическая диагностика взаимоотношений в семьях подростков с психопатиями, акцентуациями характера, неврозами и неврозоподобными состояниями. Методические рекомендации. – Л., 1987. – 26 с.
19. Исаев Д. Н. Психосоматическая медицина детского возраста. — СПб.: Специальная литература, 1996. — 454 с.
20. Васильченко Г. С., Решетняк Ю. А. Исследование межличностных отношений у сексологических больных // Сексopatология: Справочник / Под ред. Г. С. Васильченко. – М.: Медицина, 1990. – С. 132-135.
21. Richter H. -E. Patient Familie. – Rowohit: Reinbec, 1970.
22. Barker Ph. Basic Family Therapy. – London: Granade, 1981. – 214 p.
23. Вагра А. Я. Системная семейная психотерапия. Краткий лекционный курс. – СПб.: Речь, 2001. – 144 с.
24. Абабков В. А., Перре М., Планшерел Б. Систематическое исследование семейного стресса и копинга // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 1999. - № 2. – С. 4 – 8.

Д. Н. Исаев, Е. В. Войцешко, А. А. Карбасова
ПСИХОГЕННЫЕ РАССТРОЙСТВА
У УМСТВЕННО ОТСТАЛЫХ ДЕТЕЙ

**Институт специальной педагогики и психологии им. Р. Валленберга
(Санкт-Петербург).**

Л. С. Выготский говорил, что: «в проблеме умственной отсталости на первый план выдвигается интеллектуальная недостаточность ребенка, его слабоумие. Это заложено в самом определении детей. Все остальные стороны личности такого ребенка рассматриваются как возникающие вторично в зависимости от основного интеллектуального дефекта» [2].

Долгий период времени отказывались признавать, что механизм реагирования интеллектуально неполноценных людей на неблагоприятные жизненные ситуации примерно такой же, как и у интеллектуально полноценных индивидов. Полагали, что незрелость личности отсталого ребенка, недифференцированность, неадекватность и эгоцентричность его чувств не позволят ему сформировать такие эмоциональные механизмы, которые лежат в основе неврозов. Но по мере изучения умственно отсталых лиц сформировалось убеждение о том, что 10-40% из них имеют значительные эмоциональные или поведенческие расстройства (Mash E. J., Wolf D. A., 2003) [21], у них возникают психогенные нарушения (Исаев Д. Н., 2003) [5]. L. S. Penrose (1963), изучая 1280 умственно отсталых лиц, обнаружил у 132 из них психоневрозы и расстройства личности. Чем меньше был у них интеллектуальный дефект, тем чаще были эти расстройства. По его мнению, обсессивные неврозы, тревожные состояния и истерия наблюдаются у них с такой же частотой, что и в популяции [23]. L. T. Hilliard & B. H. Kirman (1965) отметили трудность у умственно отсталых лиц дифференциального диагноза между психозом и неврозом, описали их симптомы. Тяжело умственно отсталые дети склонны к стойким негативным эмо-

циональным реакциям на незнакомых лиц, непривычную обстановку и отрыв от семьи [18]. В. Н. Kirman (1972) считает, что дифференциация чувств у умственно отсталых детей завершается позже. Их стабилизирующая аффективность и мораль определяют тип поведения и позволяют им реагировать на происходящее [20]. Th. E. Jordan (1972) указывал на то, что, навязчивости, страхи и другие невротические симптомы у умственно отсталых не всегда распознаются [17]. E. E. Baltasar (1975) анализируя 1500 источников, посвященных эмоциональным расстройствам у умственно отсталых лиц, рекомендовал создать для них профилактические программы, способные предупредить эти расстройства. J. M. Kaufman & J. S. Payne (1975) отметили, что социальная адаптация умственно отсталых индивидов без поддержки окружающих невозможна и может привести к эмоциональным срывам. Они для абилитации, наряду с учебной, нуждаются в развитии у них эмоционально-волевых качеств, обучении необходимым жизненным навыкам, что уменьшит вероятность фрустраций и, предупредит эмоциональные расстройства [19]. F. J. Menolascino & M. L. Egger (1978) обнаружили, что только часть умственно отсталых детей приспособливаются к учебе, труду и другим условиям жизни, тогда как большинство – не справляются с этим, они становятся тревожными, враждебными и агрессивными. Их интеллектуальная ограниченность препятствует возможности с успехом собственными усилиями ответить на требования и ожидания окружающих. От поддержки окружающих зависит их эмоциональное приспособление. Осознание взрослыми этих трудностей может сочетаться

с гневом и эмоциональным непринятием этого поведения. Они лишают детей своей любви. В результате детям приходится преодолевать и умственную отсталость, и эмоциональные трудности, возникшие из-за непонимания или неприятия [22].

Из-за слабости интеллектуальной регуляции чувств умственно отсталые лица не способны управлять своими эмоциями в соответствии с обстоятельствами. Если что-либо не получается, они не могут найти удовлетворение той или иной своей потребности в другой активности. У умственно отсталых детей преобладают непосредственные переживания, вытекающие из конкретной ситуации. Эти эмоциональные реакции не адекватны источнику (Забрамная С. Д., 1995; Ковалев В. В., 1995) [4, 6]. С. Я. Рубинштейн (1999), А. Р. Маллер (2000) полагают, что степень эмоционального недоразвития соответствует глубине интеллектуального дефекта [12, 7]. При легкой умственной отсталости эмоции не соответствуют значительности изменений, происходящих вокруг, и зависят от той или иной дифференцированной формы недоразвития. Часть умственно отсталых лиц переживают свои ограниченные способности. В. В. Ковалев (1995) описывал у детей с неглубокой умственной отсталостью невроты в виде страхов, тревоги, колебаний настроения, системных расстройств и нарушения поведения [6]. По мнению С. С. Мнухина и Д. Н. Исаева (1965), эмоциональные особенности умственно отсталых детей зависят не только от степени психического недоразвития, но и от ее клинической формы. У детей с астенической формой сравнительно легко возникают психогенные реакции. Индивидов со стенической формой отличают живые и синтонные эмоции. При атонической форме поведение зависит от случайных раздражителей, реакции на переживания окружающих не всегда адекватны, чувства примитивны. При дисфорической форме имеются аффективное

напряжение и эксплозивность [9]. О. Е. Фоменко (1992), Л. В. Кузнецова (2002), утверждают, что проявление эмоций не зависит от своеобразия дефекта, а определяется правильной организацией всей их жизни и воспитания. В понятной для него ситуации умственно отсталый ребенок способен к сопереживанию, к эмоциональному отклику на переживания другого человека [15]. Л. М. Шипицына с сопр. (1992) обнаружили осознание ребенком своего одиночества в семье, распознавание симпатии и антипатии к себе со стороны близких. 31,4% всех учащихся в своих рисунках отразили существование тревожности в семейных отношениях. 30% детей из детского дома переживали свою семейную неустроенность [14]. А. Bakk, K. Grunewald (2001) подчеркивают, что детям-инвалидам приходится чаще расставаться, чем другим детям. Они попадают в школу-интернат гораздо раньше, чем обычно покидают дом другие дети, а это вызывает у них большие затруднения, что порождает ощущение своей ненужности [16].

О. Speak (2003), пишет: «Умственно отсталый человек – это тоже личность, т. е. собственная инстанция для ценностей и поступков. Он обладает собственной сущностью и поэтому чувствует себя отделенным от окружающего мира как «автономная система». Как личность он ощущает свои потребности, может узнавать и оценивать свои нарушения и в соответствии с собственной сущностью отвечать на отношение и действия других [24]. И. М. Бгажнокова и Ф. В. Мусукаева (1998) нашли, что подростки с нарушениями интеллекта сопереживают родным, у них развивается чувство благодарности и они следуют определенным нормам в поведении [1]. Б. Е. Микиртумов (1976) у детей с умственной отсталостью наблюдал патологические характерологические реакции в форме активного (грубое непослушание) и пассивного (уходы из дома или школы) протеста [8]. У умственно отста-

лых детей, попавших в детдом, возникают поведенческие нарушения, настороженность, тревожность, плаксивость, стремление защититься. Они не доверяют взрослым, не понимают дружеского участия (Л. М. Шипицына с сотр., 1996) [11]. И. В. Евтушенко (2003) считает, что умственно отсталые дети-сироты, воспитывающиеся в детском доме, отличаются от детей, воспитывающихся в семье, стойкими эмоциональными и поведенческими нарушениями и связывает их с отсутствием физического и эмоционального контакта с матерью. Он отметил, что у умственно отсталых детей при затяжных реакциях протеста отмечаются недовольство, враждебность, агрессивность. Нередко на фоне аффективного сужения сознания наблюдается суицидальное поведение. При конфликтах усиливается недоброжелательность к окружающим, снижается настроение, интерес к учебе пропадает. Пассивные реакции протеста характеризуются снижением активности, нарушением общения, стремлением к уединению, отказом от игр и других занятий, а также заиканием, тиками, анорексией, энурезом, энкопрезом, рвотой, навязчивостями, уходами [3].

Цель нашего исследования была – выявить возможность возникновения невротических, постстрессовых травматических и других психогенных расстройств, а также изучить их особенности у легко умственно отсталых младших подростков.

Обследовано 25 детей (10-12 лет), с легкой степенью умственной отсталости, переживших в течение жизни психическую травму. У детей были частые колебания настроения, конфликты, тики, заикание, энурез, нарушения сна, пищеварения. Изучено также еще 20 легко умственно отсталых мальчиков (12-14 лет), перенесших в течение двух последних лет потерю родителей из-за их смерти или лишения родительских прав (13), появление в семье отчима или мачехи (7), тяжелые конфликты со сверстниками или педагогами (5).

Для сравнения изучено 45 нормально развивавшихся подростков, испытывавших аналогичные потрясения.

Для исследования использовались биографический метод, наблюдение, беседа с учителями и детьми, шкалы тревожности СМАС и Ч. Спилбергера, цветовой тест Люшера, метод неоконченных предложений, тест «Рисунок семьи», «контурный С. А. Т - Н», самооценка учебы и поведения, социометрическое исследование, определения индекса реакций при ПТСР, анализ динамики успеваемости.

Подавляющее большинство детей неадекватно воспитывалось в неполных семьях или детских домах, отмечалось нарушение внутрисемейных отношений, родители алкоголизировались, дети переживали психотравмирующие события. У всех детей отмечались те или иные признаки тревожности и симптомы невротического реагирования. «Рисунки семьи» показывают, что во всех семьях имеются психотравмирующие ситуации. Осознание собственной неполноценности наблюдалось у половины детей, страх за свою жизнь – у 3 детей, внутриличностный и межличностный конфликты из-за осознания собственной неполноценности – у 3/4. Уровень явной тревожности по характеристикам воспитателей и по шкале СМАС выше у умственно отсталых детей, что может свидетельствовать о наличии невротической.

По данным методики С. А. Т по силе выраженности межличностный конфликт немного больше. Это позволяет предположить, что межличностный конфликт – и причина, и следствие невротической реакции. Таким образом, можно предположить, что у детей с легкой степенью умственной отсталости под влиянием трудных жизненных обстоятельств могут возникать невротические расстройства. Достоверность этих данных подтверждает корреляционный анализ. В этой группе детей выявлена тесная взаимосвязь (как

прямая, так и обратная), между невротической симптоматикой, тревожными тенденциями в рисунках, конфликтностью в семье, чувством неполноценности, враждебностью в семье, явной тревожностью и межличностным конфликтом. При неблагоприятной ситуации в семье, враждебной обстановке, конфликтности, неадекватном воспитании у ребенка возникает чувство неполноценности в семье, возникает конфликт между членами семьи, повышается уровень тревожности и, как следствие, возникновение невроза. Обратные корреляционные связи можно объяснить тем, что чем благоприятнее семейная ситуация, тем ниже показатели тревожности, чувство неполноценности в семье, межличностный конфликт и, как следствие, снижение (или отсутствие) невротической симптоматики.

На основании проведенного факторного анализа можно заключить, что на возникновение невротических реакций у умственно отсталых детей влияют следующие факторы: «семейный фактор», т. е. неблагоприятие в семье, которое увеличивает тревожность детей и способствует возникновению у них межличностного конфликта. Существование «стрессогенного фактора» можно объяснить тем, что неблагоприятие в семье, чувство неполноценности в семье переживаются ребенком как потрясение, приводящее к повышению тревожности, участвующей в развитии невроза.

У детей с умственной отсталостью, как и у психически здоровых детей, выявлена способность реагировать на жизненные трудности возникновением невроза. Отличие же первой группы от второй в том, что сочетание возрастных особенностей, резидуально-органической недостаточности и семейного неблагоприятия течение невроза отягощает возникновением межличностного конфликта из-за переживаний детьми собственной неполноценности. У здоровых детей невротическое пере-

живание более сосредоточено на семейном неблагополучии и травматическом событии.

У 13 человек основной группы и у 12 контрольной повышена тревожность. 13 человек в экспериментальной группе и 8 в контрольной показали наличие актуального стресса, обвиняют себя в произошедшем 7 и 5 человек соответственно.

Результаты методики «Индекс реакций ПТСР» выявили в экспериментальной группе у 4 человек мягкую форму травматического стресса (симптомы выражены слабо), у 4 – среднюю форму (симптомы выражены не столь явно). У остальных 12 отмечалась тяжелая форма, при которой были выражены подавленность, тревога, определяющие избегающее поведение и приводящие к уходу от потенциально опасных ситуаций. Нередки аффективные вспышки, агрессивность. В контрольной выборке у 5 человек – тяжелая форма выраженности стресса, у 3 – средняя, а у 12 – мягкая форма.

У трех четвертей легко умственно отсталых подростков и более чем у половины в контрольной группе – низкий социометрический статус. Успешные отношения с окружающими – один из признаков нормально проходящей адаптации. Заниженная самооценка свойственна 2/3 умственно отсталым подросткам и большинству в контрольной группе.

О школьной дизадаптации говорит серьезное ухудшение успеваемости у большинства отсталых подростков и у более чем половины контрольной группы.

Статистические различия между отсталыми и здоровыми подростками имеются по уровню тревожности и выраженности реагирования на событие. Статистически достоверных различий по другим показателям не обнаружено, что позволяет заключить о том, что у умственно отсталых детей такие же реакции на стресс, что и у здоровых детей. Наличие у умственно отсталых подро-

стков преобладания выраженной тревожности и более тяжелых форм реагирования на стресс, в сравнении с нормой, позволяет говорить о том, что их переживания не поверхностны и не кратковременны.

Для изучения связи между отдельными изучаемыми признаками использовался метод корреляционного анализа (коэффициент Спирмана). Статистически достоверные зависимости в основной группе выявлены между рядом показателей.

Обнаруженная негативная корреляция между возрастом испытуемых и силой переживания стресса (0,55), по-видимому, объясняется наличием защитных механизмов, способности осмыслить происходящее и сделать правильные выводы. Но, возможно, это свидетельствует об умении скрывать собственные переживания. Вторую версию подтверждает выявленная взаимосвязь между возрастом и негативным отношением к себе (+0,61). То есть, если при заполнении опросника испытуемые могли исказить реальную ситуацию, то проективная методика показала, что чем старше подросток, тем больше ему свойственно обвинять себя в случившемся.

Негативная корреляция между возрастом и заниженной самооценкой (0,54) также может свидетельствовать о развитии защитных механизмов, но, вероятнее, это признак более адекватного осознания своего «Я» и своего дефекта, которое должно формироваться у умственно отсталых детей примерно в этом возрасте. Обратная взаимосвязь между возрастом и низким социометрическим статусом (0,50) может быть обусловлена наличием в выборке детей из детского дома. Группы там являются разновозрастными, и естественно, что наибольшим авторитетом пользуются старшие и опытные воспитанники.

Корреляционная связь между высокой тревожностью и низким социометрическим статусом в подростковом возрасте (+0,54) указывает

на то, что неуверенный из-за своего тревожного состояния подросток не может быть уважаем в референтной группе.

Наличие связи между шкалой ПТСР и тревожностью, выявленной методикой Люшера (0,54), при отсутствии корреляции между результатами опросника Спилбергера и шкалой ПТСР позволяют предположить, что подростки скрывают свои переживания.

Положительная взаимосвязь между результатами шкалы ПТСР и ухудшением успеваемости (0,65) объясняется снижением работоспособности под влиянием депрессии. Влияние стресса на социометрический статус и самооценку (0,47 и 0,44 соответственно) отражает негативное восприятие дизадаптирующего влияния стресса окружающими и самим субъектом.

Обнаружена также корреляция между повышенной тревожностью и снижением самооценки. Образуется своеобразный круг: переживание стресса коррелирует одновременно и с высокой тревожностью, и низкой самооценкой. С одной стороны, высокая тревожность предрасполагает к более интенсивному переживанию стресса, с другой – стресс усиливает личностную тревожность и еще больше снижает самооценку.

У здоровых подростков значительно большее число статистически значимых взаимосвязей, причем они существенно отличаются от обнаруженных в основной – и все являются положительными. У них корреляция – между возрастом и низким социометрическим статусом (0,58) оказалась противоположной полученной в основной группе. Это объясняется большим значением у них личностных качеств при оценке сверстниками. Поскольку пережившие травматическую ситуацию более тревожны, то, возможно, из-за этого их не принимают сверстники.

Переживание подростком смерти родственника положительно коррелирует с высокой тревожностью

(0,56), а также с сильной реакцией на событие – (0,53). По-видимому, у интеллектуально сохранных детей интенсивность реакции соответствует силе раздражителя. У них чаще наблюдается ухудшение успеваемости (0,54). У умственно отсталых детей такой корреляции не выявлено, так как у них сильную реакцию может вызывать и слабый раздражитель.

Переживание смерти подростком вызывает негативное отношение к себе (0,54). Это чаще встречается при высокой тревожности (0,64), а также при сильно выраженной реакции на событие – (0,69). Некоторые подростки обвиняют себя в произошедшем событии. Корреляция между фактом разлуки и помещением в интернат (0,60) – результат того, что одно травмирующее событие влечет за собой несколько других. Связь между пребыванием подростка в интернате и высокой тревожностью (0,50) объясняется тем, что отрыв от дома – достаточно сильный фактор, который вызывает бурную негативную эмоциональную реакцию. Связи между высокой тревожностью и силой реагирования на стресс – (0,53), а также взаимосвязь между тремя показателями, выявляемыми с помощью методики Люшера (тревожностью, переживанием стресса и негативным отношением к себе). Корреляции между снижением успеваемости и силой реагирования на стресс – (0,51), а также между успеваемостью и тревожностью (по Люшеру) – (0,68) доказывают, что повышенная тревожность обусловлена именно психотравмирующим событием, а не другими причинами. Это событие негативно влияет на успеваемость и в связи с негативным эмоциональным состоянием, и в связи со сниженной самооценкой.

Для изучения механизмов, участвующих в развитии психогенных реакций у умственно отсталых подростков, использовался метод факторного анализа. Выделены следующие факторы:

1 фактор – реакции на психо-

травму: возраст (минус 0,79); – нарушения ЦНС (минус 0,54); – выраженность реагирования на событие (0,88); – тревожность по Люшеру (0,53); – негативное отношение к себе (минус 0,59); – резкие ухудшения успеваемости (0,64); – заниженная самооценка (0,65). Этот фактор показал, что основную роль играет переживание стресса. Значение возраста в том, что младшие дети переживают тяжелее, а незначительность органических нарушений позволяет адекватнее реагировать на происходящее. Печальное событие вызывает повышенную тревожность и снижение успеваемости. Таким образом, существуют как факторы риска (возраст), так и возникающие нарушения (тревожность, ухудшение успеваемости). Снижение самооценки с отсутствием негативного отношения к себе можно объяснить тем, что ею подростки характеризуют себя в целом, включая и успеваемость. Таким образом, она адекватно низкая и формируется под влиянием отношения окружающих и постепенного осознания своего «Я», не вызывая значимых переживаний.

2 фактор – патология беременности (0,63); – патология родов (минус 0,88); – смерть близкого человека (минус 0,5); – разлука с близкими (0,78). В этот фактор вошли патология беременности и отсутствие патологии родов. Обсуждать смысл, лежащий в основе этого фактора трудно, его появление, возможно, следствие неполного анамнеза.

3 фактор – влияние хронической психотравмы: – смерть близкого человека (минус 0,59); – дисгармоничное воспитание (0,59); – помещение в интернат (минус 0,48); – общая тревожность (0,76); – низкий социальный статус (0,69). В третьем факторе основной является повышенная тревожность, обуславливающая низкий социальный статус у детей с дисгармоничным воспитанием, воспитывающихся в семье. Тревожность подростков – следствие пагубного воздействия хронической психотравми-

рующей ситуации, а не только единовременного и неожиданного столкновения со смертью близкого человека.

У интеллектуально здоровых подростков обнаружено также три фактора. Первый фактор показывает степень воздействия психотравмы на личность подростка. Переживание смерти близкого родственника отражается на всех сторонах жизнедеятельности: повышается тревожность, снижается успеваемость. Возникает негативное отношение к себе, стресс глубоко переживается, несмотря на то что после события прошло уже много времени. Таким образом, у этих подростков развитие реакции на стресс отличаются глубиной и адекватностью ответа на степень тяжести события. Во втором факторе (особенности эмоционально-волевой сферы) основная нагрузка лежит на патологии родов, которая обуславливает особенности эмоционально-волевой сферы подростка. Они определяют то, что, переживая психотравму, дети становятся тревожны и, как следствие, не приняты в группе. В связи с этим снижается самооценка и появляется негативное к себе отношение. Все это отчетливее проявляется с возрастом, так как значимость межличностного общения становится более значимым. Что касается третьего фактора, то он отражает закономерность появления совместно происходящих событий – переживание разлуки с близкими людьми обычно связано с помещением в детский дом.

В результате проведенного исследования нами было установлено, что у подростков с легкой степенью умственной отсталости, так же как и у интеллектуально сохранных подростков, возникают эмоциональные реакции на психотравмирующее событие. Эти реакции умственно отсталых подростков отличаются от аналогичных переживаний здоровых подростков своей длительностью и более серьезным влиянием на все стороны жизнедеятельности. У них после стрессовой ситуации ухудша-

ется успеваемость, снижаются самооценка и социальный статус в группе, что приводит к школьной дезадаптации. Достоверность нашего заключения подтверждена корреляционными и факторным анализами. Подростки становятся более тревожными, обвиняют себя в событии, вызвавшем печальные переживания. Как правило, выраженность реакций у них не всегда адекватна степени тяжести психотравмирующей ситуации. Стойкие, необычные по силе и продолжительности негативные переживания у умственно отсталых детей могут быть различными. В ответ на относительно несерьезную неблагоприятную ситуацию могут возникать кратковременные психогенные реакции. Длительные жизненные трудности нередко приводят к невротическим расстройствам. Трагические события, как правило, становятся причиной посттравматических стрессовых расстройств.

Относительная легкость возникновения у умственно отсталых детей психогенных реакций и их неблагоприятное течение требуют с целью их профилактики учета таких особенностей детей в педагогическом процессе. Необходимо создавать для них охранительный режим, разрабатывать медико-педагогического методы, снижающие уязвимость к стрессам, поскольку их социальная адаптация без поддержки взрослых оказывается безуспешной и нередко приводит к эмоциональным срывам. С целью оптимальной абилитации умственно отсталых детей наряду с интеллектуальным совершенствованием и обучением адаптивным навыкам следует развивать у них эмоционально-волевые качества, что может уменьшить вероятность фрустрации и будет способствовать предупреждению психогенных расстройств.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бгажнокова И. М., Мусукаева Ф. В. Особенности понимания и использования общекультурных норм поведения умственно отсталыми

подростками // Дефектология. – 1998. № 5. С. 46-52.

2. Выготский Л. С. Собрание сочинений: Т. 5. // Основы дефектологии. – М.: Педагогика, 1983. – 368 с.

3. Евтушенко И. В. Музыкальное воспитание умственно отсталых детей-сирот. – М.: Академия, 2003. – 144 с.

4. Забрамная С. Д. Психолого-педагогическая диагностика умственного развития детей. – М.: Владос, 1995. – 112 с.

5. Исаев Д. Н. Умственная отсталость у детей и подростков. – СПб.: Речь, 2003. – 391 с.

6. Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста. – М.: Медицина, 1995. – 560 с.

7. Маллер А. Р. Социальное воспитание и обучение детей с отклонениями в развитии. – М.: АРКТИ, 2000. – 124 с.

8. Микиртумов Б. Е. О некоторых закономерностях формирования патологической структуры характера при общем психическом недоразвитии // Проблемы общего психического недоразвития / Под. ред. Д. Н. Исаева. – Л.: ЛПМИ, 1976. – С. 58-61.

9. Мнухин С. С., Исаев Д. Н. О процессах адаптации при олигофрении // Восстановительная терапия и социально-трудовая реадaptация. – Л., 1965. – С. 177.

10. Основы специальной психологии: под ред. Л. В. Кузнецовой. – М.: Академия, 2002. – 480 с.

11. Психологическое развитие детей-сирот // Шипицына Л. М., Виноградова А. Д., Хилько А. А. и др. / Под ред. Л. М. Шипицыной. – СПб.: ИСПиП, 1996. – 49 с.

12. Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии. – М.: ЭКСМО-Пресс, 1999. – 448 с.

13. Шипицына Л. М. «Необучаемый» ребенок в семье и обществе. – СПб.: Дидактика Плюс, 2002. – 496 с.

14. Шипицына Л. М., Иванов Е. С. Нарушения поведения учеников вспомогательной школы. – Уэллс: Колег Элидир, 1992. – 118 с.

15. Фоменко О. Е. Некоторые особенности личности умственно отсталых школьников: Сб. Тр. – СПб.: Образование, 1992. – С. 29-38.

16. Bakk A., Grunewald K. (Грюневальд К. Бакк А.) Забота и уход: Книга о людях с задержкой умственного развития: пер. со шведск. – СПб.: ИРАВ, 2001.

17. Jordan T. E. The Mentally Retarded. C. E. Merrill. P. C. Columbus, 1972.

18. Hilliard L. T., Kirman B. H. Mental Deficiency. J. & A. Churchill. London, 1965.

19. Kauffman J. M., Payne J. S. Mental Retardation. C. E. Merrill. P. C. Columbus, 1975.

20. Kirman B. H. Mentally Handicapped Child. Nelson. London. 1972.

21. Mash E. J., Wolf D. A. Abnormal Child Psychology. Wadsworth. U. S. 2003.

22. Menolascino F. J., Egger M. L. Medical Dimensions of Mental Retardation. Nebraska. 1978.

23. Penrose L. S. The Biology of Mental Defect. Sidgwick & Jackson. 1963.

24. Speak O. (Шпек О.) Люди с умственной отсталостью: пер. с нем. – М.: Академия, 2003.

А. Ю. Егоров, Н. А. Кузнецова, Е. А. Петрова
ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ ПОДРОСТКОВ
С ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТЬЮ

Санкт-Петербургский государственный университет.

Последние два десятилетия ознаменовались повсеместным распространением Интернета как в профессиональной, так и обыденной жизни десятков миллионов людей. Через Интернет делаются покупки, происходит общение, берется информация о всех аспектах жизни, реализуются сексуальные и игровые пристрастия и многое другое. Как справедливо замечают израильские психологи Y. Amichai-Hamburger и E. Ben-Artzi (2003), «кажется, нет такого аспекта в жизни, который не затронул бы Интернет» [14]. Все это привело к тому, что для общества стала актуальной проблема патологического использования Интернета, за рубежом обозначенная еще в конце 80-х годов прошлого века.

В середине 90-х гг. для обозначения этого явления I. Goldberg (1996) предложил термин «Интернет-аддикция» (современные синонимы: нетаголизм, виртуальная аддикция, Интернет-поведенческая зависимость, избыточное/патологическое использование Интернета и др.), а также набор диагностических критериев для определения зависимости от Интернета, построенный на основе признаков патологического пристрастия к азартным играм (гемблинга) [17]. Согласно западным источникам, распространенность этого расстройства составляет от 1 до 5% населения (Griffiths M. D., 2000; Young K. S., 1998) [19, 26]; в России также отмечается неуклонный рост «нетаголиков» (Войскунский А. Е., 2004) [2]. По данным корейских исследователей, среди старших школьников возможная Интернет-аддикция регистрируется у 38% (Kim K. et al., 2005) [23]. Как показывают данные мониторинга аудитории пользователей Интернета (www.monitoring.ru), в России с 1992 по 2004 годы удель-

ный вес подростков увеличился с 2% до 25%, т. е. подростки становятся все более активными пользователями сети, в связи с чем и увеличиваются случаи Интернет-аддикции среди молодежи.

Известно, что Интернет-зависимость неоднородна по своей типологии и, по мнению K. S. Young (1998), включает пять типов зависимости: обсессивное пристрастие к работе с компьютером (играм, программированию или другим видам деятельности); компульсивная навигация по WWW, поиск в удаленных базах данных; патологическая привязанность к опосредствованным Интернетом азартным играм, онлайн-вым аукционам или электронным покупкам; зависимость от социальных применений Интернета, т. е. от общения в чатах, групповых играх и телеконференциях, что может в итоге привести к замене имеющихся в реальной жизни семьи и друзей виртуальными, а также зависимость от «киберсекса», т. е. от порнографических сайтов в Интернете, обсуждения сексуальной тематики в чатах или закрытых группах «для взрослых».

M. Griffiths (1998) выдвинул гипотезу, что Интернет-аддикция может формироваться на базе различных форм использования Интернета: возможного средства коммуникации при отсутствии контакта лицом к лицу, интереса к непосредственному содержанию сайта (например, порносайты), онлайн-овой социальной активности (например, общение в чатах или игры с участием нескольких человек). Полемизируя с K. S. Young, M. Griffiths (1999) утверждает, что многие интенсивные пользователи Интернета не являются собственно Интернет-аддиктами, а используют сеть для реализации дру-

гих аддикций [19]. В отличие от М. Griffiths, J. Kandell (1998) определил Интернет-аддикцию как патологическую зависимость от Интернета вне связи с формой активности в сети [22]. Расширяя рамки понятия «Интернет-аддикция» К. S. Young, R. Davis (2001) предложил когнитивно-поведенческую модель патологического использования Интернета. Он выделил две формы Интернет-аддикции, которые обозначил как специфическое патологическое использование Интернета (Specific Pathological Internet Use) и генерализованное патологическое использование Интернета (Generalized Pathological Internet Use) [16]. Первая форма представляет собой зависимость от какой-либо специфической функции Интернета (онлайновые сексуальные службы, онлайновые аукционы, онлайновая продажа акций, онлайновый гемблинг). Тематика аддикции сохраняется, а также может быть реализована и вне Интернета. Вторая форма представляет собой неспециализированное, многоцелевое избыточное пользование Интернетом и включает проведение большого количества времени в сети без ясной цели, общение в чатах, зависимость от электронной почты, т. е. в значительной степени связана с социальными аспектами Интернета. На наш взгляд, феномен Интернет-аддикции представляет собой сборную групп разных поведенческих зависимостей (работогольную, общения, сексуальную, любовную, игровую и т. д.), где компьютер является лишь средством их реализации, а не объектом (Егоров А. Ю., 2005) [7].

Несмотря на большой интерес, особенно в онлайновых публикациях, научные исследования Интернет-аддикции в нашей стране пока носят несистематизированный характер и сравнительно немногочисленны (Войскунский А. Е., 2004) [2]. В связи с этим представляет интерес изучение психологических, в частности, личностных, особенностей тех, кто стал зависим от Интернета.

Предыдущие исследования показывают, что среди Интернет-зависимых отмечается более высокий уровень аффективных с преобладанием депрессии и обсессивно-компульсивных расстройств (Kraut R. et al., 1998; Shapira N. A. et al., 2000) [24, 25], а также маскированной депрессии в рамках малопрогредиентной шизофрении (Джолдыгулов Г. А. и др., 2005) [4]. Корейские исследователи обнаружили у старших школьников с Интернет-аддикцией более частую депрессию с повышенным риском суицида (Kim K. et al., 2005) [23]. Изучая личностные особенности с помощью опросника Айзенка у Интернет-зависимых, Y. Hamburger и E. Ben-Artzi (2000) обнаружили, что интроверты и экстраверты используют разные ресурсы Интернета, при этом у мужчин экстраверсия положительно коррелирует с использованием Интернета «для развлечения», а нейротизм отрицательно связан с использованием информационных сайтов. У женщин экстраверсия негативно коррелировала, а нейротизм – положительно с использованием информационных ресурсов Интернета. Позже те же авторы установили, что для Интернет-аддиктов, преимущественно женского пола, характерно ощущение одиночества, которое они стараются снизить, проводя время за общением в чатах [14]. Американский исследователь S. Caplan (2002) выделяет следующие особенности личности Интернет-зависимых лиц: депрессия, одиночество, скромность и самолюбие [15]. Обобщив результаты разных исследований, Н. В. Чудова (2002) приводит следующий список черт Интернет-аддикта: сложности в принятии своего физического «Я» (своего тела); сложности в непосредственном общении (замкнутость); склонность к интеллектуализации; чувство одиночества и недостатка взаимопонимания (возможно, связанное со сложностями в общении с противоположным полом); низкая агрессивность; эмоциональ-

ная напряженность и некоторая склонность к негативизму; наличие хотя бы одной фрустрированной потребности; независимость выступает как особая ценность; представления об идеальном «Я» недифференцированы, завышены или даже нереалистичны; самооценка занижена; склонность к избеганию проблем и ответственности [12].

Целью данной работы было исследование личностных особенностей подростков, зависимых от Интернета, по сравнению с их сверстниками, не имеющими признаков какой-либо зависимости.

Объект и методы исследования.

Объектом исследования стали 75 подростков мужского пола с Интернет-аддикцией, в возрасте 13-18 лет, из которых 57 были посетителями компьютерных клубов и Интернет-кафе, а 18 были отобраны по результатам ответов на опросники психологического онлайн исследования, размещенные на сайте www.researchzone.narod.ru. Признаки Интернет-аддикции определялись согласно критериям К. Янг (2000) [13]:

1. всепоглощенность Интернетом;
2. потребность проводить в сети все больше и больше времени;
3. повторяющиеся попытки уменьшить использование Интернета;
4. возникновение причиняющих беспокойство симптомов отмены при попытках прекращения пользования Интернетом;
5. появление проблем с окружением (семья, школа, работа, друзья);
6. возникновение проблемы контроля времени, проведенном в сети;
7. ложь по поводу времени, проведенного в сети;
8. изменение настроения в связи с использованием Интернета.

Кроме того, использовался опросник Е. А. Щепилиной, который

включает 67 вопросов по 12 шкалам и учитывает:

- 1) факторы зависимости;
- 2) особенности восприятия Интернета;
- 3) последствия зависимости.

Контрольную группу составили 36 подростков-учащихся Санкт-Петербургского мореходного училища (16-18 лет), а также 35 учеников 9 класса средней школы г. Санкт-Петербурга. Кроме того, в исследовании приняли участие 18 не имеющих признаков аддикции подростков, посещающих Интернет-клуб.

Для исследования личностных особенностей использовались: 1) тест личностных акцентуаций В. П. Дворщенко (модифицированный вариант методики ПДО) [3]; 2) 16-факторный личностный опросник Р. Кеттелла (в модификации Ясюковой Л. А.); 3) Методика исследования самооценки Дембо-Рубинштейн (в модификации А. М. Прихожан); 4) тест «Самоотношение» В. Столина и С. Пантеева [11]. Данная версия опросника позволяет выявить три уровня самоотношения, отличающихся по степени обобщенности:

- глобальное самоотношение как интегральное чувство за или против своего «Я»;
- самоотношение, дифференцированное по самоуважению, ауто-симпатии, самоинтересу и ожиданиям отношения к себе;
- уровень конкретных действий (готовностей к ним) в отношении к своему «Я» (саморуководство, самопоследовательность, самопринятие).

Результаты исследования и их обсуждение.

По шкалам «Восприятие Интернет» между группами Интернет-зависимых и Интернет-независимых подростков были выявлены статистически значимые различия ($P < 0,05$ и выше), которые оказались выше у Интернет-зависимых по показателям следующих шкал:

- принадлежность к сетевой

субкультуре;

- нецеленаправленность поведения;
- потребность в сенсорной стимуляции;
- изменение состояния сознания в результате использования Интернета;
- восприятие Интернета как лучшего, предпочтительного по сравнению с реальной жизнью;
- предпочтение общению посредством Интернет;
- время пребывания в Интернете;
- восприятие Интернета как проективной реальности;
- одушевленность Интернета;
- стремление перенести нормы виртуального мира в реальный.

Результаты исследования акцентуаций характера показали, что среди Интернет-зависимых преобладают подростки с шизоидным (29,8%), истероидным (19,3%), лабильным и эпилептоидным (по 12,3%) типами ак-

центуации. Реже встречались неустойчивые и психастенические акцентуанты (по 7%) и в единичных случаях астено-невротические (5,3%) и гипертимные (3,5%). В контрольной группе преобладали гипертимные (22,2%) циклоидные (19,4%) психастенические (16,7%) и сенситивные (13,8%) типы акцентуации личности. В отличие от группы аддиктов, истероидные (11,1%), эпилептоидные (8,3%) и шизоидные (5,6%) типы акцентуаций встречались достоверно реже. Полученные результаты частично перекликаются с более ранними исследованиями, в одном из которых говорилось, что риску развития Интернет-зависимости в большей степени подвержены неустойчивые и шизоидные акцентуанты [8], а в другом – сенситивно-шизоидные и неустойчивые [1].

Среди Интернет-аддиктов достоверно чаще присутствовал риск возможных личностных расстройств (психопатии) и социальной дизадаптации (табл. 1).

Таблица 1.

Риск личностных расстройств и социальной дизадаптации у Интернет-аддиктов и здоровых сверстников.

Уровни риска		Интернет-аддикты	Контрольная группа
Возможные личностные расстройства	есть	58,6	6,7*
	отсутствуют	38,01	62,8
Риск социальной дизадаптации	высокий	44,2	36,6
	есть	33,8	5,3*
	отсутствует	22,3	46,8

* - здесь и далее различия достоверны по Т-критерию Стьюдента при $p < 0,05$ и выше.

Известно, что различные аддикции могут легко переходить одна в другую, в том числе нехимическая (в данном случае Интернет-аддикция) в химические аддикции [5]. У обследованных Интернет-аддиктов риск алкоголизации и наркотизации оказался существенно выше, чем в контроле (табл. 2), что подтверждает

раннее высказывавшееся мнение об определенном сходстве психологических особенностей личности со склонностью к аддиктивному поведению [5, 8, 10]. Коморбидность же аддикции и личностных расстройств также общепризнанна в настоящее время.

Таблица 2.

Риск алкоголизации и наркотизации у Интернет-аддиктов и здоровых сверстников

Уровни риска		Интернет-аддикты	Контрольная группа
Риск алкоголизации	есть	28,1*	3,1
	демонстративный	11,2	9,3
	отсутствует	38,6	52,8
Риск наркомании	высокий	0	0
	выраженный	9,3*	0
	умеренный	36,7*	6,8
	отсутствует	56,8	76,5

Исследование сферы потребностей с помощью 16-факторного личностного опросника Р. Кеттелла показало, что в контрольной и экспе-

риментальной группах четко прослеживается качественное различие потребностей подростков в общении (табл. 3).

Таблица 3.

Различия потребностей в общении у Интернет-аддиктов и здоровых сверстников

Среднее значение факторов	Интернет-зависимые	Контрольная группа
Фактор А	8,65*	4,59
Фактор Н	5,26	6,13
Фактор Q ₂	7,94*	2,92

По методике Р. Кеттелла рассматривали три фактора: 1) Фактор А – «замкнутость-общительность» – рассчитан на измерение общительности в группах; 2) Фактор Н – «робость-смелость» – определяет реактивность на угрозу в социальных ситуациях и определяет степень активности в социальных контактах; 3) Фактор Q₂ – «конформизм-нонконформизм» – определяет степень независимости от группы, окружения. В контрольной группе выявилось преобладание «компанейского» вида общения. Среди Интернет-аддиктов оказалось, что подростки, имея высокую, доминирующую потребность в общении близком, «по душам» (высокие показатели по фактору А и Q₂), при этом не имеют достаточной социальной смелости (фактор Н) для установления отношений с окружающими людьми в реальном мире. Интернет-аддикты низко адаптивны, и застенчивы, что мешают им искать близких себе людей и нала-

живать тесные доверительные взаимоотношения как со сверстниками, так и с взрослыми. Возможно, что удовлетворение их потребностей в поддержке, одобрении, общении смещается из рамок повседневной жизни в жизнь виртуальную. В целом, подростки с аддикцией имеют фрустрированную потребность в общении, которую им заменяет Интернет. Это перекликается с ранее полученными данными об ощущении одиночества как важной личностной черте, способствующей возникновению Интернет-зависимости [14, 15].

Самооценка Интернет-аддиктов оказалась существенно ниже, чем в контрольной группе (40.1 против адекватной 62.6 в контроле, по методике Дембо-Рубинштейн; $p < 0,01$). Известно, что за такой низкой самооценкой могут скрываться два психологических явления: подлинная неуверенность в себе (являющаяся зачастую чувством неполноценности) и «защитная», когда деклариро-

вание самому себе собственного умения, отсутствия способностей и т. п. позволяет не прилагать никаких усилий, в данном случае, к адаптации «себя-взрослеющего» к новым социальным условиям. Полученные результаты подтверждают ранее опубликованные данные о заниженной самооценке и склонности к избеганию проблем и ответственности у Интернет-зависимых [12].

По шкалам Самоотношения были получены следующие результаты (Рис. 1):

1) Существуют значимые различия в выраженности интегрального чувства за/против своего Я ($p < 0,05$) между Интернет-зависимыми и Интернет-независимыми подростками. Результаты Интернет-зависимых подростков имеют более низкие показатели, чем у Интернет-независимых.

2) Обнаружены значимые различия по самоинтересу как модальности самоотношения ($p < 0,05$) между Интернет-зависимыми и Интернет-независимыми подростками. Самоинтерес у Интернет-зависимых подростков менее выражен, чем у Интернет-независимых.

3) Между Интернет-зависимыми и Интернет-независимыми подростками выявлены статистически значимые различия в выраженности самообвинения (как уровня конкретных действий по отношению к себе) ($p < 0,05$). У Интернет-зависимых более высокие показатели по шкале самообвинения, в отличие от Интернет-независимых подростков.

4) Выявлены значимые различия между 1 и 2 группами по выраженности самоинтереса как уровня конкретных действий по отношению к себе, ($p < 0,05$). У Интернет-независимых подростков этот уровень конкретных действий значительно выраженнее, чем у Интернет-зависимых.

Корреляционный анализ данных, выявил следующие особенности самоотношения у Интернет-

зависимых подростков:

- Отсутствие корреляционных связей интегрального чувства по отношению к своему Я с остальными факторами самоотношения.

- Отсутствие значимых связей с факторами самопонимания и самоинтереса.

- Факторы самопринятия, ожидания положительного отношения других, самоуверенность, ауто-симпатии и обращенности на внимание окружающих имеют большое функциональное значение в системе самоотношения у Интернет-зависимых подростков, однако единственным системообразующим фактором самоотношения данной группы не обладает.

- Ведущим уровнем в оценке себя является – эмоциональный.

- Ведущим уровнем конкретных действий является – самопринятие.

Можно предположить, что для Интернет-зависимого такое измененное самовосприятие является желаемым и одобряемым им и виртуальным сообществом, с которым он активно взаимодействует. Соответственно с помощью Интернета реализуется уход от себя настоящего.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют, что подростки с признаками Интернет-аддикции существенно отличаются от неаддиктивных сверстников как по характеру, так и по способности к общению, самооценке и структуре самоотношения.

Относительное преобладание шизоидных акцентуантов среди Интернет-аддиктов, по всей видимости, связано с особенностями деятельности в сети - это определенный уход от реальности, что свойственно шизоидам. Неожиданным может показаться достаточно большое число лиц с истероидной акцентуацией, которые, по идее, должны стремиться к постоянному нахождению «на виду», где они могли бы проявлять свои демонстративные черты. Мы полагаем, что это та часть истероид-

ных подростков, чьи потребности фрустрированы в реальном мире, и они стремятся к реализации своих истероидных черт в виртуальном мире (напр., это может быть знакомство и общение в чатах, которое со стороны истероидов имеет элементы псевдологии). В плане особенностей характера Интернет-аддикты отличаются и от подростков с химической зависимостью, где преобладают гипертим-

ные, неустойчивые, эпилептоидные и истероидные типы акцентуаций и крайне редки шизоиды [6, 9]. Вместе с тем, повышенная склонность к алкоголизации и наркотизации, обнаруженная у Интернет-аддиктов, свидетельствует о наличии общих психологических черт у лиц, склонным к разным формам аддиктивного поведения.

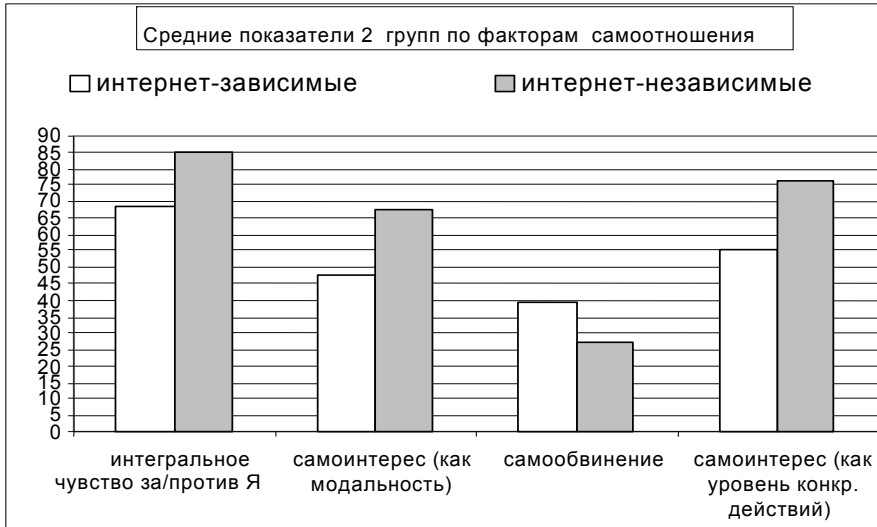


Рис. 1.

Такие особенности личности Интернет-зависимых подростков, как проблемы с общением, ощущение одиночества, низкая самооценка, склонность к избеганию проблем и ответственности, уход от себя настоящего в виртуальный мир (как один из вариантов «бегства» по Пезешкиану), по всей видимости, как способствуют вовлечению в Интернет-аддикцию, так и одновременно являются факторами риска социальной дизадаптации и перехода в химической формы аддиктивного поведения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреев А. С., Анцыборов А. В. Интернет-аддикция как форма зависимого поведения // <http://www.narcom.ru/cabinet/online/45.html>.
2. Войскунский А. Е. Актуаль-

ные проблемы зависимости от Интернета // Психологический журнал. 2004. Т. 25. № 1. - С. 90-100.

3. Дворщенко В. П. Тест личностных акцентуаций. - СПб., 2000.

4. Джолдыгулов Г. А., Гусманов Р. М., Шевченко Ю. С. К вопросу о механизмах формирования чрезмерной увлеченности компьютерными играми // Дискуссионные вопросы наркологии: профилактика, лечение и реабилитация: Мат-лы Российской научно-практической конференции / Под общ. ред. проф. А. В. Худякова. - Иваново, 2005. - С. 111-112.

5. Егоров А. Ю. К вопросу о новых теоретических аспектах аддиктологии // В кн. : Наркология и аддиктология. - Сб. науч. тр. / Под. ред. проф. В. Д. Менделевича. - Казань: Школа, 2004. - С. 80-88.

6. Егоров А. Ю. Алкоголизация и алкоголизм в подростково-молодежной среде: личностные особенности, клинические проявления, половые различия // Вопросы психического здоровья детей и подростков. - 2003 (3). № 1. - С. 10-16.

7. Егоров А. Ю. Нехимические (поведенческие) аддикции // Аддиктология, 2005, № 1. - С. 65-77.

8. Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В. Социодинамическая психиатрия. - М. : Академический Проект, Екатеринбург: Деловая книга, 2000. - 460 с.

9. Личко А. Е., Битенский В. С. Подростковая наркология. -Л. : Медицина, 1991. - 304 с.

10. Менделевич В. Д. Наркозависимость и коморбидные расстройства поведения. - М. : МЕДпресс-информ, 2003. - 328 с.

11. Пантилеев С. Р. Методика исследования самоотношения. - М. : Смысл, 1993.

12. Чудова И. В. Особенности образа «Я» «Жителя Интернета» // Психологический журнал. 2002. - Т. 22. № 1. - С. 113-117.

13. Янг К. С. Диагноз - Интернет-зависимость // Мир Интернет. 2000. № 2. - С. 24-29.

14. Amichai-Hamburger Y., Ben-Artzi E. Loneliness and internet use // Computers and Human Behavior. 2003, Jan. V. 1. N. 19. - P. 71-80.

15. Caplan S. E. Problematic Internet use and psychosocial well-being: development of a theory-based cognitive-behavioral measurement instrument // Computers in Human Behavior. 2002, Sept. V. 18. N 5. - P. 553-575.

16. Davis S. A. A cognitive-behavioral model of pathological Internet use// Computers in Human Behavior. 2001 Mar. V. 17, N. 2. - P. 187-195.

17. Goldberg I. Internet addiction disorder. 1996. In Psychom. net, http://www.sciencedirect.com/science?ob=RedirectURL&_method=externObjLink&_locator=u

rl& cdi=5067& plusSign=%2B& targetURL=http%253A%252F%252Fwww.psychom.net, accessed 20 November 2004.

18. Griffiths M. D. Internet addiction: does it really exist?// In: Psychology and the Internet: Intrapersonal, interpersonal, and transpersonal implications/ J. Gackenbach (Ed). San Diego, CA, Academic Press. 1998. P. 61-75.

19. Griffiths M. D. Internet addiction: Internet fuels other addictions // Student British Medical Journal. 1999. V. 7. - P. 428-429.

20. Griffiths M. D. Internet addiction – time to be taken seriously? // Addiction Research. 2000. Oct. V. 8. N. 5. - P. 413-419.

21. Hamburger Y. A., Ben-Artzi E. The relationship between extraversion and neuroticism and the different uses of the Internet// Computers in Human Behaviour. 2000. V. 16. - P. 441-449.

22. Kandell J. J. Internet addiction on campus: The vulnerability of college students // CyberPsychology and Behavior. 1998. V. 1. N. 1. - P. 11-17.

23. Kim K., Ryu E., Chon M. -Y., Yeun E. -J., Choi S. -Y., Seo J. -S., Nam B. -W. Internet addiction in Korean adolescents and its relation to depression and suicidal ideation: A questionnaire survey // International Journal of Nursing Studies 2005. Article in Press.

24. Kraut R., Patterson M., Lundmark V., Kiesler S., Mukopadhyay T., Scherlis, W. Internet paradox: a social technology that reduces social involvement and psychological well-being? // Am. Psychol. 1998. V. 53. - P. 1017-1031.

25. Shapira N. A., Goldsmith T. D., Keck Jr. P. E., Khosla U. M., McElroy S. L. Psychiatric features of individuals with problematic internet use // Journal of Affective Disorders. 2000 January-March. V. 57. N. 1-3. - P. 267-272.

26. Young K. S. Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder // CyberPsychology and Behavior. 1998. V. 1. - P. 237-244.

И. В. Добряков, В. В. Ильченко

**ОСОБЕННОСТИ ПСИХОСЕКСУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
И ПОЛОВОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕВОЧЕК
СТАРШЕГО ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА
С РАЗЛИЧНЫМ ТЕМПОМ ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ**

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования; Северо-Осетинский государственный университет (Владикавказ).

В настоящее время происходят радикальные изменения представлений о формах полового поведения на разных стадиях онтогенеза. В обществе продолжается процесс либерализации сексуальной морали, сопровождающийся демократизацией половых ролей. При этом в средствах массовой информации растет количество статей, передач, посвященных вопросам пола, но формирующих в обществе упрощенное представление о сексуальности человека. Прежде всего это отражается на подростках [6]. По мнению И. С. Кона, за последние годы в сексуальном поведении и установках российской молодежи, в первую очередь подростков и юношей, произошли большие изменения, вызывающие растущую социальную озабоченность. Наблюдается общая тенденция - снижение возраста сексуального дебюта и уменьшение разницы в этом отношении между мужчинами и женщинами. Особенно велики сдвиги у женщин [9, 10]. В этих условиях психосексуальное развитие и формирование личности должны стать предметом особого внимания, ибо в них фокусируется широкий круг проблем. При этом важно учитывать отмечающуюся с последней четверти прошлого века тенденцию к ускорению созревания подростка, к раннему началу пубертатного периода. Явление акселерации привлекло внимание как западных, так и отечественных исследователей, стремившихся изучить многие социально-психологические аспекты этого биологического феномена, отмечающих особенности формирования характера у акселерированных подростков [12, 7, 8, 9, 10]. По мнению Г. Крайг, многие подростки вполне положительно относятся к скорости сво-

его созревания, но несвоевременное половое созревание может вызывать проблемы [11]. Однако процессы акселерации, которыми объяснялись многие социально-психологические явления, в настоящее время пошли на убыль. Но несмотря на замедление процесса акселерации некоторые ранее объясняемые ею физиологические и психологические процессы отмечаются и сейчас. С. С. Либих отмечает, что сохраняются явления недостаточной социальной компетентности и информированности подростков, инфантильность и диспропорциональность в развитии [16].

В сложившихся условиях особенно актуальны вопросы изучения влияния психосоциальных факторов на психосексуальное развитие и половое поведение подростков с различным темпом полового созревания. Недостаток достоверных научных данных об особенностях психологии девушек с разным темпом психосексуального развития приводит к недифференцированной, не учитывающей личностный и психосоциальный статус, неадекватной пропаганде сексологических знаний [2, 8, 9, 10].

В подростковом возрасте не только формируется сексуальность, но и активно вырабатывается индивидуальный образ жизни. И от того, как это происходит, в значительной степени зависит качество последующей жизни (собственное здоровье, здоровье будущих детей, благополучие семьи и многое другое) [5]. Таким образом, есть все основания полагать, что от особенностей психосексуального развития и полового поведения в пубертатном периоде во многом зависит будущее психологическое и сек-

суальное здоровье взрослой женщины. В подростковом возрасте происходит осознание себя не только как субъекта, но и как объекта сексуального взаимодействия. Многие исследователи называют его периодом подростково-юношеской гиперсексуальности. Он характеризуется повышенным интересом к противоположному полу, иногда эротизацией окружающего мира, повышенным интересом к сексуальной литературе и другой соответствующей продукции и т. д. Собственная сексуальная активность подростков носит экспериментальный характер: постижение собственных телесных функций, фантазирование на эротические темы, эротические сновидения, петтинг, начало половой жизни [2, 3, 7, 8, 9, 10, 15, 16]. У девочек в подростковом возрасте прежде всего прослеживается стремление нравиться, обратить на себя внимание, появляются мечты о прекрасном и храбром «рыцаре», который будет заботиться и любить.

В связи с изложенным нам представляется актуальным изучение особенностей психосексуального развития и полового поведения девочек старшего подросткового возраста. Нами было проведено исследование, выборку которого составили 403 девочки в возрасте 15–17 лет, учащиеся 9–11 классов средних общеобразовательных школ города Владикавказа.

В задачи исследования входило:

- изучение особенностей психосексуального развития и полового поведения девочек-подростков с различным темпом полового созревания;
- определение основных источников информации девушек по вопросам интимной жизни;
- выявление установок, связанных с сексуальной активностью;
- определение характерологических особенностей девочек-подростков с различным темпом полового созревания.

В качестве практического критерия акселерации и ретардации А. Е. Личко предложил отклонение на 1-2 периода (хронологически на 2-4 года) от одинаковых для мальчиков и девочек стандартов [12].

По результатам исследования физиологических особенностей полового созревания нами было выделено 3 группы девочек (см. табл. 1). Основным критерием явилось деление по возрасту начала менструации. Возраст наступления менархе - самый надежный биологический показатель, на основе которого были рассмотрены характерные черты процесса акселерации [14].

Средний возраст начала этого процесса в нашей общей выборке - $12,89 \pm 1,2$ лет. Учитывались также физиологические особенности полового созревания (рост груди, оволожение подмышечных впадин и лобка и т. д.).

Таблица 1.

№	Группы обследованных	Количество обследованных (n)	Возраст менархе	Средний возраст менархе
1	Группа с условно ускоренным темпом полового созревания	53	7 -11 лет	$10,8 \pm 0,37$ лет
2	Группа со своевременным темпом полового созревания	320	12 – 14 лет	$13,0 \pm 0,77$ лет
3	Группа с условно замедленным темпом полового созревания	30	15 – 16 лет	$15,2 \pm 0,43$

Для 1-3 группы различия значимы по t-критерию Стьюдента на уровне $p < 0,001$ ($t=3,52$), для 1-2 и 2-3 групп - различия значимы на уровне $p < 0,05$ ($t=2,56$) и ($t=2,42$).

В ходе нашего исследования мы также попытались выяснить некото-

рые особенности семейной среды девушек-подростков. Многими авто-

рами неоднократно отмечалось, что семейная обстановка является одним из главных факторов становления сексуальной жизни и качества ее в дальнейшем. В литературе можно встретить данные, согласно которым девушки из неполных или неблаго-

получных семей начинают половую жизнь раньше, чем их сверстницы из полных или благополучных семей [4, 10]. По результатам нашего исследования было выявлено, что большинство респонденток живут в полных семьях (см. таблицу 2).

Таблица 2.

	Темп полового созревания		
	условно ускоренный	своевременный	условно замедленный
Живут в полных семьях	86,8%	72,5%	80,0%

Выявленную нами семейную ситуацию опрошенных девушек можно рассматривать как более благоприятную, чем в среднем по Российской Федерации. Вероятно, это можно объяснить особенностями национальных и культурных традиций, быта и семейного воспитания в Северной Осетии.

На наш взгляд, искажение половых ролей может привести к повышенным притязаниям женщины в

сфере семейно-сексуальных отношений и к сексуальным расстройствам. Необходимо чтобы у девочек сформировалась феминная половая роль. В связи с этим испытуемым был задан ряд вопросов, в некоторой степени отражающих, по нашему мнению, особенности усвоения респондентками половой роли, их половой социализации. Вопросы касались предпочитаемых в детстве игр, причесок, интереса к макияжу (см. таблицу 3).

Таблица 3.

	Темп полового созревания		
	условно ускоренный	своевременный	условно замедленный
В детстве предпочитали игры			
в «куклы»	86,8%	72,5%	80,0%
в «дочки-матери»	71,7%	60,0%	76,7%
В детстве предпочитали стрижки			
предпочтение женской стрижки	64,2%	53,4%	60,0%
никогда не нравилась мальчишеская стрижка	11,3%	8,1%	0%

Результаты нашего исследования позволили сделать вывод, что большинство респонденток всех трех групп в детстве играли в «куклы» и в «дочки-матери», большинство из них предпочитало в детстве женские стрижки. Интересно, что девушки, вообще не использующие косметику, чаще имеют **ускоренный** или **замедленный** темп полового созревания. Девочки с **замедленным темпом полового созревания** никогда не предпочитали компанию только мальчиков. Они позже других девушек стали применять косметику, в настоящее время реже используют макияж. Ни одной из девушек этой группы (в от-

личие от первых двух) никогда не нравилась мужская стрижка

В подростковом возрасте у девушек появляется интерес к эротической литературе, сексуальным сценам в кино. Их фантазии приобретают при этом все более чувственный характер, все чаще возникает потребность в ласке, прикосновениях, телесном контакте. Одним из важных признаков пробуждающейся сексуальности является возникновение эротических сновидений. В группах девушек с разными темпами полового развития эти феномены отмечаются в различные сроки (см. таблицу 4).

Таблица 4.

	Темп полового созревания		
	условно ускоренный	своевременный	условно замедленный
потребность в ласке, прикосновениях, телесном контакте отмечали			
до 14 лет	24,5%	17,8%	10,0%
в 15 -16 лет	49,1%	46,3%	50%
эротические сновидения			
ни разу не видели	26,4%	30,0%	16,7%
отмечали их появление	54,7%	48,1%	56,7%
отрицали такие сны	18,9%	21,9%	56,7%

Исследования Т. Ю. Кришталь показали, что 83,6% девушек и 74% юношей Санкт-Петербурга обсуждают с друзьями вопросы секса. Основные «значимые лица», с которыми девушки обсуждают особенности своего организма, – это подруги (50%), медицинские работники (38%). Лишь 20% получали инфор-

мацию о строении половых органов, половой жизни от матери, 10,6% у «друга» (2005). В настоящем исследовании мы также обратились к изучению источников информации об анатомо-физиологических особенностях половой сферы, о половой жизни девушек Владикавказа (см. таблицу 5).

Таблица 5.

	Темп полового созревания		
	условно ускоренный	своевременный	условно замедленный
Источники сведений о половой жизни			
сверстники и друзья	75,5%	75,3%	93,3%
телевидение, кинопродукция	67,9%	70,3%	70,0%
книги, журналы, специальная научно-популярная литература	56,6%	54,7%	53,3%
родители	11,3%	12,5%	10,0%
братья и сестры	15,1%	9,7%	10,0%
педагоги	3,8%	3,8%	0%
медицинские работники	7,5%	7,2%	0%

Результаты исследования позволили нам определить каналы получения информации по вопросам сексуальной жизни у современных школьников. Анализ ответов показал, что основными источниками информации для всех трех групп девушек являются:

- во-первых, сверстники и друзья,
- во-вторых, телевидение, кинофильмы,
- в-третьих, книги, журналы, газеты, специальная научно-популярная литература.

В семье девочки реже получают подобную информацию. Родителей в качестве источников информации

назвали немногие, как и братьев и сестер. К сожалению, роль педагогов и медицинских работников в сексуальном просвещении подрастающего поколения весьма незначительна.

Интересно, что девушки с **ускоренным темпом полового созревания** примерно в 1,5 раза чаще, чем девушки других групп, получают информацию от сестер и братьев. Это, по-видимому, отражает их склонность беседовать с ними на волнующие темы. Девушки с **условно замедленным темпом полового созревания** чаще доверяют сверстникам как источнику информации по вопросам интимной жизни. Существенным здесь также является и то,

что педагогов и медицинских работников данная группа девушек не назвала вообще.

Претворение в жизнь сексуальных фантазий, сновидений, тайных желаний девушек осуществляется, как правило, постепенно. Танцы, согласие на свидание, уединение с юношей, наполняют жизнь девушки новым содержанием. Из 180 девушек 15-18 лет опрошенных в Санкт-Петербурге, большинство отметили, что на свидания они начали ходить с 12-14 лет, а 50% постоянно встречаются с молодыми людьми. Основными причинами отсутствия таких встреч девушки назвали следующие: «пока не встретила достойного» (22%), 7% девушек отметили вариант - «юноша не отвечает взаимностью» (Т. Ю. Кришталь, 2005). Как правило, свидания сопровождаются эротическими играми и ласками (петтингом). Однако если молодой человек настойчиво стремится к сексуальной близости, то это нередко может вызывать у девушки негативные чувства и переживания. По мнению Ю. М. Орлова, «значение петтинга в психосексуальном развитии достаточно велико. Он расшатывает ригидные сексуальные установки, внушенные родителями, а девушки приобретают опыт, «проигрывая элементы полового поведения» [15; с. 150]. То, в каком возрасте девушки решаются на такой опыт, зависит, помимо прочего, от темпа полового созревания (см. таблицу 6).

Результаты исследования дают основание сделать вывод, что многие из всех трех групп (**большинство** респонденток с **ускоренным и своевременным темпом полового созревания**) имели первый опыт свидания с молодыми людьми в 14 лет или раньше. Причем среди девушек, не имеющих этого опыта, в несколько раз больше девушек с **замедленным темпом** полового созревания.

Результаты нашего исследования позволяют говорить о том, что опыт первого глубокого поцелуя чаще приобретается в 15-16 лет, причем у девушек с **замедленным темпом полового созревания** это происходит несколько позже. Обращает внимание на себя также тот факт, что большинство опрошенных нами школьниц со **своевременным** и с **замедленным темпом полового созревания** вообще еще не целовались с представителями противоположного пола. Таких девушек в группе респонденток с **ускоренным темпом полового созревания** оказалось меньше половины.

Поверхностный петтинг больше половины девушек всех трех групп опрошенных еще не практиковали, однако среди респонденток с **ускоренным темпом полового созревания** их оказалось сравнительно больше. Девушки с **замедленным темпом полового созревания** значительно чаще, чем респондентки других групп, вообще отрицают подобный опыт.

Таблица 6.

	Темп полового созревания		
	условно ускоренный	своевременный	условно замедленный
Опыт первого свидания с юношей			
имели в 14 лет или раньше	49,1%	44,1%	43,3%
не имели до 15 лет опыта	15,1%	22,2%	33,3%
Опыт поцелуев с юношами в 15 – 16 лет			
не имели опыта	45,3%	52,8%	50,0%
имели опыт глубокого поцелуя	22,6%	21,9%	10,0%
Поверхностный петтинг			
не практиковали	60,4%	71,6%	63,3%
практиковали	7,5%	6,9%	0%

С. С. Голод в сложном комплексе мотивов вступления в сексуальные отношения выделяет следующие: любовь, потребность в доверительном общении, сексуальный импульс, любопытство, настояния партнера, пример сверстников, совращение, конформный мотив (необходимость «быть как все»). При этом девушки значительно чаще ссылают-

ся на мотив любви, а юноши - на стремление развлечься и получить удовольствие [3]. Исследования Т. Ю. Кришталь показали, что 64,1% опрошенных старшеклассниц Санкт-Петербурга считают для себя приемлемым раннее начало половой жизни (2005). Возраст, в котором они считали допустимым начало половой жизни, указан в таблице 7.

Таблица 7.

Указали допустимым возраст начала половой жизни	Количество девушек, опрошенных в Санкт-Петербурге (n) (Кришталь Т. Ю., 2005)	%
14 и младше	27	16,2
15 лет	22	13,2
16 лет	42	25,2
17 лет	33	19,8
18 и старше	37	22,2

Из причин, побуждающих девушек вступить в сексуальные отношения, самая частая – любовь (35,4%) и несколько реже – физическое влечение (25,2%) и любопытство (16,2%), независимо от возраста. Причина «любовь» остается ведущей в каждой возрастной группе у девушек. У юношей ведущей причиной начала сексуальных отношений яв-

ляется физическое влечение – 50%, в 30% - «любовь». Чаще (в 3 раза), чем девушки, юноши указывают причины «желание самоутвердиться» и «желание не отстать от других» (Т. Ю. Кришталь, 2005).

В ходе исследования девушек Владикавказа того же возраста были получены несколько иные результаты (см. таблицу 8).

Таблица 8.

	Темп полового созревания		
	условно ускоренный	своевременный	условно замедленный
Возраст, который считают допустимым для начала половой жизни			
20 лет и старше	64,2%	50,0%	60,0%
18 - 19 лет и старше	32,1%	45,9%	40,0%
16 - 17 лет и старше	3,8%	3,8%	0%
15 лет и младше	0%	0,3%	0%
Половые отношения до брака			
не допустимы	43,4%	39,1%	56,7%
допустимы	18,9%	20,9%	16,7%
Мотивы вступления в половые отношения			
любовь	98,1%	94,4%	96,7%
физическая потребность	39,6%	34,4%	26,7%
мотив любопытства	26,4%	23,8%	26,7%
настояния партнера	15,1%	10,0%	3,3%
меркантильный мотив	1,9%	6,6%	0%.
Влияния добрачного сексуального опыта на последующую семейную жизнь			
отрицательное	49,1%	47,8%	56,7%
никакого влияния нет	30,2%	35,0%	30,0%
положительное	20,8%	17,2%	13,3%

Большинство респонденток считает, что допустимый возраст для вступления в интимные отношения 20 лет и позже. Благоприятным для начала половой жизни возраст 18-19 лет отметили меньше половины респонденток. Начало половой жизни в 16-17 лет допускает небольшое количество респонденток из 1-й и 2-й групп, считают невозможным все девушки с **замедленным темпом полового созревания**. Сексуальный дебют в 15 лет и раньше осуждают практически все опрошенные.

Отрадно, что самым главным мотивом начала половой жизни подавляющее большинство всех наших респонденток считает любовь. Второе место занимает такой мотив, как физическая потребность. Девушки с **ускоренным темпом полового созревания** этот мотив называют несколько чаще, чем их сверстницы 2-й группы (со своевременным темпом полового созревания). В тоже время количество респонденток 2-й группы, указавших этот мотив, превышает количество назвавших его девушек третьей группы (с **замедленным темпом полового развития**). Мотив любопытства во всех трех группах назвало около четверти респонденток. Настояния партнера чаще являются возможным мотивом для девушек с **ускоренным темпом полового созревания**. В 1,5 раза реже его называют девушки со **своевременном темпом полового развития**, в 4,6 раза реже девушки с **замедленным темпом полового развития**. Интересным оказалось и то, что меркантильный мотив («экономические соображения») девушки со **своевременным темпом полового созревания** называли чаще, чем девушки с **ускоренным темпом полового созревания**, в 3,5 раза. Ни одна из респонденток с **замедленным темпом полового развития** из третьей группы этот мотив не назвала этот мотив как возможный для вступления в интимные отношения.

И. С. Кон отмечает, что «важный показатель либерализации поло-

вой морали - рост терпимости к добрачным связям» [10; с. 44]. В. Ф. Анурийн считает, что «отношение к добрачным половым связям весьма различается в контексте различных культур и субкультур, однако они всегда осуждаемы. Это вытекает из самых основ института моногамного брака» [1; с. 93]. Наряду с этим следует отметить, что для современной молодежи характерно более толерантное отношение к добрачному экспериментированию. Однако многое зависит от социального контекста и региона, в котором проводится исследование.

Анализируя данные, полученные нами во Владикавказе, мы пришли к выводу, что в Северной Осетии большинство школьниц считают интимные отношения до брака недопустимыми (43,4%, 39,1%, 56,7%). Но необходимо заметить, что значительная часть респонденток не имеет четкого мнения по данному вопросу (37,7%, 40,0%, 26,7%). Допустимыми добрачные половые отношения признали для себя - 18,9%, 20,9%, 16,7% девушек.

Не менее интересным оказалось мнение респонденток относительно влияния добрачного сексуального опыта на последующую семейную жизнь. Большинство испытуемых считает, что подобный опыт оказывает отрицательное влияние (49,1%, 47,8%, 56,7%). Примерно треть респонденток полагает, что никакого влияния нет (30,2%, 35,0%, 30,0%). Положительное влияние добрачного сексуального опыта на будущие семейно-брачные отношения отметили 20,8% опрошенных из первой группы, 17,2% - из второй и 13,3% из третьей группы. Как видно из приведенных данных, более консервативная точка зрения по данным вопросам у девушек с замедленным темпом полового созревания.

Для современного общества характерна тенденция снижения возраста (особенно женщин), в котором состоялся сексуальный дебют. Анонимный опрос 90 девушек Санкт-

Петербурга показал, что из них 52,3% уже пережили сексуальный дебют, причем из них наибольшее количество – это девушки возрастной группы 16-17 лет, что составля-

ет (60 чел). В группе 15 лет и младше сексуальные отношения имеет пятая часть подростков этого возраста (см. таблицу 9).

Таблица 9.

Возраст сексуального дебюта	Количество девушек, начавших половую жизнь (n=90) (Кришталь Т. Ю., 2005)	%
15 лет и младше	9	21,4
16-17 лет	60	64,5
18 лет и старше	21	47,7

Нами был проведен анонимный опрос 100 девушек 18–23 лет, обучающихся на психологическом фа-

культете Северо-Осетинского государственного университета (см. таблицу 10).

Таблица 10.

Возраст сексуального дебюта девушек 18–23 лет (n = 100)	
до 16 лет	0%
в 16 – 17 лет	11,1%
в 18 – 19 лет	44,4%
в 20 лет и старше	44,5%

И. С. Кон считает, что начало половой активности зависит от многих социальных факторов, к числу которых относится также уровень образования. По его данным, учащиеся ПТУ начинают половую жизнь значительно раньше, чем их сверстницы-школьницы, а также молодые люди, получившие университетское образование, начинают сексуальную жизнь позже тех, чье образование ограничивается неполной средней или средней школой [9]. В этом убеждает и опыт наших собственных исследований: большая часть девушек-студенток еще не начала вести половую жизнь – 68,7%. По нашему мнению, это может быть также связано с особенностями воспитания, культурными и этническими характеристиками. Несмотря на эгалитеризацию и нуклеаризацию современного семейно-брачного института, для Северной Осетии в большинстве случаев характерна ориентация на патриархальные образцы. На наш взгляд, доминирование целомудренных установок, осуждение добрачного сексуального экспериментирования, следование национальным и культурным традициям приводят к более позднему

сексуальному дебюту, чаще всего связанному с вступлением в брак.

Итак, обобщая полученные результаты можно сказать, что существует неравномерность в проявлении основных феноменов психосексуального развития у девочек с различным темпом полового созревания. Особенно ярко это проявилось у девочек с условно замедленным темпом полового созревания. Опыт первого свидания, языкового поцелуя, поверхностного петтинга, оргазма приобретается позже, чем у девочек со своевременным и ускоренным темпом полового созревания. У девочек с условно ускоренным темпом полового созревания несколько раньше начинает проявляться такой феномен психосексуального развития, как появление потребности в ласке, телесном контакте. Они более активно в детстве принимали участие в социально-сексуальных играх, причем делали это чаще с детьми противоположного пола.

Несовпадение данных, полученных Т. Ю. Кришталь при опросах девушек Санкт-Петербурга, и результатов проводимых нами исследований во Владикавказе подчеркивает культуральные влияния, влия-

ние социально-политической ситуации в регионе на психосексуальное развитие и особенности полового поведения. В качестве доказательства последнего можем привести данные нашего исследования при помощи теста незаконченных предложений сформированности у старшеклассниц образа «я - будущая мама». У девушек в Санкт-Петербурге мы получили показатель 0,36 балла, у группы девушек, ставших жертвами террористического акта в Беслане, этот показатель составил 0,29 балла, а самый высокий показатель балл (0,43) был отмечен у девушек Беслана, не попавших в заложники. (И. В. Добряков, И. О. Родимова, 2005).

Актуальность проведения подобных исследований в различных регионах Российской Федерации очевидна. Осмысление их результатов позволит разработать адекватные программы по половому воспитанию в школах и ВУЗах, учитывающие региональную специфику, позволяющие предупреждать отклонения психосексуального развития, грамотно разрешать имеющиеся проблемы. Недостаток сексуального просвещения создает массу проблем для современной молодежи. Взрослые и общество в целом должны помочь подросткам сформировать ценности и установки, достигнуть зрелости и усвоить навыки, необходимые для того, чтобы стать здоровыми взрослыми людьми. Психосексуальное здоровье девочек в подростковом возрасте - залог полноценной семейно-брачной и сексуальной жизни в будущем.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анурин В. Ф. Сексуальная революция: двойной стандарт // СОЦИС 2000, № 9. С. 88–95.
2. Васильченко Г. С. Сексология: Справочник. – Медицина, 1990. – 576 с.
3. Голод С. И. XX век и тенденция сексуальных отношений в Рос-

сии. СПб. : Алетейя, 1996.

4. Журавлева И. В. Самосохранительное поведение подростков и заболевания, передающиеся половым путем. // СОЦИС 2000, №5. - С. 66–74.

5. Зайцев Г. К., Зайцев А. Г., Хаптанова Т. Г. Половое воспитание подростков: ценностное отношение к здоровью. // Вопросы психологии 2002 г. № 3. - С. 33–40.

6. Ивченкова Н. П., Ефимова А. В., Аккузина О. П. Установки по отношению к началу половой жизни // Вопросы психологии 2001 г. №3. С. 49–57.

7. Исаев Д. Н., Каган В. Е. Половое воспитание детей. – Л. : Медицина, 1988. – 160 с.

8. Кон И. С. Введение в сексологию. М. : Медицина, 1989.

9. Кон И. С. Сексуальность и культура. – СПб. : СПбГУП, 2004. – 104 с

10. Кон И. С. Подростковая сексуальность на пороге 21 века. Социально-педагогический анализ. – Дубна: «Феникс+», 2001.

11. Крайг Г. Психология развития. - СПб. : Питер, 2002 – 992 с.

12. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков: 2-е изд. – Л. : Медицина, 1983.

13. Личко А. Е., Иванов Н. Я. Диагностика характера подростков – ПДО. Краткое руководство. СПб. : «Фарматекс», 2001.

14. Миклашевская Н. Н., Година Е. З. Ростовые процессы у русских детей и подростков Севера Европейской части Российской Федерации // Вопросы антропологии. – 1992. - №86. – с. 53–70.

15. Орлов Ю. М. Половое развитие и воспитание. М. : Просвещение, 1993.

16. Руководство по сексологии / под ред. Либиха С. С. - СПб. : Питер, 2001.

Б. Е. Микиртумов, В. В. Поздняк

ОСОБЕННОСТИ АДАПТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЮНЫХ БЕРЕМЕННЫХ

Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия.

Подростковая беременность представляет собой важную общемедицинскую и социальную проблему. В последние десятилетия отмечается неуклонное изменение отношения молодых людей к сексуальным отношениям и традиционным распределениям гендерных ролей (Голод С. И., 1996; Kuno T., Tachi E., 2002) [5, 16]. Сексуальное поведение подростков характеризуется ранним сексуальным созреванием и пробуждением эротических чувств (Денисенко М., Далла Зуанна Ж. -П., 1999) [7]. Средний возраст начала половой жизни в России 16,1 года (Гуркин Ю. А., 1997) [6]. 36-66% девушек подростков начинают половую жизнь до 16 лет, до 15 лет – 8-19% опрошенных, до 14 лет – 1-6% (Прохорова О. В., 1997; Тимченко Г. П., Попова А. В., 1997) [11, 12]. Мотивация сексуальной инициации в основном связана с формированием индивидуальности подростков, тем, как складываются отношения с окружающими, и в меньшей степени отражает гормональное развитие (Микиртумов Б. Е., 1997). При этом у девушек, как правило, недостаточное знание об анатомии и физиологии половой системы, незначительны или искажены сведения о сексуальных отношениях, нежелательных последствиях раннего начала половой жизни и предупреждении их (Микиртумов Б. Е., 1988; Kapamadzija A., Bjelica A., Segedi D., 2001) [14]. Ранняя половая жизнь и промискуитет негативно сказываются на психике подростков, ставят под сомнение гармоничность психического развития в дальнейшем. Психотравмирующие факторы, связанные с сексуальным поведением подростка, могут привести к тяжелым внутренним переживаниям, которые в дальнейшей жизни повышают риск развития состояний, уг-

рожающих первичным бесплодием (синдром лютеинизации, иммунологическим бесплодием) (Глушенко С. И., Киселев А. Г., 2004) [4].

Следствием раннего начала половой жизни является резкий рост подростковых беременностей, завершающихся абортами и родами (Левитас С. Г., 1990; Коновалов О. Е., 1996) [9, 8]. Отмечается значительный рост юных беременных с 1,8% в 1981-85 годах до 12,75% в 1991-95 годах (Введенская И. И., Походко И. В., 2000) [3]. Нежелательная беременность в подростковом возрасте вызывает серьезные переживания девушки, может сопровождаться тяжелыми нервно-психическими расстройствами. Подростки реагируют на наступившую беременность стремлением к изоляции и отречению, наблюдаются депрессивные реакции, иногда антиобщественное поведение. Девушки бывают буквально парализованы страхом, вызванным необходимостью рассказать о случившемся родителю (Smith L. B., Adler N. E., Tschann J. M., 1999) [17].

Целью нашего исследования являлось изучение психических расстройств, возникающих в результате нежелательной беременности в подростковом возрасте, и особенностей адаптивного поведения юных беременных.

Материал и методы исследования.

Обследованы 145 подростков в возрасте от 14 до 18 лет (средний возраст $16,02 \pm 0,86$). В основную группу вошли 100 человек. Критерии включения в основную группу наблюдения были следующие:

- возникновение нежелательной беременности;
- возраст юных беременных до 18 лет;

- возникновение психических нарушений, связанных с нежелательной беременностью.

В группу сравнения вошли 45 небеременных девушек-подростков. Группа сравнения сопоставима по основным параметрам с основной группой.

Экспериментально-психологические методы включали следующие тесты:

Опросник ИЖС (LSI) для исследования механизмов психологических защит (ПЗ) [2]. В аспекте психологии отношений В. Н. Мясищева механизмы ПЗ понимаются как система адаптивных, как правило, неосознанных реакций личности, направленная на защитное изменение значимости дизадаптивных компонентов отношений – когнитивного, эмоционального, поведенческого с целью ослабления их психотравмирующего воздействия на больного (Иовлев Б. В., Карпова Э. Б., 1998). Методика «индекса жизненного стиля» (LSI) позволяет моделировать в эксперименте различные ситуации на вербальном уровне с помощью специализированного опросника, разработанного на концептуальной основе и стандартизированного в соответствии с принятыми правилами. Суммарная оценка шкальных оценок отражает уровень выраженности защитных механизмов.

Методика, определения индекса саморегуляции поведения (ИСП) (Кржечковским А. Ю. и Чудновским В. С., 1990), используется для определения уровня самосознания. Особенностью теста является относительная неструктурированность задач, поставленных перед испытуемым, допускается неограниченное количество ответов, что характерно для проективных методик. В них находят отражение завуалированные или неосознанные стороны личности. В контексте данного исследования речь идет об оценочных суждениях относительно образа «Я» в «инактуальной форме» на уровне

недостаточно осознаваемого интуитивного схватывания (инсайта). Сопоставление их с соответствующими когнитивными, вербальными оценками различных свойств своего «Я» позволяет судить о том, насколько в структуре саморегуляции представлены свойства осознанности и импульсивности. Можно считать, что показателем высокого уровня развития самосознания служат такие действия, при которых процессы саморегуляции сочетают в себе гармонично эмоциональный и когнитивный компоненты, а мотивы поведения достаточно осознаются субъектом и вербализуются [13].

Интегративный тест тревожности (ИТТ) (Бизюк А. П., Вассерман Л. И., Иовлев Б. В., 1997) был использован для определения уровня тревожности. В соответствии с эмпирической и теоретической целесообразностью тревога рассматривается как состояние и как личностно-типологическое свойство. Испытуемому предлагается два варианта инструкций к шкалам ИТТ: первая ориентирует его на оценку себя сейчас, на текущий момент, а второй вариант – на оценку своего обычного состояния на протяжении относительно длительного времени, например, на протяжении последнего года. Таким образом, мы имеем две равнозначные шкалы методики ИТТ, которые получили условное название СТ-С (ситуативная) – первая, СТ-Л (личностная) – вторая. В тесте использовались дополнительные шкалы: «эмоциональный дискомфорт» (ЭД), «астенический компонент тревожности» (АСТ), «фобический компонент» (ФОБ), «тревожная оценка перспективы» (ОП), «социальная зашита» (СЗ) [1].

Результаты исследования.

Клинико-психопатологический анализ психогенных нарушений позволил выделить в зависимости от преобладания типа аффективных нарушений следующих 3 клинических варианта (таблица 1).

Распределение психогенных расстройств в основной группе
в зависимости от типа аффективных нарушений.

Типы аффективных нарушений	Средний возраст	Абсолютное кол-во	Относительное кол-во
Меланхолический тип	15,97±0,92	37	37%
Тревожный тип	16,00±0,77	32	32%
Астеноипохондрический тип	16,09±0,83	31	31%
ИТОГО	15,97±0,92	100	100

Меланхолический тип аффективного реагирования.

В первую подгруппу с меланхолическим типом аффективного реагирования вошли 37 юных беременных, что составляет 37% от обследованных основной группы. В эту группу вошли юные беременные от 14 до 18 лет, (средний возраст 15,97±0,92). Для клинической картины с преобладанием меланхолического типа аффективного реагирования типичными являлись жалобы на снижение настроения, пессимистическое отношение к себе и своему будущему. Достаточно часто возникали идеи самообвинения по поводу «убийства ребенка» («во мне жизнь, а я ее убью... не знаю, как с этим буду жить»). В поведении подростков начинает проявляться несвойственное им раннее стремление к одиночеству, уединению. Из соматовегетативных проявлений наиболее часто встречались нарушения сна, снижение аппетита, вегетососудистые нарушения (тахикардия, потливость).

Тревожный тип аффективного реагирования.

Во вторую подгруппу с тревожным типом аффективного реагирования вошли 32 юных беременных, что составило 32% от обследованных основной группы, в возрасте от 15 до 17 лет (средний возраст 16,00±0,77). В клинической картине обследованных второй подгруппы преобладали тревожные симптомы различной степени тяжести - от латентной формы в виде субъективного чувства внутреннего волнения, беспокойства, проявляющиеся в вербальных характеристиках своего состояния («внут-

ри страшно... как будто дрожу постоянно»), до относительно глубоких тревожных переживаний, при которых аффективный компонент преобладал над вербальным. Тревожные реакции проявлялись в повышенной двигательной активности, в виде характерных для тревоги: поз, жестов, мимики, выражающих тревожно окрашенное оживление, суетливость. Тревожное напряжение отражало страх перед бесплодием, одиночеством и отверженностью («родители меня не простят... молодой человек не захочет со мной общаться»). У ряда обследуемых наблюдались острые деперсонализационные состояния, что было характерно для первой реакции на известие о беременности («когда на тест посмотрела, все чувствовать перестала... как будто колпак на голову одели»). Эпизодические и более продолжительные тревожные состояния не достигали невротического уровня по своей выраженности тревоги.

Астеноипохондрический тип аффективного реагирования

В третью подгруппу с астеноипохондрическим типом аффективного реагирования вошли 31 юная беременная, что составило 31% от обследованных основной группы, в возрасте от 14 до 18 лет (средний возраст 16,09±0,9).

В структуре депрессии преобладал астенический компонент - раздражительность, повышенная утомляемость, нарушение сна, снижение аппетита, апатия. Тревожные опасения были связаны со страхом за свое здоровье («в результате аборта могу стать бесплодной. . . боюсь кровотечения, которое врачи не остановят . .

. беременность вызывает тошноту и рвоту, из-за моего слабого здоровья»). Настроение колебалось от ровного до подавленного и угнетенного, раздражительного и тревожного. Повышенная возбудимость сменялось легко возникающей слабостью и утомляемостью. Нарастало снижение продуктивности – появлялись значительные затруднения при концентрации внимания, рассеянность. Раздражительность нередко сопровождалась симптомами вегетативной лабильности: головокружение, головными болями, тошнотой, обморочными состояниями. Ипохондрия, возникающая на фоне астенизации, характеризовалась фиксированностью на слабости своего здоровья, и, как следствие, невозможности выносить ребенка. Тревожные ожидания были связаны с опасениями осложнений при аборте и родах.

Экспериментально-психологическое исследование уровня и структуры тревожности по данным интегративного теста тревожности.

Для основной группы обследованных характерен более высокий уровень личностной и ситуативной тревожности. Различия показателей по личностной тревожности у обследованных основной группы и группы сравнения не достигают статистически значимых различий, различия по ситуативной тревожности статистически достоверны ($p < 0,05$).

При анализе структуры тревожности первой подгруппы основной группы с меланхолическим типом аффективного реагирования ведущими оказались шкалы ФОБ («фобический компонент») и шкала ОП («тревожная оценка перспективы»). В картине эмоционального фона испытуемых с пиком по шкале ФОБ, преобладают ощущения непонятной угрозы, неуверенность в себе, собственной бесполезности. Шкала ОП, тесно связана с ФОБ, но здесь определенно проявляются проекция страхов в перспективу и общая озабоченность будущим, на фоне повы-

шенной эмоциональной чувствительности.

Во второй подгруппе с тревожным типом аффективного реагирования в структуре тревожности ведущими оказались шкалы: ОП («тревожная оценка перспективы»), ЭД («эмоциональный дискомфорт»), АСТ («астенический компонент тревожности»). Такая структура тревожности говорит о проекции страхов в будущее. Общая озабоченность последствиями, на фоне повышенной эмоциональной лабильности, указывает на наличие эмоциональных расстройств, снижение эмоционального фона и неудовлетворенность жизненной ситуацией, эмоциональной напряженностью, элементами агитации.

В третьей подгруппе основной группы с астеноипохондрическим типом аффективного реагирования ведущими оказались шкалы АСТ («астенический компонент тревожности») и ФОБ («фобический компонент»). Что свидетельствует о преобладании в структуре тревожности усталости, расстройств сна, вялости, пассивности, быстрой утомляемости. Также достаточно выражены ощущения угрозы, неуверенности в себе, собственной бесполезности.

Самосознание юных беременных.

Основная группа по значению ИСП была разделена на 3 подгруппы, с низким ИСП (ниже 0,35), средним ИСП (от 0,36 до 0,45) и высоким ИСП (выше 0,46). Сводные данные представлены в таблице 2.

У обследованных основной группы выявляется более низкий уровень самосознания, чем в группе сравнения, различия статистически достоверны. Индекс саморегуляции поведения (ИСП) определяет зависимость поведения от импульсивных актов, значительно снижающих сознательный контроль и возможность прогнозирования ситуации в ближайшем будущем. При низкой осознанности и представленности когнитивного компонента в поведенческих актах наблюдается снижение уровня

самосознания. При саморегуляции поведения доминирует аффективная составляющая, и, как следствие, снижается способность к оценке возможных последствий поступков и их оценка окружающими. Самооценка выступает как основной механизм в моральной саморегуляции личности, восприятии моральных установок общества. При низком уровне

самосознания моральные нормы не выступают в качестве регулирующих механизмов. Преобладание аффективного компонента в саморегуляции поведения, принятие решений и совершение действий под влиянием чувственных порывов, создает мотивацию для ранней сексуальной инициации, промискуитета, и высокого риска нежелательной беременности.

Таблица 2.

Индекс саморегуляции поведения (ИСП) в основной и группе сравнения.

ИСП	Основная группа		Группа сравнения	
	Абс.	%	Абс.	%
Первая подгруппа основной группы (высокий ИСП)	18*	18%	17*	37,8%
Вторая подгруппа основной группы (средний ИСП)	33*	33%	20*	44,4%
Третья подгруппа основной группы (низкий ИСП)	49*	49%	8*	17,8%
ВСЕГО	100	100%	45	100

* отмечены статистически достоверные различия, $p < 0,05$.

Изучение адаптивного поведения юных беременных.

При анализе частоты употребления протективных и дефензивных

МПЗ, выявилось более частое использование протективных МПЗ (таблица 3).

Таблица 3.

Использование протективных и дефензивных МПЗ.

	протективные МПЗ		дефензивные МПЗ		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Основная группа	67	67%	33	33%	100	100
Группа сравнения	26	57,8%	19	42,2%	45	100

Для изучения профиля МПЗ, был подсчитан количественный баланс защит, приняв за 100% общее число защит используемых группой. Общей закономерностью основной группы является использование относительно более широкого спектра напряженных типов ПЗ (отрицание, регрессия, проекция, замещение, интеллектуализация).

Изучение профиля МПЗ в основной и контрольной группе выявило следующие закономерности:

В основной группе наиболее напряженными и часто используемыми МПЗ, оказались:

- регрессия (25%), у контрольной группы (15,6%)

- отрицание (22%), у контрольной группы (15,6%)

- реактивное образование (14%), у контрольной группы (17,7%).

Остальные защиты менее напряжены и используются значительно реже, т. е. диапазон применяемых защит в основной группе узок.

Наиболее редко используются следующие МПЗ:

- компенсация (3%), у контрольной группы (24,4%) ($P < 0,05$)

- вытеснение (6%), у контрольной группы (8,9%)

- интеллектуализация (6%), у контрольной (0%).

Интенсивность использования
вопросы психического здоровья ДЕТЕЙ и ПОДРОСТКОВ. 2005 (5), № 2.

МПЗ, оценивалась с помощью определения напряженности механизмов психологических защит у юных беременных.

Полученные результаты по всем 8 МПЗ в основной группе лежат в диапазоне 50-80%, а у контрольной группы 48-75%. Наиболее интенсивно у основной группы используются МПЗ регрессия 81,4%, отрицание 80,4%, замещение 79,8%. При этом интенсивность напряженности этих МПЗ у основной группы достоверно более выражена, чем у контрольной группы. Напряженность МПЗ компенсация достоверно ниже у основной группы, чем у группы сравнения.

Обсуждение.

У подростков в ответ на нежелательную беременность выявляется три клинических варианта аффективных нарушений (меланхолический, тревожный и астеноипохондрический тип).

Во всех подгруппах основной группы, вне зависимости от типа аффективного реагирования определяется высокий уровень ситуативной тревожности связанный с реально существующей психотравмирующей ситуацией нежелательной беременности, что говорит о дизадаптации в интериндивидуальных и интраиндивидуальных отношениях.

Структура тревожности различна в зависимости от типа аффективного реагирования.

Эмоциональный фон юных беременных с меланхолическим типом аффективного реагирования характеризуется неуверенностью в себе, снижением самооценки и повышением эмоциональной чувствительности.

В подгруппе с тревожным типом аффективного реагирования выявляется проекция страхов в будущее, общая озабоченность последствиями.

В подгруппе с астеноипохондрическим типом аффективного реагирования выявляется преобладание в структуре тревожности усталости, расстройств сна, вялости и пассивности, быстрой утомляемости.

У подростков с нежелательной беременностью выявляется более низкий уровень самосознания, чем в группе сравнения. При регуляции своего поведения юные беременные пользуются аффективной составляющей, они недостаточно осознают, как собственные слова и поступки могут восприниматься окружающими, а также к чему впоследствии могут привести. Незрелость когнитивного компонента самосознания приводит к недооценке последствий своих поступков. Преобладание аффективного компонента в саморегуляции поведения, принятие решений и совершение действий под влиянием сиюминутных чувственных порывов приводит к случайным половым связям, редкому использованию контрацептивных средств, следствием чего является нежелательная беременность в подростковом возрасте.

В основной группе используется более широкий спектр напряженных МПЗ, что свидетельствует об актуальной психотравмирующей ситуации – нежелательной беременности.

Обращает на себя внимание выраженная дисгармоничность в профиле МПЗ у юных беременных, значительный перевес протективных (незрелых) защит. Нехватка зрелых МПЗ, основанных на вытеснении и когнитивной переработке, признается в теории уровней организации личности О. Kenberg (1994) одним из критериев пограничных расстройств.

Наиболее интенсивно используется МПЗ «регрессия», характеризующийся переходом на более ранние стадии развития, с использованием более простых поведенческих стереотипов и ослаблением эмоционально-волевого контроля. Беременная девушка ищет поддержки, понимания

В основной группе достаточно напряженным является МПЗ «отрицание», характеризующийся стремлением игнорировать, внутриличностный конфликт, связанный с нежелательной беременностью. Примечательна способность в таких случаях «пропускать» в своих воспоминани-

ях неприятные пережитые события, заменяя их вымыслом. С последним можно связать то, что в подгруппе с преобладанием МПЗ «отрицание» доля повторно беременных подростков составляет 50%.

Выводы:

1. Клинико-психопатологический анализ психогенных нарушений позволил выделить в зависимости от преобладания типа аффективных нарушений следующих 3 клинических варианта:

Меланхолический тип аффективного реагирования характеризовался снижением настроения с общим снижением активности и мыслями депрессивного круга.

Тревожный тип аффективного реагирования характеризовался тревожными симптомами различной степени тяжести - от латентной формы в виде субъективного чувства внутреннего волнения до относительно глубоких тревожных переживаний, при которых аффективный компонент преобладал над вербальным.

Астеноипохондрический тип аффективного реагирования характеризовался астеническими симптомами: раздражительностью, утомляемостью, снижением продуктивности.

2. У юных беременных, вне зависимости от типа аффективного реагирования, определяется высокий уровень ситуативной тревожности, связанный с реально существующей психотравмирующей ситуацией нежелательной беременности.

3. Структура тревожности различна в зависимости от типа аффективного реагирования.

В эмоциональном фоне юных беременных с меланхолическим типом аффективного реагирования преобладают неуверенность в себе, снижение самооценки, повышение эмоциональной чувствительности.

В подгруппе с тревожным типом аффективного реагирования выявляется проекция страхов в будущее, общая озабоченность послед-

ствиями.

В подгруппе с астеноипохондрическим типом аффективного реагирования выявляется преобладание в структуре тревожности усталости, расстройств сна, вялости и пассивности, быстрой утомляемости.

4. У значительной части подростков основной группы (49%) определяется низкий уровень самосознания. При низком уровне самосознания доминирует аффективная составляющая в руководстве поведенческими актами, принятие решений и совершение действий происходит под влиянием чувственных порывов.

5. У подростков с низким уровнем самосознания выявляется склонность к промискуитету, среди них больше подростков с повторными беременностями.

6. Юные беременные используют более широкий спектр напряженных МПЗ, что свидетельствует об актуальной психотравмирующей ситуации – нежелательной беременности.

7. У юных беременных выявляется выраженная дисгармоничность в профиле МПЗ, значительный перевес протективных (незрелых) защит.

Наиболее напряженной является МПЗ «регрессия», характеризующийся переходом на более ранние стадии развития с использованием более простых поведенческих стереотипов и ослаблением эмоционально-волевого контроля.

7.2. В основной группе достаточно напряженным является МПЗ «отрицание», характеризуемый стремлением игнорировать, внутриличностный конфликт, связанный с нежелательной беременностью.

7.3. Юными беременными практически не используется МПЗ «компенсация». Компенсация является механизмом, который способствует уменьшению внутреннего дискомфорта, возникающего в результате ощущения какой-либо эмоционально-личностной недостаточности, с помощью подмены объекта таким

образом, чтобы замещающий объект или замещающее действие компенсировало эту нехватку. Вероятно, у девушек, ищущих решения эмоциональных конфликтов в половых связях, уменьшен диапазон компенсирующих объектов и действий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бизюк А. П., Вассерман Л. И., Иовлев Б. В. Применение интегративного теста тревожности. - СПб, 1997. - 22 с.

2. Вассерман Л. И. с соавторами. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля. - СПб., 1999. - 48 с.

3. Введенская И. И., Походеко И. В. Здоровье беременной женщины, как одна из проблем сельской местности // Проблемы здоровья семьи 2000: материалы второй международной научной конференции – Пермь-Халкидики, 1998. - С. 83–85.

4. Глушенко С. И., Киселев А. Г. Психогенные факторы в возникновении бесплодия. // Материалы конференции «Психиатрия консультирования и взаимодействия – 2004». – СПб.: Издательство СПбГПМУ, 2004. – С. 64.

5. Голод С. И. XX век и тенденции сексуальных отношений в России. - СПб, 1996.

6. Гуркин Ю. А. Механизм ухудшения качества здоровья потомства // Перинатологические проблемы ранней репродуктологии и детской гинекологии: Тезисы докладов научно-практической конференции. – СПб., 1997. – С. 8-9.

7. Денисенко М., Далла Зуанна Ж. -П. Сексуальное поведение российской молодежи. Население и общество: Информационный бюллетень Центра демографии и экологии человека Института народнохозяйственного прогнозирования РАН, № 36, май 1999.

8. Коновалов О. Е. Семья и воспроизводство здоровых поколений // комплексное социогигиеническое и медико-демографическое исследование. Автореферат... д-ра мед. наук, Рязань, 1996.

9. Левитас С. Г. Проблема беременности у подростков: пути решения. Вторая Всесоюзная конференция по гинекологии детей и подростков: тезисы докладов. – М., 1990.

10. Микиртумов Б. Е., Шамарин Н. В. Катамнез девушек подростков перенесших искусственный аборт // Актуальные вопросы детской и подростковой гинекологии. - СПб, 1998. – С. 208-209.

11. Прохорова О. В. Особенности течения беременности и родов у юных // Здоровье подростков на пороге 21 века: тезисы докладов науч.-практ. конф. – СПб., 1997 – С. 34-36.

12. Тимченко Г. П., Попова А. В. Некоторые обстоятельства сексуального насилия над подростками // Здоровье подростков на пороге 21 века: тезисы докладов научно-практической конференции. – СПб., 1997. – С. 70.

13. Чудновский В. С., Кржечковский А. Ю., Можейко А. А. Самосознание подростков с гармоничным и отклоняющимся поведением. - Ставрополь, 1993. – С. 141.

14. Kapamadziya A., Bjelica A., Segedi D. Children's knowledge of sex behavior and contraception. - J. Med Pregl 2001 Jan-Feb;54(1-2): p. 53-57.

15. Kernberg P. Mechanisms of defense: Development and research perspectives. The evolution of the concert // Bulletin of the Menninger Clinic. 1994. – vol. 58, N 1.

16. Kuno T., Tachi E., Ogasawara A., Shimokata H., Yamaguchi Y. The relationships among self-identity, self-esteem and attitude towards sexual behavior in university students. - Nippon Koshu Eisei Zasshi 2002 oct; vol. 49, N10, p. 1030 - 1039.

17. Smith L. B., Adler N. E., Tschann J. M. Underreporting sensitive behaviors: the case of young women's willingness to report abortion. - J. Health Psychol 1999 Jan; vol. 18, N 1, p. 37-43.

Уважаемые читатели!

В ноябре 2005 года состоятся два значительных события в жизни психиатрического сообщества: 14 съезд психиатров России и 70-летие кафедры детской психиатрии, психотерапии и клинической психологии Российской медицинской академии последипломного образования.

От всей души поздравляем коллег кафедры РосМАПО и всех их учеников со славным юбилеем!

Мы выполняем приятное предложение редколлегии журнала «Вопросы психического здоровья детей и подростков» и Ассоциации детских психиатров и психологов - подготовить «Санкт-Петербургский» номер журнала.

Мы долго думали, каким сделать этот журнал, - моно- или политематическим. В конечном итоге был сделан выбор в пользу политематического номера, в котором мы постарались представить многообразный опыт научной и практической работы Санкт-петербургских детских психиатров, психотерапевтов и психологов.

Надеемся, что материалы этого журнала будут интересны и полезны коллегам из разных регионов нашей страны.

Ответственные за подготовку номера - сотрудники кафедры детской психиатрии и психотерапии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования:

заведующий кафедрой, доктор медицинских наук, профессор

Э. Г. Эйдемиллер

профессор кафедры, доктор психологических наук

И. М. Никольская

доцент кафедры, кандидат медицинских наук

И. В. Добряков

ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ, СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА И СМЕЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ

И. М. Никольская

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ СЕМЬИ

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования.

На фоне политических и социально-экономических изменений, происходящих в России в последние десятилетия, наблюдается ухудшение физического и психического здоровья всех членов семьи, в первую очередь, подрастающего поколения [1]. В этой связи актуальным становится создание новых научных дисциплин, направленных на оказание помощи семье. Мы хотим привлечь внимание специалистов к новому разделу медицинской (клинической) психологии – клинической психологии семьи, предметом которой являются особенности семейного функционирования в их значении для диагностики, лечения и предупреждения болезней; также сохранения и укрепления здоровья детей, подростков и взрослых [2, 3].

В 70-х годах XX века в нашей стране стали проводить первые исследования по семейной психотерапии [4-7]. Под семейной психотерапией понимают комплекс психотерапевтических методов и приемов, направленных на лечение пациента в семье и при помощи семьи, а также на оптимизацию семейных взаимоотношений. Семейная психотерапия направлена на развитие личности в семейном окружении. Она базируется на вере в то, что резервы, заключенные в семейных отношениях, способны помочь человеку в решении его психологических проблем и преодолении болезни [8]. В практику было введено понятие «семейного диагноза» [9]. Постановка семейного психологического и/или психотерапевтического диагноза – это выявление в жизнедеятельности определенной семьи тех нарушений, которые

способствуют возникновению и сохранению у одного или нескольких ее членов трудностей в повседневной жизни и/или нервно-психических расстройств. Во-вторых, – это выявление тех психологических особенностей семьи и ее членов, от которых зависит коррекция этих нарушений и которые следует учитывать при выборе метода оказания психологической помощи (семейного консультирования и/или психотерапии) и при ее осуществлении.

Как считают Э. Г. Эйдемиллер и В. Юстицкис [10], задачи психологического изучения семьи и диагностики ее нарушений являются весьма сложными. В основе этого лежат следующие обстоятельства.

1. Сложность семьи как социальной и психологической системы. Семья включает в себя большое число всевозможных отношений и взаимосвязей, для формирования которых имеют значение индивидуально-типологические и личностные особенности членов семьи; характер ее социального окружения; культурные нормы, обычаи, традиции; социально-экономические условия проживания.

2. Отсутствие единого подхода к исследованию семьи и понимания ее сущности. До настоящего времени еще не выработана общая теория, которая могла бы стать основой для изучения семьи. Вместо нее имеется значительное количество школ, течений и направлений с различными, нередко трудно сопоставимыми подходами к изучению семейной проблематики и к семейной психотерапии. Особенно это характерно для нашей страны, в которой психология

и психотерапия семьи находятся на начальном этапе развития.

3. Скрытность (интимность) многих происходящих в семье событий, а также их изменчивость, отсутствие четких контуров.

Все это диктует необходимость разработки и теоретического обоснования новой научной дисциплины – клинической психологии семьи. Развитие клинической психологии семьи, по аналогии с семейной психологией, базируется на таких фундаментальных отраслях современной психологии, как дифференциальная психология, психология развития, психология личности и социальная психология.

Дифференциальная психология – базовый раздел научной психологии, который изучает психологические различия между индивидами и группами людей, причины и следствия этих различий. Среди интересующих дифференциальную психологию факторов выделяют половые, возрастные, конституциональные, нейродинамические, этнопсихологические. Все они обязательно проявляются в семье, которая включает лиц разного пола, возраста, телосложения, темперамента, этнической принадлежности. Игнорирование или незнание членами семьи (в первую очередь, супругами и родителями) индивидуально-психологических особенностей друг друга может не только провоцировать семейные конфликты и дисгармонии, но также повышать риск развития пограничных нервно-психических расстройств. Типичным примером, иллюстрирующим это положение, является многократно описанная в литературе ситуация, при которой родители предъявляют ребенку требования, не соответствующие его природным качествам: возрасту, типу конституции и темперамента [11]. Или другой пример – нарушение полоролевой идентификации в связи с несоответствием пола ребенка полу его воспитания [12].

Психология развития фокусируется

на проблемах развития психики в филогенезе и онтогенезе. В круг ее научных проблем входит изучение периодизации психического развития и возрастных кризисов; влияния на развитие биологических и социальных факторов. В плане интересующей нас тематики важным представляется изучение роли семьи в нарушениях психического развития у детей. Иллюстрацией этого являются психическое недоразвитие или задержка психического развития ребенка на фоне педагогической запущенности [13]. Большое значение имеют также исследования соотношения стадий психического развития и жизненного цикла семьи [14]; кризисов развития, дестабилизирующих семью и здоровье ее членов при переходе на новую стадию жизненного цикла [15, 16].

Психология личности изучает психические особенности человека как носителя сознания и самосознания, как субъекта деятельности и межличностных отношений, а также как индивидуальности, стремящейся к самореализации и саморазвитию. В рамках этого раздела исследуют психические свойства личности; формирование способностей, креативности и нравственных качеств; проблемы самоактуализации. С точки зрения клинической психологии семьи, важной и широко исследуемой в нашей стране является проблема анализа роли семьи в нормальном и аномальном развитии личности, изучение личностных свойств как фактора риска развития пограничных нервно-психических расстройств [5, 6, 17-19 и др.]. Не менее актуальным представляется изучение процессов стимулирования или, напротив, блокирования семьей возможностей для личностного роста, самореализации и раскрытия творческого потенциала ее членов. В этой связи хочется напомнить, что в самом определении «нормально функционирующей семьи» содержится положение о том, что в ней удовлетворяются не только базисные потребности ее членов в

безопасности, защищенности, принятии и одобрении, но также не менее важные потребности в росте, изменениях и самоактуализации [9].

Предмет социальной психологии – это психологические закономерности и особенности поведения, взаимодействия и общения людей, обусловленные их включенностью в социальные группы (в том числе, семью). Кроме того, изучаются психологические характеристики самих групп (в частности, семьи как малой группы). В рамках социальной психологии личности основной акцент делают на процессах социализации и социальной адаптации человека, освоении социальных норм и ролей, приобретения социальных установок и ценностных ориентаций, которые первоначально протекают в семье. С учетом интересов клинической психологии семьи большое значение будет иметь анализ следующих групп нарушений.

А. Внутрисемейные:

1. Структурно-ролевой аспект жизнедеятельности семьи (нарушение структуры семьи, проблемы разделения власти, распределения обязанностей, принятия семейных ролей). При наличии структурных нарушений (потере матери, отсутствии отца, бездетности и пр.) - семья сразу определяется в группу «риска». С другой стороны, известно, что борьба за власть выступает первым толчком для ссор у двух их трех разводящихся пар супругов [20]. Неравномерное распределение между членами семьи домашних обязанностей ведет к перегрузке женщин, их непосильному нервно-психическому напряжению. Трудности в принятии семейных ролей, например, в принятии женщиной роли матери, неизбежно отразится на психическом здоровье ее ребенка. Еще один известный пример – это наличие в семье так называемых «патологизирующих» семейных ролей ("семейного козла отпущения", "семейного мученика, без остатка жертвующего собой во имя семьи", "больного чле-

на семьи"), оказывающих психотравмирующее влияние и на носителя роли, и на других членов семьи [21, 22].

2. Взаимодействие и общение в семье. Ярким примером нарушения коммуникации в семье могут служить описанные в рамках системного подхода различные патогенные стандарты взаимодействия [23]. Это может быть взаимодействие по типу «двойной ловушки», характерное для семей больных шизофренией, «замаскированная коммуникация», наличие семейных секретов и пр. Наличие таких нарушений неизбежно вызывает рост тревоги и напряжения, способствует развитию депрессии, личностных нарушений и разобщенности у членов семьи [9].

3. Механизмы семейной интеграции и дифференциации. Пример: при изучении семейного стресса и копинга показано, что наиболее устойчивы к стрессу семьи так называемого “гибко-связанного” типа, то есть со сбалансированными уровнями семейной сплоченности и адаптации [24]. Напротив, чрезмерная интеграция членов семьи (к примеру, симбиотические отношения между ребенком и матерью) может привести к нарушению процессов дифференциации (отделению ребенка), даже к ситуации эмоционального насилия.

Б. Межгрупповые:

4. Нарушение отношений в системе «семья-государство»; «семья-общественные институты (армия, образовательное учреждение)»; «семья-другая семья». События в Беслане ясно показали, что горе семей, потерявших родных во время захвата заложников в школе № 1, привело ряд из них к конфликту с государством, местными властями, силовыми структурами и с другими семьями, непосредственно не пострадавшими во время этого страшного террористического акта. До разрешения этих конфликтов считать пострадавшие семьи нормально функционирующими, а их членов психологически

здоровыми, конечно, нельзя.

В. Внутриличные:

Фактором, дестабилизирующим здоровье члена семьи, может также выступать нарушение его отношения к самому себе как носителю семейной роли по типу «Я - плохая дочь (сестра, жена, мать и пр.)».

Очевидно, что основой клинической психологии семьи будут не только перечисленные выше фундаментальные психологические дисциплины, но также сама медицинская (клиническая) психология как одна из прикладных дисциплин. Медицинская психология направлена на решение теоретических и практических задач, связанных с изучением роли психических факторов в происхождении и развитии болезней, с диагностикой болезней и патологических состояний, исследованием влияния болезней на психику, с разработкой психологических лечебных и профилактических средств воздействия на психику и через психику — на организм. В этой связи важен анализ роли семьи в происхождении, развитии, лечении и предупреждении заболеваний, а также изучение влияния различных болезней на семейное функционирование.

С учетом вышесказанного, цели клинической психологии семьи можно сформулировать следующим образом:

1. Определение роли семьи в происхождении, развитии и профилактике болезней, сохранении и укреплении здоровья.
2. Изучение семьи как фактора нормального и аномального развития личности.
3. Исследование влияния различных болезней на семейные отношения.
4. Разработка психологических методов диагностики нарушенных семейных отношений.
5. Создание и изучение методов психологического воздействия на семейные отношения в профилактических и лечебных целях.
6. Создание классификации

семей, нуждающихся в оказании медико-психологической помощи.

Клиническая психология семьи, возникшая на основе семейной психотерапии, остается тесно с ней связанной. Осуществляя диагностику семейных нарушений и определяя мишени для психологического воздействия, клиническая психология семьи может существенно повысить эффективность психотерапевтической работы с семьями. Конкретные задачи, стоящие перед специалистами в области клинической психологии семьи и семейной психотерапии, в настоящее время условно можно разбить на три группы.

1. Выявление основных параметров семьи, которые необходимо учитывать при ее клинко-психологическом анализе.

2. Выбор методов для получения необходимых сведений о семейной дисфункции и для оказания на нее психологического воздействия.

3. Определение показаний к семейной диагностике и психотерапии, т. е. решение наиболее общего вопроса: в каких случаях при изучении трудностей клиента или определенного нервно-психического расстройства необходимо обращаться к анализу семьи?

Работа с семьями требует большого объема теоретических знаний, разнообразных практических навыков, терпения и постоянного самосовершенствования. Специалист в области клинической психологии семьи должен уметь работать с людьми разного пола и возраста: детьми, подростками и взрослыми. Ему необходимо владеть навыками индивидуальной работы (диагностика личности и помощь одному члену семьи) и групповой (диагностика семейной системы и помощь супружеской паре, диаде "ребенок-родитель", семье в целом). Это диктует необходимость разработки специальных учебных планов и программ для подготовки специалистов вышеуказанного профиля на факультетах психо-

логии вузов и в системе последипломного психологического и медицинского образования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Детская психиатрия. Учебник / Под ред. Э. Г. Эйдемиллера. – СПб.: Питер, 2005. – 1120 с.
2. Никольская И. М. Семейная психология и клиническая психология семьи // Семья и здоровье ребенка. Материалы XII международной конференции «Ребенок в современном мире. Семья и дети». – СПб., Изд. Политехн. университета, 2005. – С. 436 - 439.
3. Эйдемиллер Э. Г., Никольская И. М. Семейная психотерапия и клиническая психология семьи // Российский семейный врач. – 2005. – Т. 9. - №2. – С. 16-21.
4. Мягер А. К., Мишина Т. М. Семейная психотерапия при неврозах: Методические рекомендации. - Л., 1976. - 13 с.
5. Захаров А. И. Психотерапия неврозов у детей и подростков. — М.: Медицина, 1982. — 216 с.
6. Спиваковская А. С. Профилактика детских неврозов. - М.: МГУ, 1988. - 208 с.
7. Эйдемиллер Э. Г. Юстицкис В. Семейная психотерапия. – Л.: Медицина, 1990. – 192 с.
8. Эйдемиллер Э. Г., Никольская И. М. Психотерапия // Немедикаментозная терапия. Руководство для врачей / Под ред. Н. А. Белякова. – СПб.: Издательский дом СПб МАПО, 2005. – Т. 1. - С. 97-148.
9. Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В., Никольская И. М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. – СПб.: Речь, 2003. – 336 с.
10. Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. – СПб.: Питер, 1999. - 656 с.
11. Гарбузов В. И. Практическая психотерапия, или как вернуть ребенку и подростку уверенность в себе, истинное достоинство и здоровье. – СПб.: АО “Сфера”, 1994. – 160 с.
12. Исаев Д. Н., Каган В. Е. Половое воспитание и психогигиена пола у детей. — Л.: Медицина, 1980. — 184 с.
13. Лебединский В. В. Нарушения психического развития у детей. — М.: Изд. МГУ, 1985. — 167 с.
14. Эйдемиллер Э. Г. Аналитико-системная семейная психотерапия // Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В., Никольская И. М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. - СПб.: Речь, 2003. – С. 154-182.
15. Duvall E. M. Family Development. – Chicago: Lippincott, 1957. – 533 p.
16. Carter E. A., McGoldrick M. The Family life cycle and family therapy: An overview // The family Life Cycle: A framework for family therapy. – N. Y.: Gardner Press, 1980.
17. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. - М.: Медицина, 1983. - 256 с.
18. Эйдемиллер Э. Г. Юстицкий В. Клинико-психологическая диагностика взаимоотношений в семьях подростков с психопатиями, акцентуациями характера, неврозами и неврозоподобными состояниями. Методические рекомендации. - Л., 1987. - 26 с.
19. Исаев Д. Н. Психосоматическая медицина детского возраста. — СПб.: Специальная литература, 1996. — 454 с.
20. Васильченко Г. С., Решетняк Ю. А. Исследование межличностных отношений у сексологических больных // Сексopatология: Справочник / Под ред. Г. С. Васильченко. - М.: Медицина, 1990. - С. 132-135.
21. Richter H. -E. Patient Familie. – Rowohit: Reinbec, 1970.
22. Barker Ph. Basic Family Therapy. - London: Granade, 1981. - 214 p.
23. Вагра А. Я. Системная семейная психотерапия. Краткий лекционный курс. - СПб.: Речь, 2001. - 144 с.
24. Абабков В. А., Перре М., Планшерел Б. Систематическое исследование семейного стресса и копинга // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 1999. - № 2. – С. 4 – 8.

Д. Н. Исаев, Е. В. Войцешко, А. А. Карбасова
ПСИХОГЕННЫЕ РАССТРОЙСТВА
У УМСТВЕННО ОТСТАЛЫХ ДЕТЕЙ

**Институт специальной педагогики и психологии им. Р. Валленберга
(Санкт-Петербург).**

Л. С. Выготский говорил, что: «в проблеме умственной отсталости на первый план выдвигается интеллектуальная недостаточность ребенка, его слабоумие. Это заложено в самом определении детей. Все остальные стороны личности такого ребенка рассматриваются как возникающие вторично в зависимости от основного интеллектуального дефекта» [2].

Долгий период времени отказывались признавать, что механизм реагирования интеллектуально неполноценных людей на неблагоприятные жизненные ситуации примерно такой же, как и у интеллектуально полноценных индивидов. Полагали, что незрелость личности отсталого ребенка, недифференцированность, неадекватность и эгоцентричность его чувств не позволят ему сформировать такие эмоциональные механизмы, которые лежат в основе неврозов. Но по мере изучения умственно отсталых лиц сформировалось убеждение о том, что 10-40% из них имеют значительные эмоциональные или поведенческие расстройства (Mash E. J., Wolf D. A., 2003) [21], у них возникают психогенные нарушения (Исаев Д. Н., 2003) [5]. L. S. Penrose (1963), изучая 1280 умственно отсталых лиц, обнаружил у 132 из них психоневрозы и расстройства личности. Чем меньше был у них интеллектуальный дефект, тем чаще были эти расстройства. По его мнению, обсессивные неврозы, тревожные состояния и истерия наблюдаются у них с такой же частотой, что и в популяции [23]. L. T. Hilliard & B. H. Kirman (1965) отметили трудность у умственно отсталых лиц дифференциального диагноза между психозом и неврозом, описали их симптомы. Тяжело умственно отсталые дети склонны к стойким негативным эмо-

циональным реакциям на незнакомых лиц, непривычную обстановку и отрыв от семьи [18]. B. H. Kirman (1972) считает, что дифференциация чувств у умственно отсталых детей завершается позже. Их стабилизирующая аффективность и мораль определяют тип поведения и позволяют им реагировать на происходящее [20]. Th. E. Jordan (1972) указывал на то, что, навязчивости, страхи и другие невротические симптомы у умственно отсталых не всегда распознаются [17]. E. E. Baltasar (1975) анализируя 1500 источников, посвященных эмоциональным расстройствам у умственно отсталых лиц, рекомендовал создать для них профилактические программы, способные предупредить эти расстройства. J. M. Kaufman & J. S. Payne (1975) отметили, что социальная адаптация умственно отсталых индивидов без поддержки окружающих невозможна и может привести к эмоциональным срывам. Они для абилитации, наряду с учебной, нуждаются в развитии у них эмоционально-волевых качеств, обучении необходимым жизненным навыкам, что уменьшит вероятность фрустраций и, предупредит эмоциональные расстройства [19]. F. J. Menolascino & M. L. Egger (1978) обнаружили, что только часть умственно отсталых детей приспосабливаются к учебе, труду и другим условиям жизни, тогда как большинство – не справляются с этим, они становятся тревожными, враждебными и агрессивными. Их интеллектуальная ограниченность препятствует возможности с успехом собственными усилиями ответить на требования и ожидания окружающих. От поддержки окружающих зависит их эмоциональное приспособление. Осознание взрослыми этих трудностей может сочетаться

с гневом и эмоциональным непринятием этого поведения. Они лишают детей своей любви. В результате детям приходится преодолевать и умственную отсталость, и эмоциональные трудности, возникшие из-за непонимания или неприятия [22].

Из-за слабости интеллектуальной регуляции чувств умственно отсталые лица не способны управлять своими эмоциями в соответствии с обстоятельствами. Если что-либо не получается, они не могут найти удовлетворение той или иной своей потребности в другой активности. У умственно отсталых детей преобладают непосредственные переживания, вытекающие из конкретной ситуации. Эти эмоциональные реакции не адекватны источнику (Забрамная С. Д., 1995; Ковалев В. В., 1995) [4, 6]. С. Я. Рубинштейн (1999), А. Р. Маллер (2000) полагают, что степень эмоционального недоразвития соответствует глубине интеллектуального дефекта [12, 7]. При легкой умственной отсталости эмоции не соответствуют значительности изменений, происходящих вокруг, и зависят от той или иной дифференцированной формы недоразвития. Часть умственно отсталых лиц переживают свои ограниченные способности. В. В. Ковалев (1995) описывал у детей с неглубокой умственной отсталостью невроты в виде страхов, тревоги, колебаний настроения, системных расстройств и нарушения поведения [6]. По мнению С. С. Мнухина и Д. Н. Исаева (1965), эмоциональные особенности умственно отсталых детей зависят не только от степени психического недоразвития, но и от ее клинической формы. У детей с астенической формой сравнительно легко возникают психогенные реакции. Индивидов со стенической формой отличают живые и синтонные эмоции. При атонической форме поведение зависит от случайных раздражителей, реакции на переживания окружающих не всегда адекватны, чувства примитивны. При дисфорической форме имеются аффективное

напряжение и эксплозивность [9]. О. Е. Фоменко (1992), Л. В. Кузнецова (2002), утверждают, что проявление эмоций не зависит от своеобразия дефекта, а определяется правильной организацией всей их жизни и воспитания. В понятной для него ситуации умственно отсталый ребенок способен к сопереживанию, к эмоциональному отклику на переживания другого человека [15]. Л. М. Шипицына с сопр. (1992) обнаружили осознание ребенком своего одиночества в семье, распознавание симпатии и антипатии к себе со стороны близких. 31,4% всех учащихся в своих рисунках отразили существование тревожности в семейных отношениях. 30% детей из детского дома переживали свою семейную неустроенность [14]. А. Bakk, K. Grunewald (2001) подчеркивают, что детям-инвалидам приходится чаще расставаться, чем другим детям. Они попадают в школу-интернат гораздо раньше, чем обычно покидают дом другие дети, а это вызывает у них большие затруднения, что порождает ощущение своей ненужности [16].

О. Speak (2003), пишет: «Умственно отсталый человек – это тоже личность, т. е. собственная инстанция для ценностей и поступков. Он обладает собственной сущностью и поэтому чувствует себя отделенным от окружающего мира как «автономная система». Как личность он ощущает свои потребности, может узнавать и оценивать свои нарушения и в соответствии с собственной сущностью отвечать на отношение и действия других [24]. И. М. Бгажнокова и Ф. В. Мусукаева (1998) нашли, что подростки с нарушениями интеллекта сопереживают родным, у них развивается чувство благодарности и они следуют определенным нормам в поведении [1]. Б. Е. Микиртумов (1976) у детей с умственной отсталостью наблюдал патологические характерологические реакции в форме активного (грубое непослушание) и пассивного (уходы из дома или школы) протеста [8]. У умственно отста-

лых детей, попавших в детдом, возникают поведенческие нарушения, настороженность, тревожность, плаксивость, стремление защититься. Они не доверяют взрослым, не понимают дружеского участия (Л. М. Шипицына с сотр., 1996) [11]. И. В. Евтушенко (2003) считает, что умственно отсталые дети-сироты, воспитывающиеся в детском доме, отличаются от детей, воспитывающихся в семье, стойкими эмоциональными и поведенческими нарушениями и связывает их с отсутствием физического и эмоционального контакта с матерью. Он отметил, что у умственно отсталых детей при затяжных реакциях протеста отмечаются недовольство, враждебность, агрессивность. Нередко на фоне аффективного сужения сознания наблюдается суицидальное поведение. При конфликтах усиливается недоброжелательность к окружающим, снижается настроение, интерес к учебе пропадает. Пассивные реакции протеста характеризуются снижением активности, нарушением общения, стремлением к уединению, отказом от игр и других занятий, а также заиканием, тиками, анорексией, энурезом, энкопрезом, рвотой, навязчивостями, уходами [3].

Цель нашего исследования была – выявить возможность возникновения невротических, постстрессовых травматических и других психогенных расстройств, а также изучить их особенности у легко умственно отсталых младших подростков.

Обследовано 25 детей (10-12 лет), с легкой степенью умственной отсталости, переживших в течение жизни психическую травму. У детей были частые колебания настроения, конфликты, тики, заикание, энурез, нарушения сна, пищеварения. Изучено также еще 20 легко умственно отсталых мальчиков (12-14 лет), перенесших в течение двух последних лет потерю родителей из-за их смерти или лишения родительских прав (13), появление в семье отчима или мачехи (7), тяжелые конфликты со сверстниками или педагогами (5).

Для сравнения изучено 45 нормально развивавшихся подростков, испытывавших аналогичные потрясения.

Для исследования использовались биографический метод, наблюдение, беседа с учителями и детьми, шкалы тревожности СМАС и Ч. Спилбергера, цветовой тест Люшера, метод неоконченных предложений, тест «Рисунок семьи», «контурный С. А. Т - Н», самооценка учебы и поведения, социометрическое исследование, определения индекса реакций при ПТСР, анализ динамики успеваемости.

Подавляющее большинство детей неадекватно воспитывалось в неполных семьях или детских домах, отмечалось нарушение внутрисемейных отношений, родители алкоголизировались, дети переживали психотравмирующие события. У всех детей отмечались те или иные признаки тревожности и симптомы невротического реагирования. «Рисунки семьи» показывают, что во всех семьях имеются психотравмирующие ситуации. Осознание собственной неполноценности наблюдалось у половины детей, страх за свою жизнь – у 3 детей, внутриличностный и межличностный конфликты из-за осознания собственной неполноценности – у 3/4. Уровень явной тревожности по характеристикам воспитателей и по шкале СМАС выше у умственно отсталых детей, что может свидетельствовать о наличии невротической.

По данным методики С. А. Т по силе выраженности межличностный конфликт немного больше. Это позволяет предположить, что межличностный конфликт – и причина, и следствие невротической реакции. Таким образом, можно предположить, что у детей с легкой степенью умственной отсталости под влиянием трудных жизненных обстоятельств могут возникать невротические расстройства. Достоверность этих данных подтверждает корреляционный анализ. В этой группе детей выявлена тесная взаимосвязь (как

прямая, так и обратная), между невротической симптоматикой, тревожными тенденциями в рисунках, конфликтностью в семье, чувством неполноценности, враждебностью в семье, явной тревожностью и межличностным конфликтом. При неблагоприятной ситуации в семье, враждебной обстановке, конфликтности, неадекватном воспитании у ребенка возникает чувство неполноценности в семье, возникает конфликт между членами семьи, повышается уровень тревожности и, как следствие, возникновение невроза. Обратные корреляционные связи можно объяснить тем, что чем благоприятнее семейная ситуация, тем ниже показатели тревожности, чувство неполноценности в семье, межличностный конфликт и, как следствие, снижение (или отсутствие) невротической симптоматики.

На основании проведенного факторного анализа можно заключить, что на возникновение невротических реакций у умственно отсталых детей влияют следующие факторы: «семейный фактор», т. е. неблагоприятие в семье, которое увеличивает тревожность детей и способствует возникновению у них межличностного конфликта. Существование «стрессогенного фактора» можно объяснить тем, что неблагоприятие в семье, чувство неполноценности в семье переживаются ребенком как потрясение, приводящее к повышению тревожности, участвующей в развитии невроза.

У детей с умственной отсталостью, как и у психически здоровых детей, выявлена способность реагировать на жизненные трудности возникновением невроза. Отличие же первой группы от второй в том, что сочетание возрастных особенностей, резидуально-органической недостаточности и семейного неблагоприятия течение невроза отягощает возникновением межличностного конфликта из-за переживаний детьми собственной неполноценности. У здоровых детей невротическое пере-

живание более сосредоточено на семейном неблагоприятии и травматическом событии.

У 13 человек основной группы и у 12 контрольной повышена тревожность. 13 человек в экспериментальной группе и 8 в контрольной показали наличие актуального стресса, обвиняют себя в произошедшем 7 и 5 человек соответственно.

Результаты методики «Индекс реакций ПТСР» выявили в экспериментальной группе у 4 человек мягкую форму травматического стресса (симптомы выражены слабо), у 4 – среднюю форму (симптомы выражены не столь явно). У остальных 12 отмечалась тяжелая форма, при которой были выражены подавленность, тревога, определяющие избегающее поведение и приводящие к уходу от потенциально опасных ситуаций. Нередки аффективные вспышки, агрессивность. В контрольной выборке у 5 человек – тяжелая форма выраженности стресса, у 3 – средняя, а у 12 – мягкая форма.

У трех четвертей легко умственно отсталых подростков и более чем у половины в контрольной группе – низкий социометрический статус. Успешные отношения с окружающими – один из признаков нормально проходящей адаптации. Заниженная самооценка свойственна 2/3 умственно отсталым подросткам и большинству в контрольной группе.

О школьной дизадаптации говорит серьезное ухудшение успеваемости у большинства отсталых подростков и у более чем половины контрольной группы.

Статистические различия между отсталыми и здоровыми подростками имеются по уровню тревожности и выраженности реагирования на событие. Статистически достоверных различий по другим показателям не обнаружено, что позволяет заключить о том, что у умственно отсталых детей такие же реакции на стресс, что и у здоровых детей. Наличие у умственно отсталых подро-

стков преобладания выраженной тревожности и более тяжелых форм реагирования на стресс, в сравнении с нормой, позволяет говорить о том, что их переживания не поверхностны и не кратковременны.

Для изучения связи между отдельными изучаемыми признаками использовался метод корреляционного анализа (коэффициент Спирмана). Статистически достоверные зависимости в основной группе выявлены между рядом показателей.

Обнаруженная негативная корреляция между возрастом испытуемых и силой переживания стресса (0,55), по-видимому, объясняется наличием защитных механизмов, способности осмыслить происходящее и сделать правильные выводы. Но, возможно, это свидетельствует об умении скрывать собственные переживания. Вторую версию подтверждает выявленная взаимосвязь между возрастом и негативным отношением к себе (+0,61). То есть, если при заполнении опросника испытуемые могли исказить реальную ситуацию, то проективная методика показала, что чем старше подросток, тем больше ему свойственно обвинять себя в случившемся.

Негативная корреляция между возрастом и заниженной самооценкой (0,54) также может свидетельствовать о развитии защитных механизмов, но, вероятнее, это признак более адекватного осознания своего «Я» и своего дефекта, которое должно формироваться у умственно отсталых детей примерно в этом возрасте. Обратная взаимосвязь между возрастом и низким социометрическим статусом (0,50) может быть обусловлена наличием в выборке детей из детского дома. Группы там являются разновозрастными, и естественно, что наибольшим авторитетом пользуются старшие и опытные воспитанники.

Корреляционная связь между высокой тревожностью и низким социометрическим статусом в подростковом возрасте (+0,54) указывает

на то, что неуверенный из-за своего тревожного состояния подросток не может быть уважаем в референтной группе.

Наличие связи между шкалой ПТСР и тревожностью, выявленной методикой Люшера (0,54), при отсутствии корреляции между результатами опросника Спилбергера и шкалой ПТСР позволяют предположить, что подростки скрывают свои переживания.

Положительная взаимосвязь между результатами шкалы ПТСР и ухудшением успеваемости (0,65) объясняется снижением работоспособности под влиянием депрессии. Влияние стресса на социометрический статус и самооценку (0,47 и 0,44 соответственно) отражает негативное восприятие дизадаптирующего влияния стресса окружающими и самим субъектом.

Обнаружена также корреляция между повышенной тревожностью и снижением самооценки. Образуется своеобразный круг: переживание стресса коррелирует одновременно и с высокой тревожностью, и низкой самооценкой. С одной стороны, высокая тревожность предрасполагает к более интенсивному переживанию стресса, с другой – стресс усиливает личностную тревожность и еще больше снижает самооценку.

У здоровых подростков значительно большее число статистически значимых взаимосвязей, причем они существенно отличаются от обнаруженных в основной – и все являются положительными. У них корреляция – между возрастом и низким социометрическим статусом (0,58) оказалась противоположной полученной в основной группе. Это объясняется большим значением у них личностных качеств при оценке сверстниками. Поскольку пережившие травматическую ситуацию более тревожны, то, возможно, из-за этого их не принимают сверстники.

Переживание подростком смерти родственника положительно коррелирует с высокой тревожностью

(0,56), а также с сильной реакцией на событие – (0,53). По-видимому, у интеллектуально сохранных детей интенсивность реакции соответствует силе раздражителя. У них чаще наблюдается ухудшение успеваемости (0,54). У умственно отсталых детей такой корреляции не выявлено, так как у них сильную реакцию может вызывать и слабый раздражитель.

Переживание смерти подростком вызывает негативное отношение к себе (0,54). Это чаще встречается при высокой тревожности (0,64), а также при сильно выраженной реакции на событие – (0,69). Некоторые подростки обвиняют себя в произошедшем событии. Корреляция между фактом разлуки и помещением в интернат (0,60) – результат того, что одно травмирующее событие влечет за собой несколько других. Связь между пребыванием подростка в интернате и высокой тревожностью (0,50) объясняется тем, что отрыв от дома – достаточно сильный фактор, который вызывает бурную негативную эмоциональную реакцию. Связи между высокой тревожностью и силой реагирования на стресс – (0,53), а также взаимосвязь между тремя показателями, выявляемыми с помощью методики Люшера (тревожностью, переживанием стресса и негативным отношением к себе). Корреляции между снижением успеваемости и силой реагирования на стресс – (0,51), а также между успеваемостью и тревожностью (по Люшеру) – (0,68) доказывают, что повышенная тревожность обусловлена именно психотравмирующим событием, а не другими причинами. Это событие негативно влияет на успеваемость и в связи с негативным эмоциональным состоянием, и в связи со сниженной самооценкой.

Для изучения механизмов, участвующих в развитии психогенных реакций у умственно отсталых подростков, использовался метод факторного анализа. Выделены следующие факторы:

1 фактор – реакции на психо-

травму: возраст (минус 0,79); – нарушения ЦНС (минус 0,54); – выраженность реагирования на событие (0,88); – тревожность по Люшеру (0,53); – негативное отношение к себе (минус 0,59); – резкие ухудшения успеваемости (0,64); – заниженная самооценка (0,65). Этот фактор показал, что основную роль играет переживание стресса. Значение возраста в том, что младшие дети переживают тяжелее, а незначительность органических нарушений позволяет адекватнее реагировать на происходящее. Печальное событие вызывает повышенную тревожность и снижение успеваемости. Таким образом, существуют как факторы риска (возраст), так и возникающие нарушения (тревожность, ухудшение успеваемости). Снижение самооценки с отсутствием негативного отношения к себе можно объяснить тем, что ею подростки характеризуют себя в целом, включая и успеваемость. Таким образом, она адекватно низкая и формируется под влиянием отношения окружающих и постепенного осознания своего «Я», не вызывая значимых переживаний.

2 фактор – патология беременности (0,63); – патология родов (минус 0,88); – смерть близкого человека (минус 0,5); – разлука с близкими (0,78). В этот фактор вошли патология беременности и отсутствие патологии родов. Обсуждать смысл, лежащий в основе этого фактора трудно, его появление, возможно, следствие неполного анамнеза.

3 фактор – влияние хронической психотравмы: – смерть близкого человека (минус 0,59); – дисгармоничное воспитание (0,59); – помещение в интернат (минус 0,48); – общая тревожность (0,76); – низкий социальный статус (0,69). В третьем факторе основной является повышенная тревожность, обуславливающая низкий социальный статус у детей с дисгармоничным воспитанием, воспитывающихся в семье. Тревожность подростков – следствие пагубного воздействия хронической психотравми-

рующей ситуации, а не только единовременного и неожиданного столкновения со смертью близкого человека.

У интеллектуально здоровых подростков обнаружено также три фактора. Первый фактор показывает степень воздействия психотравмы на личность подростка. Переживание смерти близкого родственника отражается на всех сторонах жизнедеятельности: повышается тревожность, снижается успеваемость. Возникает негативное отношение к себе, стресс глубоко переживается, несмотря на то что после события прошло уже много времени. Таким образом, у этих подростков развитие реакции на стресс отличаются глубиной и адекватностью ответа на степень тяжести события. Во втором факторе (особенности эмоционально-волевой сферы) основная нагрузка лежит на патологии родов, которая обуславливает особенности эмоционально-волевой сферы подростка. Они определяют то, что, переживая психотравму, дети становятся тревожны и, как следствие, не приняты в группе. В связи с этим снижается самооценка и появляется негативное к себе отношение. Все это отчетливее проявляется с возрастом, так как значимость межличностного общения становится более значимым. Что касается третьего фактора, то он отражает закономерность появления совместно происходящих событий – переживание разлуки с близкими людьми обычно связано с помещением в детский дом.

В результате проведенного исследования нами было установлено, что у подростков с легкой степенью умственной отсталости, так же как и у интеллектуально сохранных подростков, возникают эмоциональные реакции на психотравмирующее событие. Эти реакции умственно отсталых подростков отличаются от аналогичных переживаний здоровых подростков своей длительностью и более серьезным влиянием на все стороны жизнедеятельности. У них после стрессовой ситуации ухудша-

ется успеваемость, снижаются самооценка и социальный статус в группе, что приводит к школьной дезадаптации. Достоверность нашего заключения подтверждена корреляционными и факторным анализами. Подростки становятся более тревожными, обвиняют себя в событии, вызвавшем печальные переживания. Как правило, выраженность реакций у них не всегда адекватна степени тяжести психотравмирующей ситуации. Стойкие, необычные по силе и продолжительности негативные переживания у умственно отсталых детей могут быть различными. В ответ на относительно несерьезную неблагоприятную ситуацию могут возникать кратковременные психогенные реакции. Длительные жизненные трудности нередко приводят к невротическим расстройствам. Трагические события, как правило, становятся причиной посттравматических стрессовых расстройств.

Относительная легкость возникновения у умственно отсталых детей психогенных реакций и их неблагоприятное течение требуют с целью их профилактики учета таких особенностей детей в педагогическом процессе. Необходимо создавать для них охранительный режим, разрабатывать медико-педагогического методы, снижающие уязвимость к стрессам, поскольку их социальная адаптация без поддержки взрослых оказывается безуспешной и нередко приводит к эмоциональным срывам. С целью оптимальной абилитации умственно отсталых детей наряду с интеллектуальным совершенствованием и обучением адаптивным навыкам следует развивать у них эмоционально-волевые качества, что может уменьшить вероятность фрустрации и будет способствовать предупреждению психогенных расстройств.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бгажнокова И. М., Мусукаева Ф. В. Особенности понимания и использования общекультурных норм поведения умственно отсталыми

подростками // Дефектология. – 1998. № 5. С. 46-52.

2. Выготский Л. С. Собрание сочинений: Т. 5. // Основы дефектологии. – М.: Педагогика, 1983. – 368 с.

3. Евтушенко И. В. Музыкальное воспитание умственно отсталых детей-сирот. – М.: Академия, 2003. – 144 с.

4. Забрамная С. Д. Психолого-педагогическая диагностика умственного развития детей. – М.: Владос, 1995. – 112 с.

5. Исаев Д. Н. Умственная отсталость у детей и подростков. – СПб.: Речь, 2003. – 391 с.

6. Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста. – М.: Медицина, 1995. – 560 с.

7. Маллер А. Р. Социальное воспитание и обучение детей с отклонениями в развитии. – М.: АРКТИ, 2000. – 124 с.

8. Микиртумов Б. Е. О некоторых закономерностях формирования патологической структуры характера при общем психическом недоразвитии // Проблемы общего психического недоразвития / Под. ред. Д. Н. Исаева. – Л.: ЛПМИ, 1976. – С. 58-61.

9. Мнухин С. С., Исаев Д. Н. О процессах адаптации при олигофрении // Восстановительная терапия и социально-трудовая реадaptация. – Л., 1965. – С. 177.

10. Основы специальной психологии: под ред. Л. В. Кузнецовой. – М.: Академия, 2002. – 480 с.

11. Психологическое развитие детей-сирот // Шипицына Л. М., Виноградова А. Д., Хилько А. А. и др. / Под ред. Л. М. Шипицыной. – СПб.: ИСПиП, 1996. – 49 с.

12. Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии. – М.: ЭКСМО-Пресс, 1999. – 448 с.

13. Шипицына Л. М. «Необучаемый» ребенок в семье и обществе. – СПб.: Дидактика Плюс, 2002. – 496 с.

14. Шипицына Л. М., Иванов Е. С. Нарушения поведения учеников вспомогательной школы. – Уэллс: Колег Элидир, 1992. – 118 с.

15. Фоменко О. Е. Некоторые особенности личности умственно отсталых школьников: Сб. Тр. – СПб.: Образование, 1992. – С. 29-38.

16. Bakk A., Grunewald K. (Грюневальд К. Бакк А.) Забота и уход: Книга о людях с задержкой умственного развития: пер. со шведск. – СПб.: ИРАВ, 2001.

17. Jordan T. E. The Mentally Retarded. C. E. Merrill. P. C. Columbus, 1972.

18. Hilliard L. T., Kirman B. H. Mental Deficiency. J. & A. Churchill. London, 1965.

19. Kauffman J. M., Payne J. S. Mental Retardation. C. E. Merrill. P. C. Columbus, 1975.

20. Kirman B. H. Mentally Handicapped Child. Nelson. London. 1972.

21. Mash E. J., Wolf D. A. Abnormal Child Psychology. Wadsworth. U. S. 2003.

22. Menolascino F. J., Egger M. L. Medical Dimensions of Mental Retardation. Nebraska. 1978.

23. Penrose L. S. The Biology of Mental Defect. Sidgwick & Jackson. 1963.

24. Speak O. (Шпек О.) Люди с умственной отсталостью: пер. с нем. – М.: Академия, 2003.

А. Ю. Егоров, Н. А. Кузнецова, Е. А. Петрова
ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ ПОДРОСТКОВ
С ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТЬЮ

Санкт-Петербургский государственный университет.

Последние два десятилетия ознаменовались повсеместным распространением Интернета как в профессиональной, так и обыденной жизни десятков миллионов людей. Через Интернет делаются покупки, происходит общение, берется информация о всех аспектах жизни, реализуются сексуальные и игровые пристрастия и многое другое. Как справедливо замечают израильские психологи Y. Amichai-Hamburger и E. Ben-Artzi (2003), «кажется, нет такого аспекта в жизни, который не затронул бы Интернет» [14]. Все это привело к тому, что для общества стала актуальной проблема патологического использования Интернета, за рубежом обозначенная еще в конце 80-х годов прошлого века.

В середине 90-х гг. для обозначения этого явления I. Goldberg (1996) предложил термин «Интернет-аддикция» (современные синонимы: нетаголизм, виртуальная аддикция, Интернет-поведенческая зависимость, избыточное/патологическое использование Интернета и др.), а также набор диагностических критериев для определения зависимости от Интернета, построенный на основе признаков патологического пристрастия к азартным играм (гемблинга) [17]. Согласно западным источникам, распространенность этого расстройства составляет от 1 до 5% населения (Griffiths M. D., 2000; Young K. S., 1998) [19, 26]; в России также отмечается неуклонный рост «нетаголиков» (Войскунский А. Е., 2004) [2]. По данным корейских исследователей, среди старших школьников возможная Интернет-аддикция регистрируется у 38% (Kim K. et al., 2005) [23]. Как показывают данные мониторинга аудитории пользователей Интернета (www.monitoring.ru), в России с 1992 по 2004 годы удель-

ный вес подростков увеличился с 2% до 25%, т. е. подростки становятся все более активными пользователями сети, в связи с чем и увеличиваются случаи Интернет-аддикции среди молодежи.

Известно, что Интернет-зависимость неоднородна по своей типологии и, по мнению K. S. Young (1998), включает пять типов зависимости: обсессивное пристрастие к работе с компьютером (играм, программированию или другим видам деятельности); компульсивная навигация по WWW, поиск в удаленных базах данных; патологическая привязанность к опосредствованным Интернетом азартным играм, онлайн-вым аукционам или электронным покупкам; зависимость от социальных применений Интернета, т. е. от общения в чатах, групповых играх и телеконференциях, что может в итоге привести к замене имеющихся в реальной жизни семьи и друзей виртуальными, а также зависимость от «киберсекса», т. е. от порнографических сайтов в Интернете, обсуждения сексуальной тематики в чатах или закрытых группах «для взрослых».

M. Griffiths (1998) выдвинул гипотезу, что Интернет-аддикция может формироваться на базе различных форм использования Интернета: возможного средства коммуникации при отсутствии контакта лицом к лицу, интереса к непосредственному содержанию сайта (например, порносайты), онлайн-овой социальной активности (например, общение в чатах или игры с участием нескольких человек). Полемизируя с K. S. Young, M. Griffiths (1999) утверждает, что многие интенсивные пользователи Интернета не являются собственно Интернет-аддиктами, а используют сеть для реализации дру-

гих аддикций [19]. В отличие от М. Griffiths, J. Kandell (1998) определил Интернет-аддикцию как патологическую зависимость от Интернета вне связи с формой активности в сети [22]. Расширяя рамки понятия «Интернет-аддикция» К. S. Young, R. Davis (2001) предложил когнитивно-поведенческую модель патологического использования Интернета. Он выделил две формы Интернет-аддикции, которые обозначил как специфическое патологическое использование Интернета (Specific Pathological Internet Use) и генерализованное патологическое использование Интернета (Generalized Pathological Internet Use) [16]. Первая форма представляет собой зависимость от какой-либо специфической функции Интернета (онлайновые сексуальные службы, онлайновые аукционы, онлайновая продажа акций, онлайновый гемблинг). Тематика аддикции сохраняется, а также может быть реализована и вне Интернета. Вторая форма представляет собой неспециализированное, многоцелевое избыточное пользование Интернетом и включает проведение большого количества времени в сети без ясной цели, общение в чатах, зависимость от электронной почты, т. е. в значительной степени связана с социальными аспектами Интернета. На наш взгляд, феномен Интернет-аддикции представляет собой сборную групп разных поведенческих зависимостей (работогольную, общения, сексуальную, любовную, игровую и т. д.), где компьютер является лишь средством их реализации, а не объектом (Егоров А. Ю., 2005) [7].

Несмотря на большой интерес, особенно в онлайн-публикациях, научные исследования Интернет-аддикции в нашей стране пока носят несистематизированный характер и сравнительно немногочисленны (Войскунский А. Е., 2004) [2]. В связи с этим представляет интерес изучение психологических, в частности, личностных, особенностей тех, кто стал зависим от Интернета.

Предыдущие исследования показывают, что среди Интернет-зависимых отмечается более высокий уровень аффективных с преобладанием депрессии и обсессивно-компульсивных расстройств (Kraut R. et al., 1998; Shapira N. A. et al., 2000) [24, 25], а также маскированной депрессии в рамках малопрогредиентной шизофрении (Джолдыгулов Г. А. и др., 2005) [4]. Корейские исследователи обнаружили у старших школьников с Интернет-аддикцией более частую депрессию с повышенным риском суицида (Kim K. et al., 2005) [23]. Изучая личностные особенности с помощью опросника Айзенка у Интернет-зависимых, Y. Hamburger и E. Ben-Artzi (2000) обнаружили, что интроверты и экстраверты используют разные ресурсы Интернета, при этом у мужчин экстраверсия положительно коррелирует с использованием Интернета «для развлечения», а нейротизм отрицательно связан с использованием информационных сайтов. У женщин экстраверсия негативно коррелировала, а нейротизм – положительно с использованием информационных ресурсов Интернета. Позже те же авторы установили, что для Интернет-аддиктов, преимущественно женского пола, характерно ощущение одиночества, которое они стараются снизить, проводя время за общением в чатах [14]. Американский исследователь S. Caplan (2002) выделяет следующие особенности личности Интернет-зависимых лиц: депрессия, одиночество, скромность и самолюбие [15]. Обобщив результаты разных исследований, Н. В. Чудова (2002) приводит следующий список черт Интернет-аддикта: сложности в принятии своего физического «Я» (своего тела); сложности в непосредственном общении (замкнутость); склонность к интеллектуализации; чувство одиночества и недостатка взаимопонимания (возможно, связанное со сложностями в общении с противоположным полом); низкая агрессивность; эмоциональ-

ная напряженность и некоторая склонность к негативизму; наличие хотя бы одной фрустрированной потребности; независимость выступает как особая ценность; представления об идеальном «Я» недифференцированы, завышены или даже нереалистичны; самооценка занижена; склонность к избеганию проблем и ответственности [12].

Целью данной работы было исследование личностных особенностей подростков, зависимых от Интернета, по сравнению с их сверстниками, не имеющими признаков какой-либо зависимости.

Объект и методы исследования.

Объектом исследования стали 75 подростков мужского пола с Интернет-аддикцией, в возрасте 13-18 лет, из которых 57 были посетителями компьютерных клубов и Интернет-кафе, а 18 были отобраны по результатам ответов на опросники психологического онлайн исследования, размещенные на сайте www.researchzone.narod.ru. Признаки Интернет-аддикции определялись согласно критериям К. Янг (2000) [13]:

1. всепоглощенность Интернетом;
2. потребность проводить в сети все больше и больше времени;
3. повторяющиеся попытки уменьшить использование Интернета;
4. возникновение причиняющих беспокойство симптомов отмены при попытках прекращения пользования Интернетом;
5. появление проблем с окружением (семья, школа, работа, друзья);
6. возникновение проблемы контроля времени, проведенном в сети;
7. ложь по поводу времени, проведенного в сети;
8. изменение настроения в связи с использованием Интернета.

Кроме того, использовался опросник Е. А. Щепилиной, который

включает 67 вопросов по 12 шкалам и учитывает:

- 1) факторы зависимости;
- 2) особенности восприятия Интернета;
- 3) последствия зависимости.

Контрольную группу составили 36 подростков-учащихся Санкт-Петербургского мореходного училища (16-18 лет), а также 35 учеников 9 класса средней школы г. Санкт-Петербурга. Кроме того, в исследовании приняли участие 18 не имеющих признаков аддикции подростков, посещающих Интернет-клуб.

Для исследования личностных особенностей использовались: 1) тест личностных акцентуаций В. П. Дворщенко (модифицированный вариант методики ПДО) [3]; 2) 16-факторный личностный опросник Р. Кеттелла (в модификации Ясюковой Л. А.); 3) Методика исследования самооценки Дембо-Рубинштейн (в модификации А. М. Прихожан); 4) тест «Самоотношение» В. Столина и С. Пантеева [11]. Данная версия опросника позволяет выявить три уровня самоотношения, отличающихся по степени обобщенности:

- глобальное самоотношение как интегральное чувство за или против своего «Я»;
- самоотношение, дифференцированное по самоуважению, ауто-симпатии, самоинтересу и ожиданиям отношения к себе;
- уровень конкретных действий (готовностей к ним) в отношении к своему «Я» (саморуководство, самопоследовательность, самопринятие).

Результаты исследования и их обсуждение.

По шкалам «Восприятие Интернет» между группами Интернет-зависимых и Интернет-независимых подростков были выявлены статистически значимые различия ($P < 0,05$ и выше), которые оказались выше у Интернет-зависимых по показателям следующих шкал:

- принадлежность к сетевой

субкультуре;

- нецеленаправленность поведения;
- потребность в сенсорной стимуляции;
- изменение состояния сознания в результате использования Интернета;
- восприятие Интернета как лучшего, предпочтительного по сравнению с реальной жизнью;
- предпочтение общению посредством Интернет;
- время пребывания в Интернете;
- восприятие Интернета как проективной реальности;
- одушевленность Интернета;
- стремление перенести нормы виртуального мира в реальный.

Результаты исследования акцентуаций характера показали, что среди Интернет-зависимых преобладают подростки с шизоидным (29,8%), истероидным (19,3%), лабильным и эпилептоидным (по 12,3%) типами ак-

центуации. Реже встречались неустойчивые и психастенические акцентуанты (по 7%) и в единичных случаях астено-невротические (5,3%) и гипертимные (3,5%). В контрольной группе преобладали гипертимные (22,2%) циклоидные (19,4%) психастенические (16,7%) и сенситивные (13,8%) типы акцентуации личности. В отличие от группы аддиктов, истероидные (11,1%), эпилептоидные (8,3%) и шизоидные (5,6%) типы акцентуаций встречались достоверно реже. Полученные результаты частично перекликаются с более ранними исследованиями, в одном из которых говорилось, что риску развития Интернет-зависимости в большей степени подвержены неустойчивые и шизоидные акцентуанты [8], а в другом – сенситивно-шизоидные и неустойчивые [1].

Среди Интернет-аддиктов достоверно чаще присутствовал риск возможных личностных расстройств (психопатии) и социальной дизадаптации (табл. 1).

Таблица 1.

Риск личностных расстройств и социальной дизадаптации у Интернет-аддиктов и здоровых сверстников.

Уровни риска		Интернет-аддикты	Контрольная группа
Возможные личностные расстройства	есть	58,6	6,7*
	отсутствуют	38,01	62,8
Риск социальной дизадаптации	высокий	44,2	36,6
	есть	33,8	5,3*
	отсутствует	22,3	46,8

* - здесь и далее различия достоверны по Т-критерию Стьюдента при $p < 0,05$ и выше.

Известно, что различные аддикции могут легко переходить одна в другую, в том числе нехимическая (в данном случае Интернет-аддикция) в химические аддикции [5]. У обследованных Интернет-аддиктов риск алкоголизации и наркотизации оказался существенно выше, чем в контроле (табл. 2), что подтверждает

раннее высказывавшееся мнение об определенном сходстве психологических особенностей личности со склонностью к аддиктивному поведению [5, 8, 10]. Коморбидность же аддикции и личностных расстройств также общепризнанна в настоящее время.

Таблица 2.

Риск алкоголизации и наркотизации у Интернет-аддиктов и здоровых сверстников

Уровни риска		Интернет-аддикты	Контрольная группа
Риск алкоголизации	есть	28,1*	3,1
	демонстративный	11,2	9,3
	отсутствует	38,6	52,8
Риск наркомании	высокий	0	0
	выраженный	9,3*	0
	умеренный	36,7*	6,8
	отсутствует	56,8	76,5

Исследование сферы потребностей с помощью 16-факторного личностного опросника Р. Кеттелла показало, что в контрольной и экспе-

риментальной группах четко прослеживается качественное различие потребностей подростков в общении (табл. 3).

Таблица 3.

Различия потребностей в общении у Интернет-аддиктов и здоровых сверстников

Среднее значение факторов	Интернет-зависимые	Контрольная группа
Фактор А	8,65*	4,59
Фактор Н	5,26	6,13
Фактор Q ₂	7,94*	2,92

По методике Р. Кеттелла рассматривали три фактора: 1) Фактор А – «замкнутость-общительность» – рассчитан на измерение общительности в группах; 2) Фактор Н – «робость-смелость» – определяет реактивность на угрозу в социальных ситуациях и определяет степень активности в социальных контактах; 3) Фактор Q₂ – «конформизм-нонконформизм» – определяет степень независимости от группы, окружения. В контрольной группе выявилось преобладание «компанейского» вида общения. Среди Интернет-аддиктов оказалось, что подростки, имея высокую, доминирующую потребность в общении близком, «по душам» (высокие показатели по фактору А и Q₂), при этом не имеют достаточной социальной смелости (фактор Н) для установления отношений с окружающими людьми в реальном мире. Интернет-аддикты низко адаптивны, и застенчивы, что мешают им искать близких себе людей и нала-

живать тесные доверительные взаимоотношения как со сверстниками, так и с взрослыми. Возможно, что удовлетворение их потребностей в поддержке, одобрении, общении смещается из рамок повседневной жизни в жизнь виртуальную. В целом, подростки с аддикцией имеют фрустрированную потребность в общении, которую им заменяет Интернет. Это перекликается с ранее полученными данными об ощущении одиночества как важной личностной черте, способствующей возникновению Интернет-зависимости [14, 15].

Самооценка Интернет-аддиктов оказалась существенно ниже, чем в контрольной группе (40.1 против адекватной 62.6 в контроле, по методике Дембо-Рубинштейн; $p < 0,01$). Известно, что за такой низкой самооценкой могут скрываться два психологических явления: подлинная неуверенность в себе (являющаяся зачастую чувством неполноценности) и «защитная», когда деклариро-

вание самому себе собственного умения, отсутствия способностей и т. п. позволяет не прилагать никаких усилий, в данном случае, к адаптации «себя-взрослеющего» к новым социальным условиям. Полученные результаты подтверждают ранее опубликованные данные о заниженной самооценке и склонности к избеганию проблем и ответственности у Интернет-зависимых [12].

По шкалам Самоотношения были получены следующие результаты (Рис. 1):

1) Существуют значимые различия в выраженности интегрального чувства за/против своего Я ($p < 0,05$) между Интернет-зависимыми и Интернет-независимыми подростками. Результаты Интернет-зависимых подростков имеют более низкие показатели, чем у Интернет-независимых.

2) Обнаружены значимые различия по самоинтересу как модальности самоотношения ($p < 0,05$) между Интернет-зависимыми и Интернет-независимыми подростками. Самоинтерес у Интернет-зависимых подростков менее выражен, чем у Интернет-независимых.

3) Между Интернет-зависимыми и Интернет-независимыми подростками выявлены статистически значимые различия в выраженности самообвинения (как уровня конкретных действий по отношению к себе) ($p < 0,05$). У Интернет-зависимых более высокие показатели по шкале самообвинения, в отличие от Интернет-независимых подростков.

4) Выявлены значимые различия между 1 и 2 группами по выраженности самоинтереса как уровня конкретных действий по отношению к себе, ($p < 0,05$). У Интернет-независимых подростков этот уровень конкретных действий значительно выраженнее, чем у Интернет-зависимых.

Корреляционный анализ данных, выявил следующие особенности самоотношения у Интернет-

зависимых подростков:

- Отсутствие корреляционных связей интегрального чувства по отношению к своему Я с остальными факторами самоотношения.

- Отсутствие значимых связей с факторами самопонимания и самоинтереса.

- Факторы самопринятия, ожидания положительного отношения других, самоуверенность, ауто-симпатии и обращенности на внимание окружающих имеют большое функциональное значение в системе самоотношения у Интернет-зависимых подростков, однако единственным системообразующим фактором самоотношения данной группы не обладает.

- Ведущим уровнем в оценке себя является – эмоциональный.

- Ведущим уровнем конкретных действий является – самопринятие.

Можно предположить, что для Интернет-зависимого такое измененное самовосприятие является желаемым и одобряемым им и виртуальным сообществом, с которым он активно взаимодействует. Соответственно с помощью Интернета реализуется уход от себя настоящего.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют, что подростки с признаками Интернет-аддикции существенно отличаются от неаддиктивных сверстников как по характеру, так и по способности к общению, самооценке и структуре самоотношения.

Относительное преобладание шизоидных акцентуантов среди Интернет-аддиктов, по всей видимости, связано с особенностями деятельности в сети - это определенный уход от реальности, что свойственно шизоидам. Неожиданным может показаться достаточно большое число лиц с истероидной акцентуацией, которые, по идее, должны стремиться к постоянному нахождению «на виду», где они могли бы проявлять свои демонстративные черты. Мы полагаем, что это та часть истероид-

ных подростков, чьи потребности фрустрированы в реальном мире, и они стремятся к реализации своих истероидных черт в виртуальном мире (напр., это может быть знакомство и общение в чатах, которое со стороны истероидов имеет элементы псевдологии). В плане особенностей характера Интернет-аддикты отличаются и от подростков с химической зависимостью, где преобладают гипертим-

ные, неустойчивые, эпилептоидные и истероидные типы акцентуаций и крайне редки шизоиды [6, 9]. Вместе с тем, повышенная склонность к алкоголизации и наркотизации, обнаруженная у Интернет-аддиктов, свидетельствует о наличии общих психологических черт у лиц, склонным к разным формам аддиктивного поведения.

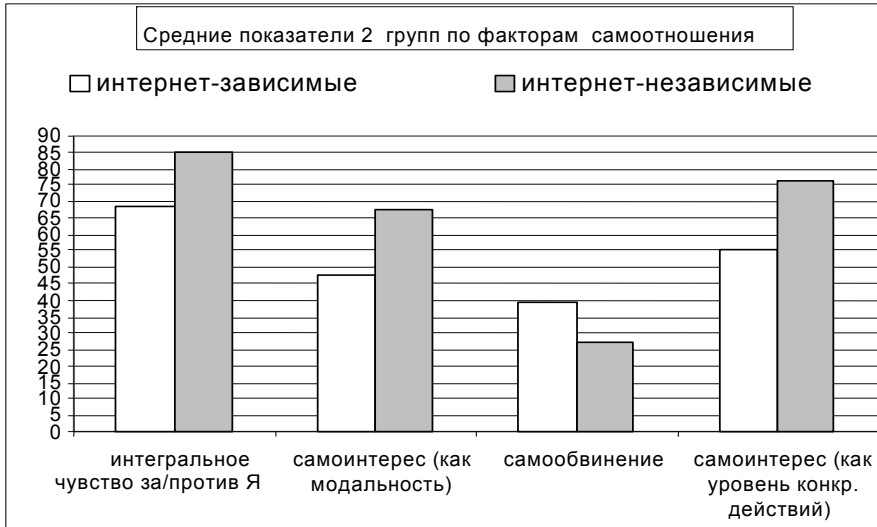


Рис. 1.

Такие особенности личности Интернет-зависимых подростков, как проблемы с общением, ощущение одиночества, низкая самооценка, склонность к избеганию проблем и ответственности, уход от себя настоящего в виртуальный мир (как один из вариантов «бегства» по Пезешкиану), по всей видимости, как способствуют вовлечению в Интернет-аддикцию, так и одновременно являются факторами риска социальной дизадаптации и перехода в химической формы аддиктивного поведения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреев А. С., Анцыборов А. В. Интернет-аддикция как форма зависимого поведения // <http://www.narcom.ru/cabinet/online/45.html>.
2. Войскунский А. Е. Актуаль-

ные проблемы зависимости от Интернета // Психологический журнал. 2004. Т. 25. № 1. - С. 90-100.

3. Дворщенко В. П. Тест личностных акцентуаций. - СПб., 2000.

4. Джолдыгулов Г. А., Гусманов Р. М., Шевченко Ю. С. К вопросу о механизмах формирования чрезмерной увлеченности компьютерными играми // Дискуссионные вопросы наркологии: профилактика, лечение и реабилитация: Мат-лы Российской научно-практической конференции / Под общ. ред. проф. А. В. Худякова. - Иваново, 2005. - С. 111-112.

5. Егоров А. Ю. К вопросу о новых теоретических аспектах аддиктологии // В кн. : Наркология и аддиктология. - Сб. науч. тр. / Под. ред. проф. В. Д. Менделевича. - Казань: Школа, 2004. - С. 80-88.

6. Егоров А. Ю. Алкоголизация и алкоголизм в подростково-молодежной среде: личностные особенности, клинические проявления, половые различия // Вопросы психического здоровья детей и подростков. - 2003 (3). № 1. - С. 10-16.

7. Егоров А. Ю. Нехимические (поведенческие) аддикции // Аддиктология, 2005, № 1. - С. 65-77.

8. Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В. Социодинамическая психиатрия. - М. : Академический Проект, Екатеринбург: Деловая книга, 2000. - 460 с.

9. Личко А. Е., Битенский В. С. Подростковая наркология. -Л. : Медицина, 1991. - 304 с.

10. Менделевич В. Д. Наркозависимость и коморбидные расстройства поведения. - М. : МЕДпресс-информ, 2003. - 328 с.

11. Пантилеев С. Р. Методика исследования самоотношения. - М. : Смысл, 1993.

12. Чудова И. В. Особенности образа «Я» «Жителя Интернета» // Психологический журнал. 2002. - Т. 22. № 1. - С. 113-117.

13. Янг К. С. Диагноз - Интернет-зависимость // Мир Интернет. 2000. № 2. - С. 24-29.

14. Amichai-Hamburger Y., Ben-Artzi E. Loneliness and internet use // Computers and Human Behavior. 2003, Jan. V. 1. N. 19. - P. 71-80.

15. Caplan S. E. Problematic Internet use and psychosocial well-being: development of a theory-based cognitive-behavioral measurement instrument // Computers in Human Behavior. 2002, Sept. V. 18. N 5. - P. 553-575.

16. Davis S. A. A cognitive-behavioral model of pathological Internet use// Computers in Human Behavior. 2001 Mar. V. 17, N. 2. - P. 187-195.

17. Goldberg I. Internet addiction disorder. 1996. In Psychom. net, http://www.sciencedirect.com/science?ob=RedirectURL&_method=externObjLink&_locator=u

rl& cdi=5067& plusSign=%2B& targetURL=http%253A%252F%252Fwww.psychom.net, accessed 20 November 2004.

18. Griffiths M. D. Internet addiction: does it really exist?// In: Psychology and the Internet: Intrapersonal, interpersonal, and transpersonal implications/ J. Gackenbach (Ed). San Diego, CA, Academic Press. 1998. P. 61-75.

19. Griffiths M. D. Internet addiction: Internet fuels other addictions // Student British Medical Journal. 1999. V. 7. - P. 428-429.

20. Griffiths M. D. Internet addiction – time to be taken seriously? // Addiction Research. 2000. Oct. V. 8. N. 5. - P. 413-419.

21. Hamburger Y. A., Ben-Artzi E. The relationship between extraversion and neuroticism and the different uses of the Internet// Computers in Human Behaviour. 2000. V. 16. - P. 441-449.

22. Kandell J. J. Internet addiction on campus: The vulnerability of college students // CyberPsychology and Behavior. 1998. V. 1. N. 1. - P. 11-17.

23. Kim K., Ryu E., Chon M. -Y., Yeun E. -J., Choi S. -Y., Seo J. -S., Nam B. -W. Internet addiction in Korean adolescents and its relation to depression and suicidal ideation: A questionnaire survey // International Journal of Nursing Studies 2005. Article in Press.

24. Kraut R., Patterson M., Lundmark V., Kiesler S., Mukopadhyay T., Scherlis, W. Internet paradox: a social technology that reduces social involvement and psychological well-being? // Am. Psychol. 1998. V. 53. - P. 1017-1031.

25. Shapira N. A., Goldsmith T. D., Keck Jr. P. E., Khosla U. M., McElroy S. L. Psychiatric features of individuals with problematic internet use // Journal of Affective Disorders. 2000 January-March. V. 57. N. 1-3. - P. 267-272.

26. Young K. S. Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder // CyberPsychology and Behavior. 1998. V. 1. - P. 237-244.

И. В. Добряков, В. В. Ильченко

**ОСОБЕННОСТИ ПСИХОСЕКСУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
И ПОЛОВОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕВОЧЕК
СТАРШЕГО ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА
С РАЗЛИЧНЫМ ТЕМПОМ ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ**

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования; Северо-Осетинский государственный университет (Владикавказ).

В настоящее время происходят радикальные изменения представлений о формах полового поведения на разных стадиях онтогенеза. В обществе продолжается процесс либерализации сексуальной морали, сопровождающийся демократизацией половых ролей. При этом в средствах массовой информации растет количество статей, передач, посвященных вопросам пола, но формирующих в обществе упрощенное представление о сексуальности человека. Прежде всего это отражается на подростках [6]. По мнению И. С. Кона, за последние годы в сексуальном поведении и установках российской молодежи, в первую очередь подростков и юношей, произошли большие изменения, вызывающие растущую социальную озабоченность. Наблюдается общая тенденция - снижение возраста сексуального дебюта и уменьшение разницы в этом отношении между мужчинами и женщинами. Особенно велики сдвиги у женщин [9, 10]. В этих условиях психосексуальное развитие и формирование личности должны стать предметом особого внимания, ибо в них фокусируется широкий круг проблем. При этом важно учитывать отмечающуюся с последней четверти прошлого века тенденцию к ускорению созревания подростка, к раннему началу пубертатного периода. Явление акселерации привлекло внимание как западных, так и отечественных исследователей, стремившихся изучить многие социально-психологические аспекты этого биологического феномена, отмечающих особенности формирования характера у акселерированных подростков [12, 7, 8, 9, 10]. По мнению Г. Крайг, многие подростки вполне положительно относятся к скорости сво-

его созревания, но несвоевременное половое созревание может вызывать проблемы [11]. Однако процессы акселерации, которыми объяснялись многие социально-психологические явления, в настоящее время пошли на убыль. Но несмотря на замедление процесса акселерации некоторые ранее объясняемые ею физиологические и психологические процессы отмечаются и сейчас. С. С. Либих отмечает, что сохраняются явления недостаточной социальной компетентности и информированности подростков, инфантильность и диспропорциональность в развитии [16].

В сложившихся условиях особенно актуальны вопросы изучения влияния психосоциальных факторов на психосексуальное развитие и половое поведение подростков с различным темпом полового созревания. Недостаток достоверных научных данных об особенностях психологии девушек с разным темпом психосексуального развития приводит к недифференцированной, не учитывающей личностный и психосоциальный статус, неадекватной пропаганде сексологических знаний [2, 8, 9, 10].

В подростковом возрасте не только формируется сексуальность, но и активно вырабатывается индивидуальный образ жизни. И от того, как это происходит, в значительной степени зависит качество последующей жизни (собственное здоровье, здоровье будущих детей, благополучие семьи и многое другое) [5]. Таким образом, есть все основания полагать, что от особенностей психосексуального развития и полового поведения в пубертатном периоде во многом зависит будущее психологическое и сек-

суальное здоровье взрослой женщины. В подростковом возрасте происходит осознание себя не только как субъекта, но и как объекта сексуального взаимодействия. Многие исследователи называют его периодом подростково-юношеской гиперсексуальности. Он характеризуется повышенным интересом к противоположному полу, иногда эротизацией окружающего мира, повышенным интересом к сексуальной литературе и другой соответствующей продукции и т. д. Собственная сексуальная активность подростков носит экспериментальный характер: постижение собственных телесных функций, фантазирование на эротические темы, эротические сновидения, петтинг, начало половой жизни [2, 3, 7, 8, 9, 10, 15, 16]. У девочек в подростковом возрасте прежде всего прослеживается стремление нравиться, обратить на себя внимание, появляются мечты о прекрасном и храбром «рыцаре», который будет заботиться и любить.

В связи с изложенным нам представляется актуальным изучение особенностей психосексуального развития и полового поведения девочек старшего подросткового возраста. Нами было проведено исследование, выборку которого составили 403 девочки в возрасте 15–17 лет, учащиеся 9–11 классов средних общеобразовательных школ города Владикавказа.

В задачи исследования входило:

- изучение особенностей психосексуального развития и полового поведения девочек-подростков с различным темпом полового созревания;
- определение основных источников информации девушек по вопросам интимной жизни;
- выявление установок, связанных с сексуальной активностью;
- определение характерологических особенностей девочек-подростков с различным темпом полового созревания.

В качестве практического критерия акселерации и ретардации А. Е. Личко предложил отклонение на 1-2 периода (хронологически на 2-4 года) от одинаковых для мальчиков и девочек стандартов [12].

По результатам исследования физиологических особенностей полового созревания нами было выделено 3 группы девочек (см. табл. 1). Основным критерием явилось деление по возрасту начала менструации. Возраст наступления менархе - самый надежный биологический показатель, на основе которого были рассмотрены характерные черты процесса акселерации [14].

Средний возраст начала этого процесса в нашей общей выборке - $12,89 \pm 1,2$ лет. Учитывались также физиологические особенности полового созревания (рост груди, оволожение подмышечных впадин и лобка и т. д.).

Таблица 1.

№	Группы обследованных	Количество обследованных (n)	Возраст менархе	Средний возраст менархе
1	Группа с условно ускоренным темпом полового созревания	53	7 -11 лет	$10,8 \pm 0,37$ лет
2	Группа со своевременным темпом полового созревания	320	12 – 14 лет	$13,0 \pm 0,77$ лет
3	Группа с условно замедленным темпом полового созревания	30	15 – 16 лет	$15,2 \pm 0,43$

Для 1-3 группы различия значимы по t-критерию Стьюдента на уровне $p < 0,001$ ($t=3,52$), для 1-2 и 2-3 групп - различия значимы на уровне $p < 0,05$ ($t=2,56$) и ($t=2,42$).

В ходе нашего исследования мы также попытались выяснить некото-

рые особенности семейной среды девушек-подростков. Многими авто-

рами неоднократно отмечалось, что семейная обстановка является одним из главных факторов становления сексуальной жизни и качества ее в дальнейшем. В литературе можно встретить данные, согласно которым девушки из неполных или неблаго-

получных семей начинают половую жизнь раньше, чем их сверстницы из полных или благополучных семей [4, 10]. По результатам нашего исследования было выявлено, что большинство респонденток живут в полных семьях (см. таблицу 2).

Таблица 2.

	Темп полового созревания		
	условно ускоренный	своевременный	условно замедленный
Живут в полных семьях	86,8%	72,5%	80,0%

Выявленную нами семейную ситуацию опрошенных девушек можно рассматривать как более благоприятную, чем в среднем по Российской Федерации. Вероятно, это можно объяснить особенностями национальных и культурных традиций, быта и семейного воспитания в Северной Осетии.

На наш взгляд, искажение половых ролей может привести к повышенным притязаниям женщины в

сфере семейно-сексуальных отношений и к сексуальным расстройствам. Необходимо чтобы у девочек сформировалась феминная половая роль. В связи с этим испытуемым был задан ряд вопросов, в некоторой степени отражающих, по нашему мнению, особенности усвоения респондентками половой роли, их половой социализации. Вопросы касались предпочитаемых в детстве игр, причесок, интереса к макияжу (см. таблицу 3).

Таблица 3.

	Темп полового созревания		
	условно ускоренный	своевременный	условно замедленный
В детстве предпочитали игры			
в «куклы»	86,8%	72,5%	80,0%
в «дочки-матери»	71,7%	60,0%	76,7%
В детстве предпочитали стрижки			
предпочтение женской стрижки	64,2%	53,4%	60,0%
никогда не нравилась мальчишеская стрижка	11,3%	8,1%	0%

Результаты нашего исследования позволили сделать вывод, что большинство респонденток всех трех групп в детстве играли в «куклы» и в «дочки-матери», большинство из них предпочитало в детстве женские стрижки. Интересно, что девушки, вообще не использующие косметику, чаще имеют **ускоренный** или **замедленный** темп полового созревания. Девочки с **замедленным темпом полового созревания** никогда не предпочитали компанию только мальчиков. Они позже других девушек стали применять косметику, в настоящее время реже используют макияж. Ни одной из девушек этой группы (в от-

личие от первых двух) никогда не нравилась мужская стрижка

В подростковом возрасте у девушек появляется интерес к эротической литературе, сексуальным сценам в кино. Их фантазии приобретают при этом все более чувственный характер, все чаще возникает потребность в ласке, прикосновениях, телесном контакте. Одним из важных признаков пробуждающейся сексуальности является возникновение эротических сновидений. В группах девушек с разными темпами полового развития эти феномены отмечаются в различные сроки (см. таблицу 4).

Таблица 4.

	Темп полового созревания		
	условно ускоренный	своевременный	условно замедленный
потребность в ласке, прикосновениях, телесном контакте отмечали			
до 14 лет	24,5%	17,8%	10,0%
в 15 -16 лет	49,1%	46,3%	50%
эротические сновидения			
ни разу не видели	26,4%	30,0%	16,7%
отмечали их появление	54,7%	48,1%	56,7%
отрицали такие сны	18,9%	21,9%	56,7%

Исследования Т. Ю. Кришталь показали, что 83,6% девушек и 74% юношей Санкт-Петербурга обсуждают с друзьями вопросы секса. Основные «значимые лица», с которыми девушки обсуждают особенности своего организма, – это подруги (50%), медицинские работники (38%). Лишь 20% получали инфор-

мацию о строении половых органов, половой жизни от матери, 10,6% у «друга» (2005). В настоящем исследовании мы также обратились к изучению источников информации об анатомо-физиологических особенностях половой сферы, о половой жизни девушек Владикавказа (см. таблицу 5).

Таблица 5.

	Темп полового созревания		
	условно ускоренный	своевременный	условно замедленный
Источники сведений о половой жизни			
сверстники и друзья	75,5%	75,3%	93,3%
телевидение, кинопродукция	67,9%	70,3%	70,0%
книги, журналы, специальная научно-популярная литература	56,6%	54,7%	53,3%
родители	11,3%	12,5%	10,0%
братья и сестры	15,1%	9,7%	10,0%
педагоги	3,8%	3,8%	0%
медицинские работники	7,5%	7,2%	0%

Результаты исследования позволили нам определить каналы получения информации по вопросам сексуальной жизни у современных школьников. Анализ ответов показал, что основными источниками информации для всех трех групп девушек являются:

- во-первых, сверстники и друзья,
- во-вторых, телевидение, кинофильмы,
- в-третьих, книги, журналы, газеты, специальная научно-популярная литература.

В семье девочки реже получают подобную информацию. Родителей в качестве источников информации

назвали немногие, как и братьев и сестер. К сожалению, роль педагогов и медицинских работников в сексуальном просвещении подрастающего поколения весьма незначительна.

Интересно, что девушки с **ускоренным темпом полового созревания** примерно в 1,5 раза чаще, чем девушки других групп, получают информацию от сестер и братьев. Это, по-видимому, отражает их склонность беседовать с ними на волнующие темы. Девушки с **условно замедленным темпом полового созревания** чаще доверяют сверстникам как источнику информации по вопросам интимной жизни. Существенным здесь также является и то,

что педагогов и медицинских работников данная группа девушек не назвала вообще.

Претворение в жизнь сексуальных фантазий, сновидений, тайных желаний девушек осуществляется, как правило, постепенно. Танцы, согласие на свидание, уединение с юношей, наполняют жизнь девушки новым содержанием. Из 180 девушек 15-18 лет опрошенных в Санкт-Петербурге, большинство отметили, что на свидания они начали ходить с 12-14 лет, а 50% постоянно встречаются с молодыми людьми. Основными причинами отсутствия таких встреч девушки назвали следующие: «пока не встретила достойного» (22%), 7% девушек отметили вариант - «юноша не отвечает взаимностью» (Т. Ю. Кришталь, 2005). Как правило, свидания сопровождаются эротическими играми и ласками (петтингом). Однако если молодой человек настойчиво стремится к сексуальной близости, то это нередко может вызывать у девушки негативные чувства и переживания. По мнению Ю. М. Орлова, «значение петтинга в психосексуальном развитии достаточно велико. Он расшатывает ригидные сексуальные установки, внушенные родителями, а девушки приобретают опыт, «проигрывая элементы полового поведения» [15; с. 150]. То, в каком возрасте девушки решаются на такой опыт, зависит, помимо прочего, от темпа полового созревания (см. таблицу 6).

Результаты исследования дают основание сделать вывод, что многие из всех трех групп (**большинство** респонденток с **ускоренным и своевременным темпом полового созревания**) имели первый опыт свидания с молодыми людьми в 14 лет или раньше. Причем среди девушек, не имеющих этого опыта, в несколько раз больше девушек с **замедленным темпом** полового созревания.

Результаты нашего исследования позволяют говорить о том, что опыт первого глубокого поцелуя чаще приобретается в 15-16 лет, причем у девушек с **замедленным темпом полового созревания** это происходит несколько позже. Обращает внимание на себя также тот факт, что большинство опрошенных нами школьниц со **своевременным** и с **замедленным темпом полового созревания** вообще еще не целовались с представителями противоположного пола. Таких девушек в группе респонденток с **ускоренным темпом полового созревания** оказалось меньше половины.

Поверхностный петтинг больше половины девушек всех трех групп опрошенных еще не практиковали, однако среди респонденток с **ускоренным темпом полового созревания** их оказалось сравнительно больше. Девушки с **замедленным темпом полового созревания** значительно чаще, чем респондентки других групп, вообще отрицают подобный опыт.

Таблица 6.

	Темп полового созревания		
	условно ускоренный	своевременный	условно замедленный
Опыт первого свидания с юношей			
имели в 14 лет или раньше	49,1%	44,1%	43,3%
не имели до 15 лет опыта	15,1%	22,2%	33,3%
Опыт поцелуев с юношами в 15 – 16 лет			
не имели опыта	45,3%	52,8%	50,0%
имели опыт глубокого поцелуя	22,6%	21,9%	10,0%
Поверхностный петтинг			
не практиковали	60,4%	71,6%	63,3%
практиковали	7,5%	6,9%	0%

С. С. Голод в сложном комплексе мотивов вступления в сексуальные отношения выделяет следующие: любовь, потребность в доверительном общении, сексуальный импульс, любопытство, настояния партнера, пример сверстников, совращение, конформный мотив (необходимость «быть как все»). При этом девушки значительно чаще ссылают-

ся на мотив любви, а юноши - на стремление развлечься и получить удовольствие [3]. Исследования Т. Ю. Кришталь показали, что 64,1% опрошенных старшеклассниц Санкт-Петербурга считают для себя приемлемым раннее начало половой жизни (2005). Возраст, в котором они считали допустимым начало половой жизни, указан в таблице 7.

Таблица 7.

Указали допустимым возраст начала половой жизни	Количество девушек, опрошенных в Санкт-Петербурге (n) (Кришталь Т. Ю., 2005)	%
14 и младше	27	16,2
15 лет	22	13,2
16 лет	42	25,2
17 лет	33	19,8
18 и старше	37	22,2

Из причин, побуждающих девушек вступить в сексуальные отношения, самая частая – любовь (35,4%) и несколько реже – физическое влечение (25,2%) и любопытство (16,2%), независимо от возраста. Причина «любовь» остается ведущей в каждой возрастной группе у девушек. У юношей ведущей причиной начала сексуальных отношений яв-

ляется физическое влечение – 50%, в 30% - «любовь». Чаше (в 3 раза), чем девушки, юноши указывают причины «желание самоутвердиться» и «желание не отстать от других» (Т. Ю. Кришталь, 2005).

В ходе исследования девушек Владикавказа того же возраста были получены несколько иные результаты (см. таблицу 8).

Таблица 8.

	Темп полового созревания		
	условно ускоренный	своевременный	условно замедленный
Возраст, который считают допустимым для начала половой жизни			
20 лет и старше	64,2%	50,0%	60,0%
18 - 19 лет и старше	32,1%	45,9%	40,0%
16 - 17 лет и старше	3,8%	3,8%	0%
15 лет и младше	0%	0,3%	0%
Половые отношения до брака			
не допустимы	43,4%	39,1%	56,7%
допустимы	18,9%	20,9%	16,7%
Мотивы вступления в половые отношения			
любовь	98,1%	94,4%	96,7%
физическая потребность	39,6%	34,4%	26,7%
мотив любопытства	26,4%	23,8%	26,7%
настояния партнера	15,1%	10,0%	3,3%
меркантильный мотив	1,9%	6,6%	0%
Влияния добрачного сексуального опыта на последующую семейную жизнь			
отрицательное	49,1%	47,8%	56,7%
никакого влияния нет	30,2%	35,0%	30,0%
положительное	20,8%	17,2%	13,3%

Большинство респонденток считает, что допустимый возраст для вступления в интимные отношения 20 лет и позже. Благоприятным для начала половой жизни возраст 18-19 лет отметили меньше половины респонденток. Начало половой жизни в 16-17 лет допускает небольшое количество респонденток из 1-й и 2-й групп, считают невозможным все девушки с **замедленным темпом полового созревания**. Сексуальный дебют в 15 лет и раньше осуждают практически все опрошенные.

Отрадно, что самым главным мотивом начала половой жизни подавляющее большинство всех наших респонденток считает любовь. Второе место занимает такой мотив, как физическая потребность. Девушки с **ускоренным темпом полового созревания** этот мотив называют несколько чаще, чем их сверстницы 2-й группы (со своевременным темпом полового созревания). В тоже время количество респонденток 2- группы, указавших этот мотив, превышает количество назвавших его девушек третьей группы (с **замедленным темпом полового развития**). Мотив любопытства во всех трех группах назвало около четверти респонденток. Настояния партнера чаще являются возможным мотивом для девушек с **ускоренным темпом полового созревания**. В 1,5 раза реже его называют девушки со **своевременном темпом полового развития**, в 4,6 раза реже девушки с **замедленным темпом полового развития**. Интересным оказалось и то, что меркантильный мотив («экономические соображения») девушки со **своевременным темпом полового созревания** называли чаще, чем девушки с **ускоренным темпом полового созревания**, в 3,5 раза. Ни одна из респонденток с **замедленным темпом полового развития** из третьей группы этот мотив не назвала этот мотив как возможный для вступления в интимные отношения.

И. С. Кон отмечает, что «важный показатель либерализации поло-

вой морали - рост терпимости к добрачным связям» [10; с. 44]. В. Ф. Анурийн считает, что «отношение к добрачным половым связям весьма различается в контексте различных культур и субкультур, однако они всегда осуждаемы. Это вытекает из самых основ института моногамного брака» [1; с. 93]. Наряду с этим следует отметить, что для современной молодежи характерно более толерантное отношение к добрачному экспериментированию. Однако многое зависит от социального контекста и региона, в котором проводится исследование.

Анализируя данные, полученные нами во Владикавказе, мы пришли к выводу, что в Северной Осетии большинство школьниц считают интимные отношения до брака недопустимыми (43,4%, 39,1%, 56,7%). Но необходимо заметить, что значительная часть респонденток не имеет четкого мнения по данному вопросу (37,7%, 40,0%, 26,7%). Допустимыми добрачные половые отношения признали для себя - 18,9%, 20,9%, 16,7% девушек.

Не менее интересным оказалось мнение респонденток относительно влияния добрачного сексуального опыта на последующую семейную жизнь. Большинство испытуемых считает, что подобный опыт оказывает отрицательное влияние (49,1%, 47,8%, 56,7%). Примерно треть респонденток полагает, что никакого влияния нет (30,2%, 35,0%, 30,0%). Положительное влияние добрачного сексуального опыта на будущие семейно-брачные отношения отметили 20,8% опрошенных из первой группы, 17,2% - из второй и 13,3% из третьей группы. Как видно из приведенных данных, более консервативная точка зрения по данным вопросам у девушек с замедленным темпом полового созревания.

Для современного общества характерна тенденция снижения возраста (особенно женщин), в котором состоялся сексуальный дебют. Анонимный опрос 90 девушек Санкт-

Петербурга показал, что из них 52,3% уже пережили сексуальный дебют, причем из них наибольшее количество – это девушки возрастной группы 16-17 лет, что составля-

ет (60 чел). В группе 15 лет и младше сексуальные отношения имеет пятая часть подростков этого возраста (см. таблицу 9).

Таблица 9.

Возраст сексуального дебюта	Количество девушек, начавших половую жизнь (n=90) (Кришталь Т. Ю., 2005)	%
15 лет и младше	9	21,4
16-17 лет	60	64,5
18 лет и старше	21	47,7

Нами был проведен анонимный опрос 100 девушек 18–23 лет, обучающихся на психологическом фа-

культете Северо-Осетинского государственного университета (см. таблицу 10).

Таблица 10.

Возраст сексуального дебюта девушек 18–23 лет (n = 100)	
до 16 лет	0%
в 16 – 17 лет	11,1%
в 18 – 19 лет	44,4%
в 20 лет и старше	44,5%

И. С. Кон считает, что начало половой активности зависит от многих социальных факторов, к числу которых относится также уровень образования. По его данным, учащиеся ПТУ начинают половую жизнь значительно раньше, чем их сверстницы-школьницы, а также молодые люди, получившие университетское образование, начинают сексуальную жизнь позже тех, чье образование ограничивается неполной средней или средней школой [9]. В этом убеждает и опыт наших собственных исследований: большая часть девушек-студенток еще не начала вести половую жизнь – 68,7%. По нашему мнению, это может быть также связано с особенностями воспитания, культурными и этническими характеристиками. Несмотря на эгалитеризацию и нуклеаризацию современного семейно-брачного института, для Северной Осетии в большинстве случаев характерна ориентация на патриархальные образцы. На наш взгляд, доминирование целомудренных установок, осуждение добрачного сексуального экспериментирования, следование национальным и культурным традициям приводят к более позднему

сексуальному дебюту, чаще всего связанному с вступлением в брак.

Итак, обобщая полученные результаты можно сказать, что существует неравномерность в проявлении основных феноменов психосексуального развития у девочек с различным темпом полового созревания. Особенно ярко это проявилось у девочек с условно замедленным темпом полового созревания. Опыт первого свидания, языкового поцелуя, поверхностного петтинга, оргазма приобретается позже, чем у девочек со своевременным и ускоренным темпом полового созревания. У девочек с условно ускоренным темпом полового созревания несколько раньше начинает проявляться такой феномен психосексуального развития, как появление потребности в ласке, телесном контакте. Они более активно в детстве принимали участие в социально-сексуальных играх, причем делали это чаще с детьми противоположного пола.

Несовпадение данных, полученных Т. Ю. Кришталь при опросах девушек Санкт-Петербурга, и результатов проводимых нами исследований во Владикавказе подчеркивает культуральные влияния, влия-

ние социально-политической ситуации в регионе на психосексуальное развитие и особенности полового поведения. В качестве доказательства последнего можем привести данные нашего исследования при помощи теста незаконченных предложений сформированности у старшеклассниц образа «я - будущая мама». У девушек в Санкт-Петербурге мы получили показатель 0,36 балла, у группы девушек, ставших жертвами террористического акта в Беслане, этот показатель составил 0,29 балла, а самый высокий показатель балл (0,43) был отмечен у девушек Беслана, не попавших в заложники. (И. В. Добряков, И. О. Родимова, 2005).

Актуальность проведения подобных исследований в различных регионах Российской Федерации очевидна. Осмысление их результатов позволит разработать адекватные программы по половому воспитанию в школах и ВУЗах, учитывающие региональную специфику, позволяющие предупреждать отклонения психосексуального развития, грамотно разрешать имеющиеся проблемы. Недостаток сексуального просвещения создает массу проблем для современной молодежи. Взрослые и общество в целом должны помочь подросткам сформировать ценности и установки, достигнуть зрелости и усвоить навыки, необходимые для того, чтобы стать здоровыми взрослыми людьми. Психосексуальное здоровье девочек в подростковом возрасте - залог полноценной семейно-брачной и сексуальной жизни в будущем.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анурин В. Ф. Сексуальная революция: двойной стандарт // СОЦИС 2000, № 9. С. 88–95.
2. Васильченко Г. С. Сексология: Справочник. – Медицина, 1990. – 576 с.
3. Голод С. И. XX век и тенденция сексуальных отношений в Рос-

сии. СПб. : Алетейя, 1996.

4. Журавлева И. В. Самосохранительное поведение подростков и заболевания, передающиеся половым путем. // СОЦИС 2000, №5. - С. 66–74.

5. Зайцев Г. К., Зайцев А. Г., Хаптанова Т. Г. Половое воспитание подростков: ценностное отношение к здоровью. // Вопросы психологии 2002 г. № 3. - С. 33–40.

6. Ивченкова Н. П., Ефимова А. В., Аккузина О. П. Установки по отношению к началу половой жизни // Вопросы психологии 2001 г. №3. С. 49–57.

7. Исаев Д. Н., Каган В. Е. Половое воспитание детей. – Л. : Медицина, 1988. – 160 с.

8. Кон И. С. Введение в сексологию. М. : Медицина, 1989.

9. Кон И. С. Сексуальность и культура. – СПб. : СПбГУП, 2004. – 104 с

10. Кон И. С. Подростковая сексуальность на пороге 21 века. Социально-педагогический анализ. – Дубна: «Феникс+», 2001.

11. Крайг Г. Психология развития. - СПб. : Питер, 2002 – 992 с.

12. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков: 2-е изд. – Л. : Медицина, 1983.

13. Личко А. Е., Иванов Н. Я. Диагностика характера подростков – ПДО. Краткое руководство. СПб. : «Фарматекс», 2001.

14. Миклашевская Н. Н., Година Е. З. Ростовые процессы у русских детей и подростков Севера Европейской части Российской Федерации // Вопросы антропологии. – 1992. - №86. – с. 53–70.

15. Орлов Ю. М. Половое развитие и воспитание. М. : Просвещение, 1993.

16. Руководство по сексологии / под ред. Либиха С. С. - СПб. : Питер, 2001.

Б. Е. Микиртумов, В. В. Поздняк

ОСОБЕННОСТИ АДАПТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЮНЫХ БЕРЕМЕННЫХ

Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия.

Подростковая беременность представляет собой важную общемедицинскую и социальную проблему. В последние десятилетия отмечается неуклонное изменение отношения молодых людей к сексуальным отношениям и традиционным распределениям гендерных ролей (Голод С. И., 1996; Kuno T., Tachi E., 2002) [5, 16]. Сексуальное поведение подростков характеризуется ранним сексуальным созреванием и пробуждением эротических чувств (Денисенко М., Далла Зуанна Ж. -П., 1999) [7]. Средний возраст начала половой жизни в России 16,1 года (Гуркин Ю. А., 1997) [6]. 36-66% девушек подростков начинают половую жизнь до 16 лет, до 15 лет – 8-19% опрошенных, до 14 лет – 1-6% (Прохорова О. В., 1997; Тимченко Г. П., Попова А. В., 1997) [11, 12]. Мотивация сексуальной инициации в основном связана с формированием индивидуальности подростков, тем, как складываются отношения с окружающими, и в меньшей степени отражает гормональное развитие (Микиртумов Б. Е., 1997). При этом у девушек, как правило, недостаточное знание об анатомии и физиологии половой системы, незначительны или искажены сведения о сексуальных отношениях, нежелательных последствиях раннего начала половой жизни и предупреждении их (Микиртумов Б. Е., 1988; Kapamadzija A., Bjelica A., Segedi D., 2001) [14]. Ранняя половая жизнь и промискуитет негативно сказываются на психике подростков, ставят под сомнение гармоничность психического развития в дальнейшем. Психотравмирующие факторы, связанные с сексуальным поведением подростка, могут привести к тяжелым внутренним переживаниям, которые в дальнейшей жизни повышают риск развития состояний, уг-

рожающих первичным бесплодием (синдром лютеинизации, иммунологическим бесплодием) (Глушенко С. И., Киселев А. Г., 2004) [4].

Следствием раннего начала половой жизни является резкий рост подростковых беременностей, завершающихся абортами и родами (Левитас С. Г., 1990; Коновалов О. Е., 1996) [9, 8]. Отмечается значительный рост юных беременных с 1,8% в 1981-85 годах до 12,75% в 1991-95 годах (Введенская И. И., Походко И. В., 2000) [3]. Нежелательная беременность в подростковом возрасте вызывает серьезные переживания девушки, может сопровождаться тяжелыми нервно-психическими расстройствами. Подростки реагируют на наступившую беременность стремлением к изоляции и отречению, наблюдаются депрессивные реакции, иногда антиобщественное поведение. Девушки бывают буквально парализованы страхом, вызванным необходимостью рассказать о случившемся родителю (Smith L. B., Adler N. E., Tschann J. M., 1999) [17].

Целью нашего исследования являлось изучение психических расстройств, возникающих в результате нежелательной беременности в подростковом возрасте, и особенностей адаптивного поведения юных беременных.

Материал и методы исследования.

Обследованы 145 подростков в возрасте от 14 до 18 лет (средний возраст $16,02 \pm 0,86$). В основную группу вошли 100 человек. Критерии включения в основную группу наблюдения были следующие:

- возникновение нежелательной беременности;
- возраст юных беременных до 18 лет;

- возникновение психических нарушений, связанных с нежелательной беременностью.

В группу сравнения вошли 45 небеременных девушек-подростков. Группа сравнения сопоставима по основным параметрам с основной группой.

Экспериментально-психологические методы включали следующие тесты:

Опросник ИЖС (LSI) для исследования механизмов психологических защит (ПЗ) [2]. В аспекте психологии отношений В. Н. Мясищева механизмы ПЗ понимаются как система адаптивных, как правило, неосознанных реакций личности, направленная на защитное изменение значимости дизадаптивных компонентов отношений – когнитивного, эмоционального, поведенческого с целью ослабления их психотравмирующего воздействия на больного (Иовлев Б. В., Карпова Э. Б., 1998). Методика «индекса жизненного стиля» (LSI) позволяет моделировать в эксперименте различные ситуации на вербальном уровне с помощью специализированного опросника, разработанного на концептуальной основе и стандартизированного в соответствии с принятыми правилами. Суммарная оценка шкальных оценок отражает уровень выраженности защитных механизмов.

Методика, определения индекса саморегуляции поведения (ИСП) (Кржечковским А. Ю. и Чудновским В. С., 1990), используется для определения уровня самосознания. Особенностью теста является относительно неструктурированность задач, поставленных перед испытуемым, допускается неограниченное количество ответов, что характерно для проективных методик. В них находят отражение завуалированные или неосознанные стороны личности. В контексте данного исследования речь идет об оценочных суждениях относительно образа «Я» в «инактуальной форме» на уровне

недостаточно осознаваемого интуитивного схватывания (инсайта). Сопоставление их с соответствующими когнитивными, вербальными оценками различных свойств своего «Я» позволяет судить о том, насколько в структуре саморегуляции представлены свойства осознанности и импульсивности. Можно считать, что показателем высокого уровня развития самосознания служат такие действия, при которых процессы саморегуляции сочетают в себе гармонично эмоциональный и когнитивный компоненты, а мотивы поведения достаточно осознаются субъектом и вербализуются [13].

Интегративный тест тревожности (ИТТ) (Бизюк А. П., Вассерман Л. И., Иовлев Б. В., 1997) был использован для определения уровня тревожности. В соответствии с эмпирической и теоретической целесообразностью тревога рассматривается как состояние и как личностно-типологическое свойство. Испытуемому предлагается два варианта инструкций к шкалам ИТТ: первая ориентирует его на оценку себя сейчас, на текущий момент, а второй вариант – на оценку своего обычного состояния на протяжении относительно длительного времени, например, на протяжении последнего года. Таким образом, мы имеем две равнозначные шкалы методики ИТТ, которые получили условное название СТ-С (ситуативная) – первая, СТ-Л (личностная) – вторая. В тесте использовались дополнительные шкалы: «эмоциональный дискомфорт» (ЭД), «астенический компонент тревожности» (АСТ), «фобический компонент» (ФОБ), «тревожная оценка перспективы» (ОП), «социальная зашита» (СЗ) [1].

Результаты исследования.

Клинико-психопатологический анализ психогенных нарушений позволил выделить в зависимости от преобладания типа аффективных нарушений следующих 3 клинических варианта (таблица 1).

Распределение психогенных расстройств в основной группе
в зависимости от типа аффективных нарушений.

Типы аффективных нарушений	Средний возраст	Абсолютное кол-во	Относительное кол-во
Меланхолический тип	15,97±0,92	37	37%
Тревожный тип	16,00±0,77	32	32%
Астеноипохондрический тип	16,09±0,83	31	31%
ИТОГО	15,97±0,92	100	100

Меланхолический тип аффективного реагирования.

В первую подгруппу с меланхолическим типом аффективного реагирования вошли 37 юных беременных, что составляет 37% от обследованных основной группы. В эту группу вошли юные беременные от 14 до 18 лет, (средний возраст 15,97±0,92). Для клинической картины с преобладанием меланхолического типа аффективного реагирования типичными являлись жалобы на снижение настроения, пессимистическое отношение к себе и своему будущему. Достаточно часто возникали идеи самообвинения по поводу «убийства ребенка» («во мне жизнь, а я ее убью... не знаю, как с этим буду жить»). В поведении подростков начинает проявляться несвойственное им раннее стремление к одиночеству, уединению. Из соматовегетативных проявлений наиболее часто встречались нарушения сна, снижение аппетита, вегетососудистые нарушения (тахикардия, потливость).

Тревожный тип аффективного реагирования.

Во вторую подгруппу с тревожным типом аффективного реагирования вошли 32 юных беременных, что составило 32% от обследованных основной группы, в возрасте от 15 до 17 лет (средний возраст 16,00±0,77). В клинической картине обследованных второй подгруппы преобладали тревожные симптомы различной степени тяжести - от латентной формы в виде субъективного чувства внутреннего волнения, беспокойства, проявляющиеся в вербальных характеристиках своего состояния («внут-

ри страшно... как будто дрожу постоянно»), до относительно глубоких тревожных переживаний, при которых аффективный компонент преобладал над вербальным. Тревожные реакции проявлялись в повышенной двигательной активности, в виде характерных для тревоги: поз, жестов, мимики, выражающих тревожно окрашенное оживление, суетливость. Тревожное напряжение отражало страх перед бесплодием, одиночеством и отверженностью («родители меня не простят... молодой человек не захочет со мной общаться»). У ряда обследуемых наблюдались острые деперсонализационные состояния, что было характерно для первой реакции на известие о беременности («когда на тест посмотрела, все чувствовать перестала... как будто колпак на голову одели»). Эпизодические и более продолжительные тревожные состояния не достигали невротического уровня по своей выраженности тревоги.

Астеноипохондрический тип аффективного реагирования

В третью подгруппу с астеноипохондрическим типом аффективного реагирования вошли 31 юная беременная, что составило 31% от обследованных основной группы, в возрасте от 14 до 18 лет (средний возраст 16,09±0,9).

В структуре депрессии преобладал астенический компонент - раздражительность, повышенная утомляемость, нарушение сна, снижение аппетита, апатия. Тревожные опасения были связаны со страхом за свое здоровье («в результате аборта могу стать бесплодной. . . боюсь кровотечения, которое врачи не остановят . .

. беременность вызывает тошноту и рвоту, из-за моего слабого здоровья»). Настроение колебалось от ровного до подавленного и угнетенного, раздражительного и тревожного. Повышенная возбудимость сменялось легко возникающей слабостью и утомляемостью. Нарастало снижение продуктивности – появлялись значительные затруднения при концентрации внимания, рассеянность. Раздражительность нередко сопровождалась симптомами вегетативной лабильности: головокружение, головными болями, тошнотой, обморочными состояниями. Ипохондрия, возникающая на фоне астенизации, характеризовалась фиксированностью на слабости своего здоровья, и, как следствие, невозможности выносить ребенка. Тревожные ожидания были связаны с опасениями осложнений при аборте и родах.

Экспериментально-психологическое исследование уровня и структуры тревожности по данным интегративного теста тревожности.

Для основной группы обследованных характерен более высокий уровень личностной и ситуативной тревожности. Различия показателей по личностной тревожности у обследованных основной группы и группы сравнения не достигают статистически значимых различий, различия по ситуативной тревожности статистически достоверны ($p < 0,05$).

При анализе структуры тревожности первой подгруппы основной группы с меланхолическим типом аффективного реагирования ведущими оказались шкалы ФОБ («фобический компонент») и шкала ОП («тревожная оценка перспективы»). В картине эмоционального фона испытуемых с пиком по шкале ФОБ, преобладают ощущения непонятной угрозы, неуверенность в себе, собственной бесполезности. Шкала ОП, тесно связана с ФОБ, но здесь определенно проявляются проекция страхов в перспективу и общая озабоченность будущим, на фоне повы-

шенной эмоциональной чувствительности.

Во второй подгруппе с тревожным типом аффективного реагирования в структуре тревожности ведущими оказались шкалы: ОП («тревожная оценка перспективы»), ЭД («эмоциональный дискомфорт»), АСТ («астенический компонент тревожности»). Такая структура тревожности говорит о проекции страхов в будущее. Общая озабоченность последствиями, на фоне повышенной эмоциональной лабильности, указывает на наличие эмоциональных расстройств, снижение эмоционального фона и неудовлетворенность жизненной ситуацией, эмоциональной напряженностью, элементами агитации.

В третьей подгруппе основной группы с астеноипохондрическим типом аффективного реагирования ведущими оказались шкалы АСТ («астенический компонент тревожности») и ФОБ («фобический компонент»). Что свидетельствует о преобладании в структуре тревожности усталости, расстройств сна, вялости, пассивности, быстрой утомляемости. Также достаточно выражены ощущения угрозы, неуверенности в себе, собственной бесполезности.

Самосознание юных беременных.

Основная группа по значению ИСП была разделена на 3 подгруппы, с низким ИСП (ниже 0,35), средним ИСП (от 0,36 до 0,45) и высоким ИСП (выше 0,46). Сводные данные представлены в таблице 2.

У обследованных основной группы выявляется более низкий уровень самосознания, чем в группе сравнения, различия статистически достоверны. Индекс саморегуляции поведения (ИСП) определяет зависимость поведения от импульсивных актов, значительно снижающих сознательный контроль и возможность прогнозирования ситуации в ближайшем будущем. При низкой осознанности и представленности когнитивного компонента в поведенческих актах наблюдается снижение уровня

самосознания. При саморегуляции поведения доминирует аффективная составляющая, и, как следствие, снижается способность к оценке возможных последствий поступков и их оценка окружающими. Самооценка выступает как основной механизм в моральной саморегуляции личности, восприятии моральных установок общества. При низком уровне

самосознания моральные нормы не выступают в качестве регулирующих механизмов. Преобладание аффективного компонента в саморегуляции поведения, принятие решений и совершение действий под влиянием чувственных порывов, создает мотивацию для ранней сексуальной инициации, промискуитета, и высокого риска нежелательной беременности.

Таблица 2.

Индекс саморегуляции поведения (ИСП) в основной и группе сравнения.

ИСП	Основная группа		Группа сравнения	
	Абс.	%	Абс.	%
Первая подгруппа основной группы (высокий ИСП)	18*	18%	17*	37,8%
Вторая подгруппа основной группы (средний ИСП)	33*	33%	20*	44,4%
Третья подгруппа основной группы (низкий ИСП)	49*	49%	8*	17,8%
ВСЕГО	100	100%	45	100

* отмечены статистически достоверные различия, $p < 0,05$.

Изучение адаптивного поведения юных беременных.

При анализе частоты употребления протективных и дефензивных

МПЗ, выявилось более частое использование протективных МПЗ (таблица 3).

Таблица 3.

Использование протективных и дефензивных МПЗ.

	протективные МПЗ		дефензивные МПЗ		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Основная группа	67	67%	33	33%	100	100
Группа сравнения	26	57,8%	19	42,2%	45	100

Для изучения профиля МПЗ, был подсчитан количественный баланс защит, приняв за 100% общее число защит используемых группой. Общей закономерностью основной группы является использование относительно более широкого спектра напряженных типов ПЗ (отрицание, регрессия, проекция, замещение, интеллектуализация).

Изучение профиля МПЗ в основной и контрольной группе выявило следующие закономерности:

В основной группе наиболее напряженными и часто используемыми МПЗ, оказались:

- регрессия (25%), у контрольной группы (15,6%)

- отрицание (22%), у контрольной группы (15,6%)

- реактивное образование (14%), у контрольной группы (17,7%).

Остальные защиты менее напряжены и используются значительно реже, т. е. диапазон применяемых защит в основной группе узок.

Наиболее редко используются следующие МПЗ:

- компенсация (3%), у контрольной группы (24,4%) ($P < 0,05$)

- вытеснение (6%), у контрольной группы (8,9%)

- интеллектуализация (6%), у контрольной (0%).

Интенсивность использования
вопросы психического здоровья ДЕТЕЙ и ПОДРОСТКОВ. 2005 (5), № 2.

МПЗ, оценивалась с помощью определения напряженности механизмов психологических защит у юных беременных.

Полученные результаты по всем 8 МПЗ в основной группе лежат в диапазоне 50-80%, а у контрольной группы 48-75%. Наиболее интенсивно у основной группы используются МПЗ регрессия 81,4%, отрицание 80,4%, замещение 79,8%. При этом интенсивность напряженности этих МПЗ у основной группы достоверно более выражена, чем у контрольной группы. Напряженность МПЗ компенсация достоверно ниже у основной группы, чем у группы сравнения.

Обсуждение.

У подростков в ответ на нежелательную беременность выявляется три клинических варианта аффективных нарушений (меланхолический, тревожный и астеноипохондрический тип).

Во всех подгруппах основной группы, вне зависимости от типа аффективного реагирования определяется высокий уровень ситуативной тревожности связанный с реально существующей психотравмирующей ситуацией нежелательной беременности, что говорит о дизадаптации в интериндивидуальных и интраиндивидуальных отношениях.

Структура тревожности различна в зависимости от типа аффективного реагирования.

Эмоциональный фон юных беременных с меланхолическим типом аффективного реагирования характеризуется неуверенностью в себе, снижением самооценки и повышением эмоциональной чувствительности.

В подгруппе с тревожным типом аффективного реагирования выявляется проекция страхов в будущее, общая озабоченность последствиями.

В подгруппе с астеноипохондрическим типом аффективного реагирования выявляется преобладание в структуре тревожности усталости, расстройств сна, вялости и пассивности, быстрой утомляемости.

У подростков с нежелательной беременностью выявляется более низкий уровень самосознания, чем в группе сравнения. При регуляции своего поведения юные беременные пользуются аффективной составляющей, они недостаточно осознают, как собственные слова и поступки могут восприниматься окружающими, а также к чему впоследствии могут привести. Незрелость когнитивного компонента самосознания приводит к недооценке последствий своих поступков. Преобладание аффективного компонента в саморегуляции поведения, принятие решений и совершение действий под влиянием сиюминутных чувственных порывов приводит к случайным половым связям, редкому использованию контрацептивных средств, следствием чего является нежелательная беременность в подростковом возрасте.

В основной группе используется более широкий спектр напряженных МПЗ, что свидетельствует об актуальной психотравмирующей ситуации – нежелательной беременности.

Обращает на себя внимание выраженная дисгармоничность в профиле МПЗ у юных беременных, значительный перевес протективных (незрелых) защит. Нехватка зрелых МПЗ, основанных на вытеснении и когнитивной переработке, признается в теории уровней организации личности О. Kenberg (1994) одним из критериев пограничных расстройств.

Наиболее интенсивно используется МПЗ «регрессия», характеризующийся переходом на более ранние стадии развития, с использованием более простых поведенческих стереотипов и ослаблением эмоционально-волевого контроля. Беременная девушка ищет поддержки, понимания

В основной группе достаточно напряженным является МПЗ «отрицание», характеризующийся стремлением игнорировать, внутриличностный конфликт, связанный с нежелательной беременностью. Примечательна способность в таких случаях «пропускать» в своих воспоминани-

ях неприятные пережитые события, заменяя их вымыслом. С последним можно связать то, что в подгруппе с преобладанием МПЗ «отрицание» доля повторно беременных подростков составляет 50%.

Выводы:

1. Клинико-психопатологический анализ психогенных нарушений позволил выделить в зависимости от преобладания типа аффективных нарушений следующих 3 клинических варианта:

Меланхолический тип аффективного реагирования характеризовался снижением настроения с общим снижением активности и мыслями депрессивного круга.

Тревожный тип аффективного реагирования характеризовался тревожными симптомами различной степени тяжести - от латентной формы в виде субъективного чувства внутреннего волнения до относительно глубоких тревожных переживаний, при которых аффективный компонент преобладал над вербальным.

Астеноипохондрический тип аффективного реагирования характеризовался астеническими симптомами: раздражительностью, утомляемостью, снижением продуктивности.

2. У юных беременных, вне зависимости от типа аффективного реагирования, определяется высокий уровень ситуативной тревожности, связанный с реально существующей психотравмирующей ситуацией нежелательной беременности.

3. Структура тревожности различна в зависимости от типа аффективного реагирования.

В эмоциональном фоне юных беременных с меланхолическим типом аффективного реагирования преобладают неуверенность в себе, снижение самооценки, повышение эмоциональной чувствительности.

В подгруппе с тревожным типом аффективного реагирования выявляется проекция страхов в будущее, общая озабоченность послед-

ствиями.

В подгруппе с астеноипохондрическим типом аффективного реагирования выявляется преобладание в структуре тревожности усталости, расстройств сна, вялости и пассивности, быстрой утомляемости.

4. У значительной части подростков основной группы (49%) определяется низкий уровень самосознания. При низком уровне самосознания доминирует аффективная составляющая в руководстве поведенческими актами, принятие решений и совершение действий происходит под влиянием чувственных порывов.

5. У подростков с низким уровнем самосознания выявляется склонность к промискуитету, среди них больше подростков с повторными беременностями.

6. Юные беременные используют более широкий спектр напряженных МПЗ, что свидетельствует об актуальной психотравмирующей ситуации – нежелательной беременности.

7. У юных беременных выявляется выраженная дисгармоничность в профиле МПЗ, значительный перевес протективных (незрелых) защит.

Наиболее напряженной является МПЗ «регрессия», характеризующийся переходом на более ранние стадии развития с использованием более простых поведенческих стереотипов и ослаблением эмоционально-волевого контроля.

7.2. В основной группе достаточно напряженным является МПЗ «отрицание», характеризуемый стремлением игнорировать, внутриличностный конфликт, связанный с нежелательной беременностью.

7.3. Юными беременными практически не используется МПЗ «компенсация». Компенсация является механизмом, который способствует уменьшению внутреннего дискомфорта, возникающего в результате ощущения какой-либо эмоционально-личностной недостаточности, с помощью подмены объекта таким

образом, чтобы замещающий объект или замещающее действие компенсировало эту нехватку. Вероятно, у девушек, ищущих решения эмоциональных конфликтов в половых связях, уменьшен диапазон компенсирующих объектов и действий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бизюк А. П., Вассерман Л. И., Иовлев Б. В. Применение интегративного теста тревожности. - СПб, 1997. - 22 с.

2. Вассерман Л. И. с соавторами. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля. - СПб., 1999. - 48 с.

3. Введенская И. И., Походеко И. В. Здоровье беременной женщины, как одна из проблем сельской местности // Проблемы здоровья семьи 2000: материалы второй международной научной конференции - Пермь-Халкидики, 1998. - С. 83-85.

4. Глушенко С. И., Киселев А. Г. Психогенные факторы в возникновении бесплодия. // Материалы конференции «Психиатрия консультирования и взаимодействия - 2004». - СПб.: Издательство СПбГПМУ, 2004. - С. 64.

5. Голод С. И. XX век и тенденции сексуальных отношений в России. - СПб, 1996.

6. Гуркин Ю. А. Механизм ухудшения качества здоровья потомства // Перинатологические проблемы ранней репродуктологии и детской гинекологии: Тезисы докладов научно-практической конференции. - СПб., 1997. - С. 8-9.

7. Денисенко М., Далла Зуанна Ж. -П. Сексуальное поведение российской молодежи. Население и общество: Информационный бюллетень Центра демографии и экологии человека Института народнохозяйственного прогнозирования РАН, № 36, май 1999.

8. Коновалов О. Е. Семья и воспроизводство здоровых поколений // комплексное социогигиеническое и медико-демографическое исследование. Автореферат... д-ра мед. наук, Рязань, 1996.

9. Левитас С. Г. Проблема беременности у подростков: пути решения. Вторая Всесоюзная конференция по гинекологии детей и подростков: тезисы докладов. - М., 1990.

10. Микиртумов Б. Е., Шамарин Н. В. Катамнез девушек подростков перенесших искусственный аборт // Актуальные вопросы детской и подростковой гинекологии. - СПб, 1998. - С. 208-209.

11. Прохорова О. В. Особенности течения беременности и родов у юных // Здоровье подростков на пороге 21 века: тезисы докладов науч.-практ. конф. - СПб., 1997 - С. 34-36.

12. Тимченко Г. П., Попова А. В. Некоторые обстоятельства сексуального насилия над подростками // Здоровье подростков на пороге 21 века: тезисы докладов научно-практической конференции. - СПб., 1997. - С. 70.

13. Чудновский В. С., Кржечковский А. Ю., Можейко А. А. Самосознание подростков с гармоничным и отклоняющимся поведением. - Ставрополь, 1993. - С. 141.

14. Kapamadzija A., Bjelica A., Segedi D. Children's knowledge of sex behavior and contraception. - J. Med Pregl 2001 Jan-Feb;54(1-2): p. 53-57.

15. Kernberg P. Mechanisms of defense: Development and research perspectives. The evolution of the concert // Bulletin of the Menninger Clinic. 1994. - vol. 58, N 1.

16. Kuno T., Tachi E., Ogasawara A., Shimokata H., Yamaguchi Y. The relationships among self-identity, self-esteem and attitude towards sexual behavior in university students. - Nippon Koshu Eisei Zasshi 2002 oct; vol. 49, N10, p. 1030 - 1039.

17. Smith L. B., Adler N. E., Tschann J. M. Underreporting sensitive behaviors: the case of young women's willingness to report abortion. - J. Health Psychol 1999 Jan; vol. 18, N 1, p. 37-43.

Э. Г. Эйдемиллер

**ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ
В КОНТЕКСТЕ МИРОВОЙ КУЛЬТУРЫ**

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования.

Введение. Психотерапия – новая и одновременно старая интегративная духовная практика. Она основана на естественно-научной и гуманитарной парадигмах и интегрирует в себе такие духовные практики (по мере их возникновения), как религия, медицина вообще и психиатрия в частности, философия, педагогика, психология, социология, политика и этика.

По мнению Ф. Александера и Ш. Селесника, первой специальностью в медицине была психиатрия, которая использовала для лечения соматических и психических заболеваний и повреждений ветки и кору деревьев, растения и соцветия, минеральные вещества и биологические жидкости, а также различные магические приемы [1]. Таким образом, уже в древнейшие времена психиатрия, а в нашем понимании и собственно психотерапия, была синтезом естественно-научных и гуманитарных представлений о сущности лечения.

Психотерапия сочетает в себе признаки, свойственные искусству и присущие науке одновременно. От психотерапевта как человека, занимающегося искусством, требуются интуитивизм, спонтанность, креативность, харизматичность. Начиная с XVII века, благодаря работам Р. Декарта и Д. Локка, к признакам, характеризующим науку, относятся измерения и воспроизводимость результатов, что также традиционно присуще психотерапии.

Как уже отмечалось, политика и этика также являются составными

частями психотерапии. Политика означает умение оказывать влияние на людей. Психотерапевт, обладающий большими знаниями, но не умеющий оказывать влияние, будет неэффективным в своей профессии. Этика психотерапевта предписывает ему осознавать свою силу и влияние, определять границы и допустимость их использования.

Необходимо остановиться на том, какой смысл мы вкладываем в понятие "духовная практика". Духовная практика – это рождение, формулирование и воплощение идей и концепций, способствующих благу каждого отдельно взятого человека и человечества в целом [19]. Понятие "духовная практика" является компромиссным, позволяющим избежать конфликта в противопоставлении двух представлений о психотерапии – как о науке и как об искусстве. Наука основывается на процедуре измерения предмета науки, но психотерапия является методом лечения, и отсюда закономерно возникает вопрос – может ли метод лечения быть предметом науки? Другая точка зрения, имеющая не меньше прав на существование – это та, что психотерапия является в большей мере процессом интуитивного взаимодействия и познания, причем саногенный потенциал личности психотерапевта оценивается как решающий [21].

Определение. Групповая психотерапия – это группа методов психотерапии, основанных на использовании в той или иной форме эффектов групповой динамики. Все существующие методы групповой психо-

терапии делятся на три вида: образовательные, аналитические и основанные на действии. К последнему виду относят аналитическую психодраму, гештальт-терапию и др.

По продолжительности работы выделяют два вида групповой психотерапии: долгосрочную (60 и более часов) и краткосрочную (от 20 до 40 часов) [3].

Для того чтобы понять логику развития психотерапевтического процесса в группах, необходимо остановиться на анализе динамического контекста культуры.

Динамический контекст культуры. В развитии культуры выделяют три эпохи: премодерн; модерн; постмодерн [1, 5, 14].

В эпоху премодерна мышление человека было магическим, поэтому главенствующими методами психотерапии, сохранившими свое значение и сейчас, были различные религиозные ритуалы, гипноз и методы психотерапии, основанные на феномене внушения и самовнушения.

Для эпохи модерна, которая условно начинается с работ Р. Декарта и Д. Локка, характерно стремление отыскивать или приписывать причинно-следственные связи как в природе, так и в поведении людей. Важным инструментом в познании психики становится метод психоанализа З. Фрейда, основанный на наблюдении и интроспекции, и теория условных рефлексов И. П. Павлова, основанные на ней методы поведенческой психотерапии.

Культура эпохи постмодерна не только включает в себя признаки предыдущих эпох, но и имеет свои характерные признаки:

- *Признак взаимодействия*, основанный на принципе ризомы, предполагающий новый способ структурирования как в отношении знания, так и мировосприятия в целом. Ризома – особое строение корневой системы некоторых растений, при которой элементы этой системы так переплетены с почвой, что чрезвычайно трудно распознать, относятся эти

элементы к почве или к корням [21]. Для описания этого принципа в наибольшей степени подходит понятие "контекста переживаний", "взаимодействия", "семейного контекста", которое пришло из семейной психотерапии [2, 14, 25].

Контекст бытия – это поле описания всего того опыта, который входит в рамки исследования/описания. При этом отсутствует классическое деление на целое, частное, подчиняющее и соподчиненное. Речь идет о неоднородном поле идентичности. Контекст характеризуется несимметричностью, вследствие чего так называемая периферия бытия может оказаться более значимой, чем "центр". В аналитической психодраме (которой мы занимаемся много лет и которую считаем одним из наиболее универсальных и эффективных методов психотерапии, пригодных для детей, подростков и взрослых) "маленькие" детали (например, цвет обоев, время суток, открыты или закрыты двери в комнатах) в психодраме протагониста, имеют подчас большее значение для достижения им инсайта и катарсиса, чем формулирование и проговаривание основной темы.

- *Признак представленности многих элементов* одной эпохи в других. Это связано с тем, что временные границы эпох культуры весьма условны, подвижны. Временная граница становления эпохи постмодерна весьма подвижна, охватывает конец 20-х годов XX века и наши дни.

- *Критика абсолютизма разума*, так называемого научного познания, основанного на догмате измерения. Помимо измерений в современной психологии наиболее важным стало вслушивание, вчувствование, взаимная эмпатия. Диктатура рационального объяснения, действия, последствия и следствия уступила место созданию и воссозданию контекста множественной интерсубъективности.

- *Критика классического*

противопоставления субъекта и объекта. Согласно этому признаку, взаимоотношения психотерапевта и клиента следует рассматривать как интерсубъективные. В эпохе постмодерна подвергается критике принцип функциональности, который предполагает жесткое слияние предназначения личности, ее судьбы и аутентичности с выполнением социальных ролей. В тоталитарных обществах принцип функциональности был жестко самодовлеющим, и каждый человек рассматривался как элемент большой государственной машины.

- *Сомнения в очевидности многих фактов биологии,* появившиеся благодаря работам чилийских биологов У. Матурана и Ф. Варела. Очень трудно отнести тот или иной вид животных, организмов на определенные позиции классификаций. Например, большую панду одно время относили к медведям, потом к енотам, потом снова к медведям, причем, оказалось, что и еноты, и медведи являются представителями одной большой семьи.

- *Теория социального конструктивизма и нарративный (повествовательный) подход,* ставшие преобладающими в философии и психотерапии [5, 16]. Суть конструктивизма заключается в осознании того, что наши предположения о мире невозможно непосредственно подтвердить. "Язык - это самое главное, без него невозможны были бы такие сложные согласования действий в социальном сообществе, и именно поэтому конструктивисты настаивают на том, что человеческие жизни, в сущности, являются "разговорами". Следовательно, конструктивистская психотерапия в фигуральном и буквальном смысле представляет собой особую форму "разговора"[16].

Основное допущение конструктивистских и нарративных психотерапевтов заключается в том, что все, что мы говорим, опирается на какую-то традицию, на то, что мы привыкли что-то понимать каким-то определенным образом, и все сказанное

имеет смысл только в рамках этой традиции. Если что-то вырвать из контекста, то оно потеряет смысл. Если мы поместим фрагмент сообщения в новый контекст, то он будет означать нечто другое. Понимание между людьми возникает в условиях взаимосозданного и взаиморазделяемого контекста переживаний. "Стол - это то, что наиболее часто обозначается этим словом" - это утверждение справедливо лишь тогда, когда общающиеся договорились о границах контекста взаимоотношений и о способах проверки качества понимания. При нарушении этих условий "стол" в нашем понимании может трансформироваться в "стул". Основной тезис конструктивистского и нарративного подходов - "практичность" вместо "истинности". Наверное, из всех сфер социального функционирования общение в семье и в ситуации психотерапии имеет больше всего шансов иметь признаки "понимающего общения".

- *Ответственное самоформирование* [7]. Речь идет о том, что ответственность за самоопределение, самоактуализацию является прерогативой самой личности.

- *Свобода,* являющаяся главенствующей ценностью эпохи постмодерна. Она предполагает, помимо всего прочего, отказ от завоевательности и расширительности в области духовных практик.

- *Преодоление научного моноизма и декларация множественности форм познания.* Отношения традиционной медицины, в частности, так называемой научной психотерапии с альтернативной медициной и психотерапией характеризуются закрытостью и враждебностью. Причем большую враждебность демонстрирует официальная медицина. Альтернативная медицина отвечает игнорированием официальной медицины. Не зная механизмов лечебного действия методов нетрадиционной медицины, мы можем констатировать, что многие целители обладают такими важными качествами, как

умение осуществлять присоединение, наводить трансы, стимулировать переносы, вселять веру и надежду. Весь вопрос в том, как будут использованы эти возможности.

- *Замена функциональности принципом органичности.* В эпоху постмодерна актуализируются качества готической культуры с ее стремлением к чистоте. Появляются ландшафтная психиатрия и психотерапия [4]. Все многообразие природы, человеческого бытия понимается как взаимосвязанное, как живое, которое развивается по своим законам. Метафорой этого принципа может служить ландшафт, в котором есть небо, солнце, река, луга, кустарники, деревья, различная живность, которая является самоценной (ни в коем случае не выступает в роли "младшего брата"), и человек, который пытается обучиться неагрессивному существованию.

- *Увеличение количества методов,* связанное с тем, что каждый психотерапевт стремится скорее персонифицировать свой опыт, нежели признаться в том, что он является учеником и последователем другого психотерапевта. В настоящее время исследователи насчитывают от 500 до 1000 методов психотерапии [6, 8]. Совершенно очевидно, что методов психотерапии значительно меньше. Для того чтобы лучше ориентироваться во всем многообразии методов психотерапии, лучше воспользоваться предложением М. М. Решетникова [10] и подразделить методы психотерапии по следующим направлениям [14]:

- 1) методы психотерапии, основанные на внушении и самовнушении;

- 2) когнитивно-поведенческая психотерапия;

- 3) психоаналитическая (психодинамическая) психотерапия;

- 4) экзистенциальная (гуманистическая) психотерапия;

- 5) семейная психотерапия.

Подавляющее большинство семейных психотерапевтов позицио-

нирует себя как представителей самостоятельного направления, включающего в себя множество методов. Разумеется, в современной России одни направления психотерапии лучше развиты, как скажем, первое, второе и третье, а другие - значительно хуже, например, семейная психотерапия.

Ф. Александер и Ш. Селесник (1995) выделили три основные тенденции (а в нашем понимании – эпохи) в развитии психиатрии [1]:

1. Магический подход – попытка рассматривать необъяснимые явления как магические.

2. Органический подход – попытка объяснить болезни психики телесными причинами.

3. Психологический подход – стремление обнаружить психологические причины психических расстройств.

На наш взгляд, оказываются вполне сопоставимыми эпохи развития культуры и эпохи развития психиатрии – психотерапии. История развития групповой психотерапии изоморфна развитию эпох культуры и психиатрии, отражает их содержание. Подтверждение сказанному можно найти в работах Н. В. Александровой и Э. Г. Эйдемиллера о сравнительном анализе аналитических и неаналитических теорий развития личности в сопоставлении со стадиями жизненного цикла семьи и фазами динамики психотерапевтической группы [3, 20].

Развитие групповой психотерапии в динамическом контексте культуры. В эпоху премодерна методы групповой психотерапии основывались главным образом на эффектах внушения и самовнушения. Шаманы, жрецы, священники использовали магию, ритуалы, песнопения, танцы с целью наведения трансов и усиления усвоения внушений. По мнению Д. Фрезера, важным принципом магической медицины стало то, что два разных и не связанных между собой тела могут производить воздействие друг на друга с помощью внутренней скрытой связи

(цит. по Александер Ф., Селесник Ш., 1995) [1]. Так была открыта "комплементарная", "гомеопатическая" или "мимикрическая" магия, которая стала первоосновой современного эмпатического контакта психотерапевта с идентифицированным пациентом. С. Минухин назвал это "мимезисом" в семейной психотерапии [24]. Д. Фрезер отмечал, что шаман принимал позу больного, отражал его мимику, синхронизировал дыхание, впадал в транс, благодаря чему возникало выздоровление или улучшение состояния больного. То есть он осуществлял то, что С. Минухин назвал "tracking" - "следование психотерапевта за. . .".

Одной из форм групповой психотерапии в XVII–XIX веках был гипноз Ф. А. Месмера, создателя учения о животном магнетизме. "Согласно его мистической теории, мир пронизан особой жидкостью – магнетическим флюидом, обладающим целебной силой. Накапливаясь как в резервуарах в особенно одаренных для его восприятия личностях, магнетический флюид, по воззрениям Ф. А. Месмера, может передаваться больным через прикосновения и излечивать их. Считая себя в этом смысле наиболее богатой натурой, Ф. А. Месмер сконструировал специальный чан ("бакэ"), и, образуя вокруг него живую цепь, больные получали флюид своего волшебного целителя, когда он, приближаясь к "бакэ", касался металлического шарика на его крышке хрустальным жезлом. В этот момент "живительные соки" пронизывали больных, оцепеневших в религиозном экстазе поклонения своему кумиру, чудодоктору, и с ними происходили летаргические состояния с каталепсией или бурные разряды истерических судорог. Все это называлось целительными кризисами, так как после них часто происходило "чудодейственное" избавление от истерической слепоты, немоты, глухоты, параличей и других состояний." [12, с. 158 - 159]. Внушения Ф. А. Месмера в

группе усиливались за счет взаимной индукции.

Основоположником современной групповой психотерапии с полным основанием можно назвать Д. Л. Морено, разработавшего аналитическую психодраму.

Начиная с 1990 г., мы - котерапевты Э. Г. Эйдемиллер и Н. В. Александрова – стали проводить групповую психотерапию детей, подростков и взрослых в парадигме аналитической психодрамы. До этого мы использовали разработанную нами интеракционную модель групповой психотерапии при лечении пациентов с пограничными нервно-психическими расстройствами. Пациенты исследовали в ситуации "здесь и сейчас" все аспекты взаимоотношений и взаимодействий между собой, а также моделировали с помощью ролевых игр значимые ситуации.

Что же заставило нас обратиться к аналитической психодраме?

Сделать это нас побудили три обстоятельства:

1. Сравнивая вербальные техники психотерапии с игровыми, мы сделали выбор в пользу последних, понимая их важность и эффективность.

2. Влияние наших учителей в психодраме – Д. Физи, Д. Киппера и Г. Лейтц, а также Д. Л. Морено (прочтение в 1969 г. главы "Psychodrama" в *American Handbook of Psychiatry*, ed. Silvano Arietti).

3. Накопление собственных представлений о том, что психологические проблемы и конфликты индивидов являются в большой степени следствием фрустраций в раннем детстве. Кроме того, рефлексивность, интроспекция и субъективная ценность прошлого опыта и воспоминаний являются национальными и культурными особенностями россиян.

Нами дано следующее определение психодрамы:

аналитическая психодрама – это метод индивидуальной и групповой психотерапии, основанный на

игровом моделировании актуальных представлений клиента/клиентов.

Другое определение:

аналитическая психодрама – метод индивидуальной и/или групповой психотерапии, использующий три вида коммуникаций (эмоциональную, поведенческую и вербальную) с целью психологической коррекции в ситуации здесь-и-сейчас искажений личностного развития на более ранних этапах онтогенеза.

Теоретическим концептом этого метода психотерапии является теория ролей, разработанная автором. Современные исследователи считают, что теоретической основой данного метода является психоанализ, основное допущение которого состоит в том, что корни личностных проблем, беспокоящих людей сегодня, находятся в их детстве [9, 13, 15]. Данный постулат полностью подтверждается при проигрывании психодрам.

Параллельно с психодрамой развивались методы аналитической, групп-аналитической и интеракционной групповой психотерапии [6, 22, 23]. Общим для всех этих методов при всем их различии был директивный стиль ведения психотерапевтами групп, который пришел на смену авторитарному управлению группами.

Под влиянием духовных ценностей культуры постмодерна стиль управления психотерапевтическими группами различных модальностей стал более гибким, включающим в себя директивность и партнерство.

В разработанной нами совместно с Н. В. Александровой модели краткосрочной аналитической психодрамы мы сформулировали принцип управления группой так: "Вы (участники психодрамы) отвечаете за содержание своих психодрам, а мы (режиссеры) за форму их проигрывания" [15].

Модель краткосрочной аналитической психодрамы. Аналитическая психодрама используется нами как метод индивидуальной и

групповой психотерапии. Преимущество аналитической психодрамы перед другими методами индивидуальной и групповой психотерапии заключается в том, что она использует протоязык – язык чувств, мимики, жестов, поступков, поведения. Именно поэтому она доступна детям начиная с 4 лет и пожилым людям. В психодраме участники имеют возможность моделировать собственные представления о тех или иных психотравмирующих ситуациях.

Каждым из нас по отдельности и нами совместно была проведена психотерапия 76 пациентов (разного возраста, с различными нервно-психическими расстройствами) с использованием индивидуальной психодрамы продолжительностью от 4 до 20 сеансов длительностью по 1 часу каждый. Также в парадигме аналитической психодрамы было проведено 7 психотерапевтических групп (68 пациентов) и 36 групп «личностного роста» для психологов и врачей (724 участника). Начальный этап проведения аналитической психодрамы характеризовался высоким уровнем тревоги у всех участников, проявляющейся в крике, оцепенении, высокой двигательной активности участников.

До настоящего времени в отечественной литературе нет указаний на особенности динамики группового процесса в группах аналитической психодрамы. Наш опыт позволил выделить в развитии групп аналитической психодрамы 5 фаз.

Нулевая – «фаза предгрупповой ситуации». Психотерапевты знакомятся с идентифицированными пациентами или с клиентами, устанавливают раппорт, помогают им сформулировать психотерапевтический запрос, привыкнуть к необычной ситуации психологического взаимодействия между психотерапевтом (психотерапевтами) и клиентом, усилить у участников мотивацию на психотерапевтические изменения, на необходимость пройти предусмотренные клинико-психологические

исследования. Мы сформулировали для себя правило, которым неизменно руководствуемся, — кто ведет группу, тот ее и формирует. Выполнение этого правила стимулирует переносные чувства членов группы с момента ее зарождения и до окончания работы группы.

На нулевой фазе большое значение имеет психологическое состояние психотерапевта (психотерапевтов). Необходимо осознавать, с какими чувствами и зачем они собирают очередную психотерапевтическую группу. В этот момент переживания коте-рапевтов напоминают переживания супругов, решивших завести ребенка. Чем более тщательно психотерапевты проведут инвентаризацию собственного внутри- и межличностного пространства, тем выше шансы у группы на успешность работы.

Первая фаза — «фаза ориентации» имеет сходство по форме и содержанию с оральная стадией психосексуального развития индивида по З. Фрейду. Ожидания всех участников группы связаны с тем, что психотерапевт (психотерапевты) их «накормит» - решит все их проблемы. В эмоциональном состоянии участников группы преобладают вера, надежда и тревога. Правила работы группы, которые обсуждались на предыдущей фазе и принимались на этой всеми участниками, являются для большинства из них внешними. И хотя каждый участвует в играх и моделировании ситуаций, соприкасаясь при этом с собственными переживаниями, все участники уверены, что психотерапевт/ты «волшебным образом» решат все их проблемы. На этой фазе мы используем те подвижные игры, в которых нет проигравших. Эти игры способствуют сплочению, снижают уровень тревоги, повышают внимание и спонтанность. На первом занятии этой фазы в группах подростков психотерапевты не настаивают изначально на рассадке в круге, а используют спонтанную рассадку участников, по очереди присоединяясь к отдельным уча-

стникам или малым подгруппам. И лишь после проговаривания правил работы группы, объяснения того, что из себя представляет психотерапия и аналитическая психодрама, психотерапевт/ты предлагают всем сесть в круг, причем делают это первыми сами.

Вторая фаза - «фаза переформулирования целей и перераспределения ответственности». К этому моменту участники теряют веру и надежду на то, что обретут спокойствие и здоровье, усиливается тревожность, основной формой совладания с которой у детей, подростков и взрослых становятся аспонтанность, апатия, раздражительность. Мы знаем, что группа в этот момент нуждается в особом внимании и поддержке со стороны психотерапевтов.

Проявление агрессии на психотерапевтов, спровоцированной ими самими, в группах взрослых пациентов может способствовать активизации самостоятельности и раскрепощенности.

В детских и подростковых группах мы не используем этот прием из-за низкой толерантности членов группы: стимуляция психотерапевтом (психотерапевтами) агрессии на себя приведет к тому, что некоторые участники ее проявят, однако в дальнейшем это может сформировать у них переживание чувства вины. Популярная среди некоторых психотерапевтов точка зрения, что выражение агрессии на психотерапевтов на 2-й фазе поможет им снять зависимость от психотерапевтов, не является, по нашему мнению, аксиомой. Более того, зависимость клиентов от психотерапевта (психотерапевтов) сохраняется до момента окончания психотерапевтических отношений. Переносы и противоположные переносы являются самыми мощными катализаторами психотерапевтического процесса.

Мы считаем, что наилучшим разрешением у участников коллизий на 2-й фазе является обсуждение членами группы, включая психотерапевтов, тех отношений, которые

сложились внутри группы, но не были до этого вербализованы. Технически это может быть осуществлено в виде дискуссии, когда каждый участник по кругу отвечает на вопросы: что происходит в группе, чего он хочет, какие он видит перспективы в изменении работы группы. Другие техники, которые мы используем, – это различного рода социометрические игры («плот в бушующем море», «автомобиль», «заложники» и др.). Важно то, что эти игры или дискуссии привносят в группу не психотерапевты, а сами участники, задача же психотерапевтов – услышать и подкрепить те ключевые слова, в которых отражена суть происходящего в группе: «в группе туман... словно ходим по болоту... все закрыты, никто никого не знает...». Психотерапевт (психотерапевты) предлагает прояснить, что такое туман, кто есть кто в "тумане и на болоте", какие есть желания и что надо изменить в группе.

В классических группах аналитической психодрамы прохождение 2-й фазы происходит опосредованно, во время моделирования и игр. Классическая аналитическая психодрама может длиться от 200 до 600 и более часов работы.

Мы в своей практике разработали модель групповой аналитической психодрамы продолжительностью 40 часов с периодичностью работы 3 раза в неделю по 2 часа на сеанс. Вследствие такой интенсивной работы группы переживания участников на 2-й фазе имеют сильный характер, поэтому требуют кларификации и управления ими с помощью социометрических техник. Это мы считаем своим «ноу-хау» в создании модели краткосрочной групповой аналитической психодрамы. Задача котерапевтов на этой фазе, когда многие участники переживают сильные негативные чувства, поддерживать друг друга и участников группы.

Котерапевты в детских, подростковых, да и во взрослых группах – фигуры, вызывающие на себя пере-

носы, связанные с родителями, прародителями, учителями, начальниками, а также с собственным детством, с ощущением силы и бессилия. Поведение котерапевтов является эталонным для участников групповой психотерапии. Эталонное поведение котерапевтов заключается в том, как они совладают с собственной тревожностью, с тревогой в группе, как они проводят переговоры между собой и как осуществляют кооперацию. Котерапевты не являются героями, великанами или волшебниками. Они самые обыкновенные люди, имеющие на первых этапах развития группы лишь одно небольшое преимущество, которое в дальнейшем станет принадлежностью каждого члена группы, – быть зеркалом друг для друга.

Другими нашими "ноу-хау" стали особый респрос психотерапевта-м протагониста и участников психодрам и рефрейминг.

В классической аналитической психодраме Д. Л. Морено респрос режиссером протагониста преследует цель формулирования последним личностной проблемы, а режиссеру помогает составить план-проект проигрывания психодрамы. Акцент на разрешении проблемы делался на игровом моделировании.

В нашей модели психодрамы респрос протагониста строится в традиции нарративной психотерапии. Ее суть хорошо передает метафора Н. В. Александровой: "Послание человека (в нашем случае протагониста) подобно скомканному листку бумаги, на котором одни слова стерты, другие размыты слезами, третьи написаны почерком, который невозможно прочитать. Наша задача разгладить этот листок и дать возможность протагонисту прочесть собственное послание в полном объеме и без искажений".

Очень частой ситуацией в группах краткосрочной аналитической психодрамы была следующая: протагонист выбрал "вспомогательные эго", расставил их в пространстве и,

отвечая на уточняющие вопросы режиссеров, вдруг произносил: "Я все понял, больше играть не надо".

Рефрейминг в нашем понимании – это процедура перевода послания человека к себе и другим людям с языка содержания на язык структуры. В качестве примера приведем диалог молодой женщины с матерью.

Девушка: - Мама, я часто обижаюсь на тебя, ты меня в детстве не любила. Сейчас мне из-за этого плохо (на языке структуры – это обвинение).

Мать: - Я все время боюсь за тебя, чтобы ты не совершила плохой поступок. Я хочу, чтобы ты была счастливей, чем я (на языке структуры – это оправдание).

Продолжение диалога привело к пониманию обеих женщин, что их общение строится на нападениях и оправданиях, что они одинаково боятся открытых проявлений чувств и что в личностном плане они очень похожи.

Третья фаза – "фаза зрелой группы". Мы эту фазу называем «рабочей фазой». Не будем останавливаться на тех характеристиках этой фазы, которые приведены в известных руководствах, важно дать описание того, как происходит проигрывание психодрам.

Разумеется, проигрывание психодрам происходит с первого же занятия психотерапевтической группы. Сначала преобладает проигрывание различных историй, сочиненных в группе, сказок. Затем участники начинают проигрывать частные проблемы, не захватывающие целиком их внутри- и межличностное пространство (например, ситуации просьбы–отказа). Эти психодрамы носят характер ролевых игр и не предполагают исследования глубинных проблем. На 3-й фазе участники проигрывают психотравмирующие ситуации: отношения с учителями, друзьями, родителями и другими членами семей. Каждое занятие группы аналитической психодрамы состоит из 3-х фаз.

Первая фаза «разогрева группы». На этой фазе происходит выяснение эмоционального состояния участников, желания/нежелания проиграть подготовительные игры, выявление протагониста и его рассказ о проблеме. Если в классической аналитической психодраме Д. Морено право расспрашивать протагониста принадлежит только режиссеру и этого права был лишен ассистент режиссера, то в нашем случае котерапевты, слушая протагониста, оба задают вопросы, которые согласованно позволяют восстанавливать контекст заявляемой проблемы.

Далее протагонист выбирает вспомогательные «эго», а с началом построения сцены группа переходит на 2-ю фазу сеанса аналитической психодрамы - «проигрывание собственно психодрамы».

Для разрешения проблемы протагониста мы используем базисные техники аналитической психодрамы в собственной модификации. В технике индивидуального разогрева вспомогательного «эго» в группах детей и подростков мы отказались от накладывания протагонистом рук на плечи вспомогательного «эго». Для многих подростков такое взаимодействие вызывало усиление тревоги, напряжение, обусловленное страхом сексуальных переживаний, что внешне проявлялось хохотом, потерей спонтанности. Вместо этого протагонист, стоя рядом со вспомогательным «эго», произносил от первого лица те слова, которые хотел дать исполнителю роли. Иногда мы использовали технику дублирования: протагонист последовательно занимал место каждого вспомогательного «эго», произносил слова, а затем эти слова повторяли вспомогательные "эго". Такая техника способствовала стереоскопическому исследованию и познанию проблемы, эмоциональному отреагированию и дистанцированию от нее. Эту технику, которая родилась в детских и подростковых группах, мы охотно используем и в работе со взрослыми. Нами осуществ-

влена модификация широко известной техники "семейная фотография" [11]. Новшество заключается в том, что мы расспрашиваем протагониста о том, кто делает фотографию, и предлагаем выбрать его (ее) среди членов группы. Именно на фотографа протагонист может спроецировать самые сильные переживания.

Приведем пример психодрамы с врачами и психологами, в которой мы впервые использовали эту модификацию. При проигрывании «фотографии» протагонист расположил себя и коллегу-врача, своего ровесника и профессионального конкурента, на качелях — доске, на концах которой они и сидели. При расспросе о том, кто был фотографом, выяснилось, что это была молодая женщина-врач — коллега обоих участников фотографии, которая являлась объектом уходаживания обоих мужчин. Протагонист выбрал вспомогательное «эго» и на эту роль. При использовании приема диссоциации протагонист имел возможность увидеть «со стороны» двух молодых мужчин, разделенных между собой деревянной доской качелей и фиксирующую эту «картинку» женщину — объект конкуренции этих мужчин. Один из психотерапевтов, наблюдая за ситуацией, применив усиление, сказал: "Двое мужчин, перед ними женщина. То один наверху, то другой. А между ног у них длинная деревяшка".

Другой особенностью проводимой нами аналитической психодрамы с детьми, подростками и взрослыми является то, что мы часто предлагаем участникам проигрывать роли животных и неодушевленных предметов (собак, кошек, капельниц в больнице, зонтика, дверец шкафа, внутренних органов и т. д.). Обратные связи "животных" и "неодушевленных предметов" позволяют протагонисту воссоздавать и реконструировать контекст переживаний со значительно большей эмоциональной силой. Проигрывание психодрамы завершается снятием ролей и разборкой сцены.

На 3-й фазе сеанса аналитической психодрамы режиссеры, спросив согласие протагониста, призывают участников группы поделиться своими чувствами, ассоциациями, опытом.

Четвертая фаза - «фаза экзистенциального выбора». Раньше мы считали, что этой фазы в групповой психотерапии у детей и подростков не может быть в силу незавершенности их личностного развития. Но оказалось, что дети и подростки не хуже взрослых способны подводить итоги проделанной в группе работе, говорить о своем предназначении, о своем пути, индивидуализировать свой собственный жизненный стиль, строить образ будущего и, наконец, нести ответственность за свое самоопределение.

На этой фазе участники групп очень часто проигрывают эпизоды своего будущего.

Показания и противопоказания к аналитической психодраме. Показания практически неограниченные. Противопоказания относительны. Аналитическая психодрама противопоказана при:

- высоком риске суицидального поведения;
- при остром психотическом состоянии;
- при гиперкинетическом синдроме;
- при выраженном расстройстве личности, сопровождающемся социальной дизадаптацией.

В настоящее время аналитическая психодрама занимает ведущее место среди других методов индивидуальной и групповой психотерапии. Идеи Д. Л. Морено о ролевом моделировании нашли свое развитие в педагогике, специальной педагогике, при лечении глухих и слабослышащих детей, при котором моделирование способствует созданию "глобальной структуры" в головном мозге. Эта структура интегрирует и трансформирует все импульсы, поступающие в анализаторы, вследствие чего ребенок, не слыша речи,

понимает ее и адекватно говорит с окружающими.

Методы групповой психотерапии доказали свою высокую, в том числе экономическую целесообразность. Долгосрочная групповая психотерапия постепенно уступает место краткосрочной психотерапии. Исследование эффективности краткосрочной аналитической психодрамы по клиническим и психологическим критериям показало, что у 80% участников психотерапии симптоматика была редуцирована, а психологическое и социальное функционирование улучшилось.

Заключение. В современном мире многообразие духовных ценностей, идей, концепций, сформированных во всех эпохах развития культуры, обуславливает многообразие методов психотерапии. Психотерапия на наших глазах и с нашим участием трансформируется из искусства в науку, сохраняя свой эстетический потенциал, присущий искусству.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александер Ф., Селесник Ш. Человек и его душа: познание и врачевание от древности и до наших дней. – М.: Прогресс-культура; Изд. Агентства "Яхтмен", 1995. – 608 с.
2. Браун Дж., Кристенсен Д. Теория и практика семейной психотерапии. – СПб.: Питер, 2001. – 352 с.
3. Детская психиатрия: Учебник / под ред. Э. Г. Эйдемиллера. – СПб.: Питер, 2005. – 1120 с.
4. Дернер К., Плог У. Заблуждаться свойственно человеку. Учебное пособие по психиатрии и психотерапии. – СПб.: НИИПНИ им. В. М. Бехтерева, 1997. – 519 с.
5. Зельцер В. Культурно-исторические особенности работы семейного психотерапевта в Норвегии // Семейные психотерапевты и психологи: кто мы? // Материалы международной конференции "Психология и психотерапия семьи" (1999). – СПб.: Иматон, 2001. – С. 26-28.

6. Карвасарский Б. Д. (ред). Психотерапевтическая энциклопедия. – СПб.: Издательство "Питер", 2000. – 1024 с.

7. Козловски П. Культура постмодерна. – М.: "Республика", 1977. – 240 с.

8. Макаров В. В., Казаковцев Б. А. Предисловие к русскому изданию // Новая наука о человеке (ред. Прицца). – Екатеринбург: "Деловая книга", М.: "Академический проект", 1999. – 397 с.

9. Ремшмидт Х. (ред). Психотерапия детей и подростков (пер. с нем.) – М.: Мир, 2000. – 656 с.

10. Решетников М. М. Актуальные вопросы реформ в Российской психотерапии // Семейные психотерапевты и психологи: кто мы? // Материалы международной конференции "Психология и психотерапия семьи" (1999). – СПб.: Иматон, 2001. – С. 12-20.

11. Рудестам К. Групповая психотерапия. – СПб.: Издательство "Питер", 2000. – 384 с.

12. Руководство по психотерапии / под ред. В. Е. Рожнова. – Т.: Медицина, 1985. – 719 с.

13. Фрейджер Р., Фейдимен Д. Личность: теории, эксперименты, упражнения. – СПб.: Прайм – Еврознак, 2001. – 864 с.

14. Эйдемиллер Э. Г. Роль и место психотерапии в контексте современной культуры // Браун Дж., Кристенсен Д. Теория и практика семейной психотерапии. – СПб.: Питер, 2001. – С. 8-16.

15. Эйдемиллер Э. Г., Александрова Н. В. Аналитическая психодрама и аналитико-системная семейная психотерапия: вопросы терапии // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – №1, 2001. – С. 46-52.

16. Эфран Д., Льюкенс Р., Льюкенс М. Конструктивизм: что он может дать вам? // Семейная психотерапия. Составители Эйдемиллер Э. Г., Александрова Н. В., Юстицкис В. – СПб.: Питер, 2000. – С. 77-98.

17. Эйдемиллер Э. Г. Базисные

определения психотерапии, психотерапевта и клиента. // УИ клинические Павловские чтения: Психотерапия. Сборник работ. Вып. 6. / Под ред. А. В. Курпатова. – СПб.: Изд. "Триада", 2003. – С. 29-32.

18. Эйдемиллер Э. Г. Пять китов, на которых стоит современный психотерапевт, - тревога, страх, толерантность, идентичность и самооценка. // VI клинические Павловские чтения: Психотерапия. Сборник работ. Вып. 6. / Под ред. А. В. Курпатова. – СПб.: Изд. "Триада", 2003. – С. 32-35.

19. Эйдемиллер Э. Г. Толерантность и идентичность современного психотерапевта // Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В., Никольская И. М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. Учебное пособие для врачей и психологов. – СПб.: Речь, 2003. – С. 320-324.

20. Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В., Никольская И. М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. Учебное пособие для врачей и психологов. – СПб.: Речь, 2003. – 336 с.

21. Deleuze G., Guattari F. A thousand plateaus. Capitalism and schizophrenia. University of Minnesota Press, 1987.

22. Foulkes S. H., Antony E. J. Group psychotherapy. London: Penguin, 1957. – 312 p.

23. Leder S., Wysokinska – Gasior. Psychoterapia grupowa // w Terapia grupowa w psychiatrii. – Warszawa, 1980. – 489 p.

24. Minuchin S. Families and Family Therapy. –Cambridge: Harvard University Press, 1974. – 258 p.

25. Nichols M. Family Therapy: Concepts and methods. – N. Y., London: gardner press, inc., 1984.

И. К. Шац

ОБОСНОВАНИЕ И ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ СЕМЬЕ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНОГО РЕБЕНКА

Центр медико-психологической помощи ребенку и семье НИИ промышленной и морской медицины (Санкт-Петербург).

Психологическая помощь при психозах у детей адресуется прежде всего и в основном семье. (Каплан Г. И., Сэдок В. Дж., 1994; Оудсхоорн Д. Н., 1993; Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В., 1990; Lewinsohn P., Clarke G., Hops H. et al., 1990 и др.) [4, 10, 12, 18]. Специалисты подчеркивают, что детский психиатр должен обладать базисными навыками в установлении сотрудничества с семьей, подключении ее к диагностическому и лечебному процессам, уметь распознавать особенности семьи и относиться с уважением к ее традициям. Следствием установления терапевтического контакта с семьей становится более полное и правильное понимание ею, способствующих выздоровлению факторов, подключение к лечебной работе, помощи ребенку и его защите (Комбрик-Грэхам L., 1999 и др.) [5]. При

всей безусловной важности этих базисных навыков врача, сведение психологической помощи только к ним не представляется нам достаточно обоснованным и эффективным по ряду причин.

Во-первых, пациент предстает здесь как «носитель» болезни и ее симптомов, деперсонифицированный объект приложения усилий врача и сотрудничающей с ним в воздействии на ребенка семьи. При этом возможности взаимодействия с ребенком и развития этого взаимодействия до взаимосодействия в совладании с болезнью не используются с достаточной полнотой.

Во-вторых, сама семья также оказывается не столько партнером, сколько объектом усилий врача. Она рассматривается не как «семейный организм», но как ресурсный источник поддержки проводимой врачом

работы.

В-третьих, как следствие, уменьшается значение собственно личностных переживаний и установок ребенка и других членов семьи. Между тем, они представляют собой мощную мотивационную силу, которая может как способствовать интенсивному творческому поиску семьи во взаимодействии с больным ребенком, так и блокировать или исказить реализацию даже, казалось бы, исчерпывающе разъясненных родителям и понятым ими способов и путей помощи.

В-четвертых, редукция психологической помощи лишь к базовым навыкам общения детского психиатра может создавать у него иллюзию оказания ее в полном объеме и не способствовать его паритетному участию в «рабочей команде», включающей в себя наряду с ним, как минимум, семью, психологов и социальных работников. Результатом этого становится работа по принципу «рядом», а не «вместе», или построение иерархических систем помощи с психиатром во главе и выполняющими его предписания другими специалистами и семьей, творческий потенциал которых при этом оказывается скованным.

Наконец, в-пятых, такая редукция ограничивает и самого детского психиатра, возможности которого в оказании психологической помощи значительно шире, чем только использование семьи как инструмента в его медицинской работе с больным ребенком.

Принимая во внимание различающиеся методологии психиатрической и психологической помощи и их специфику, было бы необоснованным ожидать от детского психиатра, что он будет в состоянии регулярно и в полном объеме использовать арсенал психологической помощи так, как это делает психолог (психотерапевт). На наш взгляд, будь даже такой универсализм возможным, введение его в комплекс профессиональных требований к психи-

атру привело бы к размыванию границ между этими взаимодополнительными видами помощи, практической подмене психолога психиатром и, в конечном итоге, к снижению эффективности работы. С другой стороны, абсолютизация их различий по существу превращала бы психиатрию в прикладную психопатологию или прикладную психофармакологию. Методологически различия медицинского и психологического подходов подробно представлены в работах В. Е. Кагана [15, 16].

Если теоретически эти подходы альтернативны, то практически они образуют полюса континуума, в котором детский психиатр ищет свое место для оптимального действия и взаимодействия по оказанию и психиатрической и психологической помощи применительно к каждому отдельному случаю.

В рамках медицинского подхода помощь фокусируется на пациенте, а семья рассматривается как проводник целесообразных с точки зрения медицины влияний, своего рода «коллективный член лечебной команды». Ей адресуются объяснения, разъяснения, инструкции, ожидания врача. Состояние семьи рассматривается, прежде всего, с точки зрения терапевтической целесообразности и возможностей семьи следовать ей. Проблемы и потребности самой семьи при этом отодвигаются на второй план. Рецидивирующее или хроническое течение заболевания с предполагаемым неблагоприятным прогнозом, между тем, оказывается травмирующим фактором для семьи, меняет ее жизнь и вызывает необходимость специальной помощи, согласующейся, но не совпадающей с помощью, оказываемой ребенку.

Реакции семьи на осознание факта наличия у ребенка психотического заболевания в целом укладываются в представления о состояниях острого горя/утраты [7]. В их структуре могут наблюдаться душевное и психосоматическое страдание, изменение моделей поведения семьи в

целом и отдельных ее членов, чувство вины, реакции гнева и агрессии. Переживание горя при этом особенно болезненно, неоднозначно и трудноразрешимо. В отличие от физической, душевная утрата имеет хронический характер, сопровождает течение болезни с ее обострениями и нередкой психической деградацией (дефектом) у ребенка. Принятию болезни ребенка мешает поддерживающая родителей надежда на то, что диагноз, может быть, ошибочен, что появится новый спасительный метод лечения или произойдет чудо. При хроническом психозе нарушается вся жизнь семьи, требуется изменение семейных ролей и отношений, возникают финансовые проблемы, разрушаются мечты и планы на будущее. В большинстве случаев возникает и осложняет ситуацию дополнительное бремя стигматизации с дистанцированием и отчуждением от родственников и друзей, а также мистификацией и сложностью интерпретации симптомов и эффектов лекарственной терапии. Наконец, родители часто испытывают чувство растерянности, вины и стыда. Они обвиняют в случившемся себя, либо возникновение психоза у ребенка становится поводом для семейного конфликта с односторонними или взаимными обвинениями в «плохой наследственности» или «неправильном отношении». Это может усиливаться мнением (к сожалению, иногда обоснованным) о том, что специалисты и/или значимые близкие обвиняют их в возникновении заболевания. Такова в самом общем виде картина наблюдавшихся нами реакций семьи на болезнь ребенка.

Суммируя вышесказанное, можно выделить три основные типичные семейные ситуации, возникающие в связи с психическим заболеванием у ребенка:

1. Реалистический подход. Сохранение и поддержание отношений с ребенком. Адекватные отношения между членами семьи, включая сиблингов. Беспокойство, тревога роди-

телей, их взаимоотношения не являются патологическими.

2. Пессимистический подход. Родные практически отвергают больного ребенка. Оставляют его надолго в клинике, редко навещают. Утрата жизненных интересов родителей или чрезмерная фиксация на здоровом ребенке. Все члены семьи находятся в состоянии хронической эмоциональной усталости и напряжения. Такое поведение может быть признаком, как маскированной депрессии, так и стремлением избежать ответственности.

3. Необоснованно оптимистический подход. Игнорирование серьезности заболевания. При последующем ухудшении в состоянии ребенка семья может стремиться сменить лечащего врача или клинику. Столкнувшись с тяжелым состоянием в периоды выраженного заболевания, родители впадают в тяжелую психологическую декомпенсацию (суицидные попытки, длительные депрессии). Их поведение не помогает, а усугубляет состояние больного ребенка и других членов семьи.

Описанные типы ситуаций не являются постоянными и на разных этапах болезни могут сменять друг друга или проявляться в различных комбинациях. Таким образом, не только больной ребенок, но и все члены его семьи требуют психологической поддержки и психотерапевтической помощи на всем протяжении его болезни.

При работе с семьей использовались методы и приемы из коммуникативно-интеракционистской семейной психотерапии [2, 3, 11], системной терапии расширенной семьи [14], структурной семейной психотерапии С. Минухина [19], но основным методом работы было семейное психологическое консультирование. Ни одна из теоретических ориентаций или школ психологического консультирования и психотерапии не отражает все возможные ситуации, с которыми приходится сталкиваться детскому психиатру. В нашей работе

использовалась как основа модель структуры консультирования называемой мультимодальной или эклектической психотерапией [6, 9, 17]. Эта модель отражает универсальные черты психологического консультирования или психотерапии любой ориентации.

Первая встреча посвящалась установлению контакта и исследованию проблем. Первая встреча с семьей очень важна и по сути дела является решающей для дальнейшего сотрудничества. Первым шагом семейного консультирования является взаимный обмен опытом и информацией, установление контакта с семьей как коллективным клиентом и попытка достичь обоюдного доверия. Когда члены семьи все еще крайне напряжены из-за манифестации у ребенка психоза, послужившего причиной госпитализации, они нередко нуждаются, прежде всего, в эмпатическом выслушивании. Консультирование начиналось с процесса выслушивания, которое помогало понять пациента и семью в контексте создавшейся ситуации и проявить максимальную искренность, эмпатию, заботу, не прибегая к оценкам и манипулированию. Следует поощрять семью к углубленному рассмотрению возникших в ней проблем и фиксировать чувства, содержание высказываний, невербальное поведение всех участников консультирования. Затем собирались необходимые анамнестические сведения, а семья, в свою очередь, узнавала мнение врача о характере и значении заболевания, а также о возможных вариантах лечения. Иногда эту стадию семейной консультации не без оснований называют поддерживающим консультированием [13]. Затем при дальнейших встречах (1-3 сессии) проводилось двустороннее определение проблем. Основными проблемами, озвученными в запросах, были:

1. Чаще всего выражаемая потребность семей – непосредственная обстоятельная информация о недуге и мнении врача о нем и перспекти-

вах. Это означало больше, чем просто сообщить о диагнозе заболевания. Большинство семей уже подозревали о диагнозе или слышали его название. Им было необходимо и хотелось получить возможность обсудить с врачом последствия заболевания, его предполагаемые причины, узнать, что, по мнению врача, произойдет в ближайшем и отдаленном будущем с симптомами и качеством жизни, а также о вариантах лечения, включая возможные побочные эффекты лекарственных препаратов.

2. Семьи хотели услышать конкретные предложения в отношении того, как они могли бы справляться с трудным поведением, которое, разумеется, у разных детей в значительной степени варьирует.

3. Семьи хотели знать, что будет после выписки ребенка из стационара. Они испытывали страх и неуверенность, так как не понимали, как выстроить свое поведение и отношения после выписки ребенка из клиники, опасаясь, что длительное пребывание в больнице, а главное измененные болезнью поведение и характер ребенка будут существенно влиять на межличностные отношения в семье.

4. Семьи иногда хотели знать о других семьях, переживающих психическое заболевание ребенка. Это может быть хорошей базой для создания родительских групп.

5. Реже всего члены семей имели прямой запрос на облегчение горя, других сильных переживаний, обусловленных рухнувшими планами и мечтами.

Перечисленные проблемы, с которыми проводилась работа, касались всей семьи или отдельных ее членов: переживание горя, рухнувшие планы и мечты, страх перед неясным исходом болезни и ее последствиями, чувство беспомощности, депрессивные состояния, реакции гнева и агрессии, проблемы здоровых детей в семье, проблема отцов.

Хотя об этих потребностях довольно часто можно узнать во время

проведения первых контактов с семьей, они не исчерпывают всех запросов и проблем. Опыт переживания болезни ребенка у каждой семьи уникален. Можно отметить, что он в значительной степени зависит от стажа болезни пациента [20]. Очевидно, что опыт семьи, впервые столкнувшейся с развернутым приступом психоза и пытающейся справиться с ним, отличается от опыта семьи, приобретенного после нескольких рецидивов или через несколько лет борьбы с повторными психотическими состояниями, периодами частичной ремиссии и неустойчивой надежды.

В процессе работы выявились определенные типы семейного отношения к консультативному и терапевтическому процессу:

1. «Организованные семьи» – инициативные, четко выполняющие все рекомендации и условия терапевтического контракта.

2. «Сопровождающие семьи», готовые к сотрудничеству, но стремящиеся переложить на врача все бремя лечения и убежденные в том, что их задачи ограничиваются созданием условий для лечебного процесса.

3. «Ускользающие семьи», ходящие по кругу от одного к другому специалисту; они непродуктивны, и хождение по специалистам заменяет им истинное участие в терапевтическом процессе.

4. «Эгоистические семьи» – охотно участвующие в помощи ребенку, но стремящиеся использовать ситуацию для решения сугубо своих проблем.

5. «Формальные семьи» с адекватными запросами, но формально-упрощенным эмоциональным участием и необычной внутренней, мотивационной логикой.

В некоторых случаях приходится иметь дело с больными родителями или своеобразной матерью («мать шизофреника», по From-Reichmat, 1948; Parker G., 1982 – цит. по А. Е. Личко, 1989) [8]. Такая мать обычно лидирует в семье и наделена чертами характера,

сходными с паранойяльной акцентуацией. Она не критична к состоянию и поведению ребенка, предъявляет врачам невыполнимые требования, подозрительна, вязка, при госпитализации не способна перенести разлуку с ребенком, с которым у нее устанавливается «симбиотическая связь» – патологическая взаимозависимость, с ее стороны сочетающаяся сверхопекой со скрытыми элементами эмоционального отвержения – по типу «двойного зажима» [1].

При рецидиве психоза с развернутой клинической картиной во время семейной консультации полезно сообща проанализировать все предшествующие приступу события и составить план мероприятий, с помощью которых можно в будущем предвосхищать эти события и справляться с ними. Этот процесс разбора может стать частью семейного вмешательства, ориентированного на кризис. Семьи считают этот подход особенно приемлемым, если он организован неформально и называется не семейной психотерапией, а скорее исследованием того, как они могут с пользой для дела участвовать в процессе научения методам преодоления симптомов, которые могут рецидивировать.

При организации лечения в амбулаторных условиях принципиально важны ситуации, когда оно начинается, прекращается либо видоизменяется. Выше обсужден порядок привлечения семьи к процессу диагностической оценки. При его соблюдении можно получить информацию, вполне достаточную для организации адекватного лечения.

Существуют два возможных решения относительно терапии, когда речь идет о вовлечении семьи в этот процесс: начало лечения и госпитализация. Если удастся вовлечь семью в оценку лечебного эффекта, то она становится более согласованной и полной. С семьей должно быть согласовано и решение о госпитализации ребенка. Родители нуждаются в том, чтобы в процессе проведения терапии им была ясна их роль, мера

ответственности за больного ребенка. Необходима и работа с сиблингами, учитывающая степень их зрелости и отношения с больным ребенком. Если на этом этапе должным образом не подключить семью, врач взвалит на себя необоснованно большой груз ответственности, семейные же отношения будут постоянно нарушены.

Текущее сотрудничество протекало, как правило, в форме совместных визитов – ребенка и родителей. Их следует рассматривать, как возможность дать ответ на возникающие вопросы, поделиться соображениями относительно будущего, обсудить ход лечения (лечебные схемы, в частности), дать предложения по преодолению имеющихся проблем. В том случае, если ребенка на лечение доставляет один и тот же родитель, следует время от времени предпринимать попытки встретиться и обменяться информацией и с другим.

Работа с семьей проводилась в разных форматах, выбор которых зависел от конкретной ситуации в семье при конкретном заболевании и состоянии ребенка. Мы стремились, когда это было возможно, привлекать к лечению семью в целом. Если это не удавалось, некоторые ее члены вовлеклись в процесс консультирования на отдельных его этапах, когда это было безусловно необходимо. Биологическая терапия рассматривалась как часть комплексной терапии. Основные усилия детского психиатра в ходе консультирования и психотерапии при хронических психозах у детей и подростков направлены на адаптацию родителей к больному ребенку и на уменьшение патогенных и увеличение поддерживающих влияний с их стороны. В этой работе много возможностей открывает мультимодальная работа с семьей, учитывающая особенности семьи и методы, описанные в разных системах семейной психотерапии.

Описанные выше и другие подходы к семейной терапии использовались для оптимизации изменяемых

болезнью ребенка отношений в семье и помощи родителям в принятии ими ответственности за благополучие ребенка и семьи. Когда это происходит, даже выраженные расстройства могут успешнее контролироваться семьей благодаря возникающему паритетному партнерству с психиатром и, что очень важно, с ребенком, ребенка как обладающего правом принятия ответственности за себя даже при существовании у него сложных проблем.

Взять на себя проведение глубокой и развернутой семейной психотерапии детский психиатр не может в силу дефицита времени, отсутствия специальной подготовки, несводимости проблем семьи только к болезни ребенка и т. д. Как правило, приходится работать с одним-двумя членами семьи (обычно теми, кто обеспечивает воспитание ребенка и уход за ним, принимает принципиальные решения), иногда привлекая и других. Акцент при этом неизбежно переносится на консультирование с ситуативным использованием отдельных психотерапевтических техник индивидуальной и семейной психотерапии. Психиатр при этом может столкнуться с тем, что изменения позиции и состояния одного члена семьи влечет за собой как благоприятные, так и неблагоприятные изменения позиции и состояния других. Для минимизации нежелательных негативных эффектов он должен избегать пристрастности, оценочности, попыток манипулировать другими членами семьи даже в терапевтических целях, расширять свое вмешательство за пределы обусловленной болезнью ребенка ситуации. В случаях необходимости развернутой семейной психотерапии ее лучше проводить психологу (психотерапевту) или, если его нет, выделять отдельные приемы, специально посвященные семейной работе.

Если членам семьи ясны проблемы ребенка, цели и ход лечения, если они обсуждают эти проблемы в паритетном общении с врачом, а не

просто следуют его предписаниям, они могут в значительной мере способствовать повышению эффективности лечения.

Таким образом, в процессе постановки диагноза, осознания ситуации семья часто является дестабилизирующим, деструктивным фактором в отношении лечения ребенка. В то же время семья должна рассматриваться как терапевтический, стабилизирующий фактор, помогающий ребенку справиться с болезненными переживаниями, корригирующий его поведение помогающий реадaptации.

В связи с этим лечащий врач психиатр должен работать одновременно в двух равнозначных направлениях:

- во-первых, использовать все возможности семьи в лечении ребенка;
- во-вторых, оказать семье психологическую помощь, т. к. рецидивирующее или хроническое течение заболевания с предполагаемым неблагоприятным прогнозом оказывается травмирующим фактором для семьи, меняет ее жизнь и потому вызывает необходимость специальной помощи, согласующейся, но не совпадающей с помощью, оказываемой ребенку.

Для вовлечения семьи в процесс помощи ребенку обязательным условием является установление доверительных и паритетных отношений, информирование семьи о сути заболевания, его течении, прогнозе, значении и особенностях медикаментозного лечения. Необходима координация усилий семьи, направленных на помощь ребенку на всех этапах лечения и реабилитации.

Психологическая помощь может осуществляться непосредственно лечащим врачом-психиатром или, предпочтительно, «командой» специалистов, состоящей из психиатра, клинического психолога, социального работника.

Осуществление психологической помощи ребенку и его семье

является самостоятельным и очень важным разделом лечения детей и подростков с психотическими состояниями. Без включения психологической помощи в комплекс лечебных мероприятий невозможно достижение основной цели лечения – сохранения и улучшения качества жизни хронически психически больного и его семьи, существенно влияющих на прогноз заболевания и социальную адаптацию больных детей.

Очевидно, что в программы обучения детских психиатров и психологов должен быть включен специальный курс психологического консультирования и семейной психотерапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бейтсон Г., Джексон Д., Хейли Дж., Уикленд Дж. К теории шизофрении // Московский психотерапевтический журн. – 1993. – №1. – С. 5-24.
2. Бэндлер Р., Гриндер Дж., Сатир В. Семейная терапия. – Воронеж: НПО МОДЭК, 1993. – 128 с.
3. Витакер К. Полночные размышления семейного терапевта. – М., 1998. – 208 с.
4. Каплан Г. И., Сэдак Б. Дж. Клиническая психиатрия. В двух томах. – Том II. – М.: Медицина, 1994. – 528 с.
5. Комбринк-Грэхам Л. Работа с семьей // Руководство по клинической детской и подростковой психиатрии. – М.: Медицина, 1999. – С. 155-173.
6. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования. – М.: Академический проект, 1999. – 240 с.
7. Линдемэнн Э. Клиника острого горя // Психология эмоций: тексты / Под ред. В. К. Вилюнаса, Ю. Б. Гиппенрейтер. – М.: МГУ, 1984. – С. 212-220.
8. Личко А. Е. Подростковая психиатрия: Руководство для врачей. – Л., 1985. – 416 с.
9. Нельсон-Джоунс Р. Теория и практика консультирования. – СПб.: Питер, 2002. – 464 с.

10. Оудсхоорн Д. Н. Детская и подростковая психиатрия / Под ред. проф. И. Я. Гуровича. – М., 1993. – 319 с.
11. Хейли Дж. Что такое психотерапия? – СПб.: Питер, 2002. – 224 с.
12. Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В. Семейная психотерапия. – М.: Медицина, 1990. – 189 с.
13. Bernheim K. Supportive family counseling // *Schizophr. Bull.* – 1982. – N8. – P. 634-641.
14. Bowen M. Family Therapy in Clinical Practice. – NY, 1978. – 584 p.
15. Kagan V. Transmethodological Psychotherapy // *Humanistic Psychology Towards XXI Century.* – Vilnius, 1997. – P. 44-48.
16. Kagan V. Psychology and Psychotherapy // *J. of Russian and East European Psychology.* – 1998. – Vol. 36. – N1. – P. 5-17.
17. Lazarus A. Multimodal therapy: Technical eclecticism with minimal integration // *Handbook of Psychotherapy Integration.* – New York: Basic Books, 1992. – P. 231-263.
18. Lewinsohn P., Clarke G., Hops H., Andrews J. Cognitive-behavioural treatment for depressed adolescents // *Behaviour Therapy.* – 1990. – Vol. 21. – P. 385-401.
19. Minuchin S. Family and Family Therapy. – NY, 1974. – 125 p.
20. Wynne L. A phase-oriented approach to treatment with schizophrenics and their families // *Family therapy in schizophrenia.* – 1983. – P. 251-265.

Н. Л. Васильева

**ПРОЦЕСС ИНДИВИДУАЦИИ
КАК МЕХАНИЗМ ПСИХИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ**
Санкт-Петербургский государственный университет.

Жизнь в изменчивом и нестабильном внешнем мире часто порождает у людей ощущение, что именно неблагоприятная среда ответственна за состояние несчастья индивидуума. В настоящее время в России типичным является мнение, что подавленное и угнетенное состояние духа многих людей определяется существующей внешней ситуацией. Без сомнения, ситуации внешнего кризиса вносят существенный внешний вклад в переживание душевной боли. С другой стороны, нельзя отрицать тот факт, что некоторые индивидуумы пытаются справиться с возникающими болезненными состояниями воспроизведением прошлых решений и это не приводит их ни к какому позитивному результату, тогда как другим людям удается приспособиться к новой ситуации. Разнообразие индивидуальных реакций на болезненные ситуации может быть понято с позиций психоаналитической теории, согласно которой внешние обстоятельства становятся особенно патогенными, если наслаиваются на существующий внутренний конфликт. Таким образом, следует говорить не только о задаче стабилизации мира внешнего, но и о важности повышения способности личности к психической адаптации, которая во многом ответственна за психическое и эмоциональное благополучие.

О психической адаптации говорят много, однако, несмотря на большое количество написанных трудов, остается неясным, в чем заключается ее сущность. Данная статья представляет собой попытку очертить понятие психической адаптации через рассмотрение концепции репрезентативного мира и вытекающего из этой концепции понятия индивидуации.

Адаптация является одним из центральных вопросов исследования в психологии. Неаналитическая психология рассматривает в основном адаптацию к внешнему миру, к социуму. Рассмотрением другой стороны — адаптацией к внутреннему миру — занимается психоаналитическая психология. Имеется в виду адаптация к внутренним драйвам (импульсам) и желаниям, а также к тем

внутренним стандартам, которые возникли в ходе развития и которые мы называем «суперэго».

Здесь важно отметить, что «внешние» стимулы на самом деле не такие уж и внешние, поскольку они вызывают эффект через возбуждение импульсов внутри системы. Все внешние стимулы действуют через возбуждение тем или иным способом **внутренних сигналов**, которые есть внутренние репрезентации внешнего мира. Физические события могут вызывать различные типы субъективного опыта, поскольку их восприятие каждым конкретным индивидуумом опосредуется характерными именно для этого человека процессами нервной системы. Однако все, что психический аппарат может «знать», — это содержания субъективного опыта. Стимулы как из внешнего мира, так и от внутренних драйвов, вызывают внутренние изменения, вызывающие сенсомоторные репрезентации. Это приложимо даже к «реальному миру», который никогда не познаваем сам по себе — познаваемы только переживаемые репрезентации. Надо отметить, что данное положение мы встречаем и в отечественной психологии. Известна теория Л. С. Выготского об индивидуальной *сигнификации* жизненного опыта, в том числе опыта взаимодействий с другими людьми [1]. А. Н. Леонтьев писал о том, что индивид реагирует не на какую-либо объективно данную ситуацию, а предварительно преломляет ее через внутренние, субъективные условия, насыщая ситуации *личностным смыслом* [2]. Иначе говоря, индивидуальное восприятие превращает объективные воздействия окружающей среды в субъективные значения.

Таким образом, единственная информация, на основании которой психический аппарат принимает решения, имеет характер **субъективного опыта, переживания**. Из этого вытекает, что контроль над реальностью, по сути, есть контроль над субъективными переживаниями, которые мы считаем репрезентацией этой реальности, а **функцией психического аппарата является совладание с изменениями в области субъек-**

ективного опыта, управление психическими содержаниями, возникают ли они из перцепции, памяти, воображения или из любого другого источника [3].

Именно так звучит регуляторный принцип, который предложил английский психоаналитик Джозеф Сандлер (Sandler J.) в 1976 году. Этот принцип позволял объяснить некоторые формы патологического поведения и был назван «**принципом безопасности**».

В общем, можно сказать, что у индивида существует фоновый тон безопасности и всегда, когда возникает любое понижение этого фона безопасности, Эго предпринимает попытки восстановить его. В процессе жизнедеятельности постоянно возникает опыт, который нарушает базисное эмоциональное состояние, **и цель, функция и задача адаптации – это достижение базисной стабильности центрального эмоционального состояния**. Разумеется, индивид позволит продвижение своих импульсов, если они ведут к удовольствию, но только если он в то же самое время они не понижают уровень безопасности. Если же по мере продвижения возникает сигнал опасности, тогда психический аппарат активируется к использованию соответствующей психологической структуры, с тем чтобы изменить содержание области опыта в более безопасную форму, даже если это означает отказ от непосредственного инстинктивного удовлетворения. У разных индивидов различна степень, с которой импульсы драйвов или внешние факторы влияют на их чувство безопасности.

Состояние благополучия представляет собой базисную эмоцию и обычно сопровождается гармоничное и интегрированное функционирование всех биологических и психических структур. Идеальное состояние благополучия тесно связано с чувством безопасности и надежности. Оно является противоположным полюсом чувства боли, тревоги и дискомфорта. По мере развития ребенка эмоциональное состояние благополучия становится воплощенным в «**идеальных формах себя**». «Идеальное Я» - это желаемая

форма «Я», Я-каким-хочу-быть; это форма себя, которая в данное время, в данных обстоятельствах и в данный момент представляет собой форму, дающую максимальное ощущение благополучия. Всякое расхождение между действительной формой себя в любой данный момент и соответствующей идеальной формой себя (сознательной или бессознательной) переживается как душевная боль [3].

В процессе нормального развития у ребенка постоянно возникают расхождения между реальным и идеальным состояниями «Я». Его растущая способность признавать реальность включает в себя ослабление прежде переживаемого состояния довольства собой. В ранние годы эти состояния довольства собой ощущались ребенком как волшебство и всемогущество. Сдвиг в сторону адаптации и привлекательность новых возможностей и опытов приводит к тому, что ребенок «отказывается» от прежних идеальных состояний с минимумом боли. Вместо этого он направляет свою энергию на достижение новых идеалов, создаваемых процессом развития.

Эти рассуждения тесно связаны с идеями М. Малер (Mahler M. S.) [4]. Она описывает фазы нормального развития в терминах аутизма, симбиоза и отделения-индивидуации. Именно на фазе отделения-индивидуации младенец превращается в тоддлера, выделяя свою индивидуальную целостность из изначального симбиотического союза мать-дитя. Именно на этой фазе он отделяет психическую репрезентацию своего «Я» от «Я» матери. Но М. Малер видит главную опасность фазы в терминах угрозы потери объекта. Дж. Сандлер же подчеркивает болезненную необходимость для ребенка отказаться от идеальных состояний «Я», переживаемых во время «симбиотической» фазы.

Итак, индивидуация заключается, прежде всего, в отказе от желания вернуться в прошлое и от неподходящих идеальных состояний. Но это не единственный аспект индивидуации. Процесс индивидуации обязательно включает в себя и приобретение новых, специфичных для фазы, направленных на реаль-

ность, идеалов.

В отличие от тех, кто рассматривает данные процессы как принадлежность определенной фазы развития, Дж. Сандлер считает, что индивидуация — это линия развития, длящаяся всю жизнь. Он не считает индивидуацию синонимом развития, скорее важным адаптационным аспектом развития. Безусловно, успешная ранняя индивидуация закладывает основание для более успешной индивидуации позднее в жизни, а неудачи делают дальнейшую индивидуацию трудной. Но растущий человек постоянно сталкивается с ситуациями (кризисы и переходы на новые фазы развития), которые требуют продолжения процесса индивидуации. Эти ситуации приводят к психической боли, и индивидуация представляется наиболее адаптивным ответом на эту боль. Анна Фрейд [5] описала задачи развития, возникающие по ходу жизни ребенка. Например, отделение от матери, рождение брата или сестры, болезнь и хирургическое вмешательство, госпитализация, помещение в детский сад, начало школы, переход из треугольной эдипальной ситуации в сообщество сверстников; шаг от игры к работе; возникновение новых генитальных устремлений в подростковом возрасте; шаг от инфантильных объектов любви внутри семьи к новым объектам любви вне семьи. Все эти ситуации требуют от индивида решения задачи индивидуации, которая тянется и во взрослую жизнь.

Во взрослой жизни к ситуациям индивидуации относятся такие ситуации, как поступление в высшее учебное заведение, устройство на работу, брак, родительство, кризис среднего возраста, менопауза, утраты близких, адаптация к пенсии и старости и т. д. В каждой из этих ситуаций возникает необходимость не только изменить ранее существовавшие способы удовлетворения драйвов, но также **изменить удовлетворявшие прежде безопасные состояния себя**. Это все необходимо для целей адаптации.

Когда индивидуация протекает гладко, то позитивные приобретения в

благополучии перевешивают душевную боль, которая может сопровождать утрату предыдущего источника удовлетворения и состояний «Я». Новые идеалы с помощью своей способности уменьшать конфликт снижают вероятность паралича личности, возникающего от невыносимого чувства амбивалентности. Наоборот, новые идеалы способствуют прогрессивному личностному развитию. Очевидно, что эти новые идеалы несут в себе качества уменьшения конфликта. Их можно считать Эго-синтонными компромиссными образованиями, вмещающими в себя как внешнюю, так и внутреннюю реальность.

Теоретически, оптимальная индивидуация может проходить безболезненно. В реальности же мы никогда не наблюдаем этого процесса без некоторого количества душевной боли. Прежние формы идеального «Я» не всегда отбрасываются с легкостью и часто оказывают влияние на содержание новых идеалов.

Если ребенок не способен производить необходимые изменения формы идеального «Я», он может обратиться к идеальным состояниям, которые были удовлетворительны в его прошлом и которых он может достичь в реальности или в фантазии. Это важный аспект регрессивных процессов, которые можно наблюдать в ходе как нормального, так и патологического развития и которые служат целям адаптации. При нормальном развитии имеет место некоторая временная регрессия к ранее существовавшим идеальным или идеализированным состояниям; регрессия, которая характерна для всего нормального развития [6]. В случае патологического развития или затянувшегося конфликта мы будем иметь дело с вариантами интеллектуального или социально-эмоционального отставания в развитии.

Другим вариантом адаптации к изменениям может быть обида или ярость. В то время, как с точки зрения эго, наиболее адаптивный ответ на боль — это индивидуация, с точки зрения драйвов нормальный ответ на боль — это агрессия,

направленная на то, что ребенок считает источником боли. И если ребенок не продолжает процесса индивидуации, то он может остаться несчастным, неустроенным и безутешным ребенком с хроническим чувством отвержения самого себя или тех людей, которые, по его ощущениям, ответственны за недостаток удовлетворения в нем.

Аналогичные процессы совершаются во всех возрастах, когда личность сталкивается с ситуацией жизненного кризиса. Много разных факторов влияют на и определяют исход борьбы индивида с болью и депрессией. Никогда нельзя рассматривать только одну определенную причину, либо неудачу на какой-то одной фазе развития как единственный фактор, определяющий исход этого сражения.

Стабильное, поддерживающее социальное окружение, несомненно, вносит свой вклад в усиление способности выносить утрату прежнего источника благополучия (удовлетворения) и позитивного самоощущения. В условиях социального кризиса отсутствие стабилизирующей среды ухудшает способность отдельных индивидуумов, составляющих социум, справляться с жизненными кризисами. Более того, общество само нуждается в поддержке граждан, которую те не в состоянии ему оказать. Таким образом, круг замкнулся. Одним из возможных выходов из тупиковой ситуации является психотерапевтическое усиление личности, в результате чего увеличится способность личности к индивидуации и, следовательно, к обретению новых идеалов, содействующих прогрессивному личностному росту.

Итак, поступательное движение по пути адекватной адаптации к реальности заключается в постоянном продолжении процесса индивидуации. **Индивидуация – процесс, который включает в себя внутреннюю душевную работу, аналогичную процессу скорби. Это включает в себя адаптивный отказ от достижения утраченных идеальных состояний и замене их новыми идеалами, которые были бы синтонны как реальности, так и Эго.**

Именно в этом заключается основной компонент развития ребенка в сторону психологической зрелости, а также суть личностного роста взрослого человека.

Это теоретическое положение может быть проиллюстрировано рассмотрением, по крайней мере, двух уровней – адаптации конкретной личности и адаптации семьи, в целом.

Рассмотрим клинический случай девочки 13 лет, проходившей психоаналитическую психотерапию в течение 2 лет.

Мать привела Аню на консультацию по ее просьбе. Основной жалобой было отсутствие друзей, трудности в общении со сверстниками. В школе Аня была мишенью для насмешек, ее дразнили чаще других. Ее постоянной одеждой были джинсы и кроссовки, а ее стрижка была короткой и бесформенной. Она сказала, что на улице к ней зачастую обращались, как к мальчику. У Ани также были значительные проблемы с установлением менструального цикла.

Аня была принята на психоаналитическую психотерапию с частотой два раза в неделю. В течение двух лет предметом работы была внутренняя и внешняя реальность девочки. В начале работы занятия были, в основном, игровыми. Постепенно Аня стала с большим желанием разговаривать о себе и своих трудностях. В течение первого года работы преобладающей темой были различные аспекты ее сексуальности, трудности принятия формирующегося женского тела. Это свидетельствовало о том, что девочка находилась на пути решения основной задачи подросткового возраста – завершения процесса формирования полоролевой идентичности. Но эта нормальная задача развития была окрашена необычайной силы психологической защитой. Довольно быстро стало очевидно, что Аня большую часть времени проводила в мечтах. Она прибегала к «уходу в фантазии» как к основному способу справиться с невыносимой для нее реальностью. Вначале ее фантазии были окрашены страхом: довольно часто она «видела» космические корабли

из других цивилизаций, и очень боялась забеременеть от инопланетянина. Кроме того, она постоянно ощущала присутствие мужчины, который везде ее преследовал. Впоследствии угрожающая окраска ее фантазий ушла, и на место тревожных фантазий пришли рассказы о популярных артистах и певцах, многие из которых были ее «братьями» или «приятелями». В этот период она рассказывала о том, что все мальчики в классе были влюблены в нее. А известные актеры писали ее письма, приглашая ее приехать в Голливуд. Эти фантазии были чрезвычайно устойчивыми. Аня рассказывала свои истории убежденно, красочно, с множеством подробностей и диалогов. Никакие сомнения в реальности происходящего не признавались, Аня просто «не слышала» моих вопросов и комментариев, если они ставили реальность ее рассказа под сомнение. И я очень скоро перестала пытаться понять, что же в этих рассказах было реальным, а что нет. Я слушала эти рассказы, разделяя с Аней радость или огорчение по поводу развития ее отношений с многочисленными «друзьями», ведь для Ани все это было реальностью, пусть даже всего лишь ее субъективной реальностью.

Итак, с одной стороны, девочка проходила процесс индивидуации в ходе своего личностного развития, выполняя задачи онтогенетического развития. С другой стороны, ход этого нормального процесса был заблокирован внутренним конфликтом. Аня бессознательно сохраняла в фантазии регрессивные идеальные состояния себя, не будучи в силах отказаться от них и заменить на новые идеалы. Именно этот затянувшийся конфликт между реальностью объективной и реальностью субъективной, между реальным состоянием Ани и ее устаревшими идеальными состояниями самой себя, являлся причиной социально-эмоциональной дизадаптации девочки.

Понадобилось полтора года наших совместных усилий, чтобы Аня смогла допустить в сознание существование расхождения между идеальным и реальным состоянием ее «Я». С большой

душевной болью она, в конце концов, смогла признаться себе и мне, что она совсем одинока, и в школе, и дома, и вообще в целом мире чужих людей. Она бы очень хотела иметь друзей, но пока еще у нее их нет. Однако теперь эта душевная боль стала выносимой. Аня стала способна разделить свою боль с другим (с психотерапевтом), и справляться с нею, не прибегая к патологическим способам защиты.

На втором году психотерапевтической работы Аня принесла на сессию толстую тетрадь, исписанную от корки до корки, и попросила меня прочесть ее. Это был написанный ею роман. В романе можно было узнать практически все ее прошлые фантазии, но только теперь они были представлены как художественное произведение. После того, как мы постепенно прочитали весь роман, Аня отдала мне тетрадь совсем, попрощавшись таким символическим способом со своими прежними идеальными состояниями. Она стала много говорить о своем одиночестве в школе. Она также строила планы после окончания школы пойти учиться на факультет журналистики.

В работе с Аней присутствовали и многие другие аспекты. В связи с темой данной статьи важно подчеркнуть лишь то, что в результате психоаналитической психотерапии Аня стала полностью осознавать реальность объективную, ее отличия от своей субъективной реальности, и стала способна принимать ее, какой бы трудной она ни была. Аня превратилась в очень женственную девушку, и, по словам мамы, ее отношения с одноклассниками улучшились.

Из области системной семейной терапии мы знаем, что семья также может рассматриваться в аспекте развития как имеющая свой жизненный цикл. Применяя концепцию индивидуации Дж. Сандлера к жизни семьи, можно сказать, что в процессе своего развития семья постоянно оказывается в ситуациях, которые требуют все новых и новых витков процесса индивидуации. В работе с детьми нам постоянно приходится сталкиваться с ситуациями, когда

психопатология родителей повторяется в проблемах их детей, часто в гораздо более выраженной форме. Этот межпоколенный паттерн хорошо знаком всем профессионалам, которые работают с семьями. Рассматривая семью как систему, мы можем утверждать, что семья, воспроизводящая проблемные паттерны, не решает задачу индивидуации.

Кате 6 лет, она аллергик, и у нее проблемы с поведением. Дома она ведет себя очень агрессивно и зло, а в социальных ситуациях она чрезвычайно зависима и несамостоятельна. Катя начала индивидуальную психоаналитическую терапию 1,5 года назад с частотой 2 раза в неделю. Все это время мы в основном общались посредством игры, используя рисование и сюжетные игры. В работе с ней основной целью было усиление ее хрупкого эго. Проблема отделения от матери остро выявилась у девочки практически с самого начала работы с ней. Много времени понадобилось, чтобы девочка смогла доверять своему терапевту, и оставаться в кабинете одна без матери. И ее любовь, и ее ненависть были чрезвычайно сильными, трудно выносимыми для объекта ее чувств. Уже очень скоро она стала хорошо известна всему персоналу клиники, поскольку избежать знакомства с ней было просто невозможно. Она вела себя очень громко, очень требовательно и прилипчиво по отношению к окружающим людям. Динамика ее терапии – это предмет особого обсуждения и рассмотрения. Для нашей нынешней темы важно другое. Постоянные встречи с матерью девочки выявили ее собственную психопатологию, сходную с психопатологией ее дочери. У самой матери оказались острые сепарационные проблемы. Ее отец умер 24 года назад, мать – 4 года назад, но до сих пор она не могла говорить об этих событиях без рыданий. В течение всех этих лет одежда умерших родителей хранится в платяном шкафу, несмотря на очень ограниченные жилищные условия семьи. Таким образом, стал явным психопатологический паттерн взаимоотношений в семье:

проблема эмоционального отделения является организующей как в материнской, так и в детской психопатологии. Обе они представляют собой взаимосвязанную систему, функционирование которой можно было наблюдать в процессе терапии.

Через год психотерапевтической работы сотрудники клиники обратили внимание, что поведение девочки значительно изменилось. Они заметили, что с ней стало легче общаться; она уже не визжала, как прежде, она могла ждать, могла выносить, когда другие были заняты и не могли немедленно ею заняться. Эти наблюдения сотрудников клиники отражали динамику терапевтического процесса, и я была горда способностью девочки к изменениям. Но в то же самое время я испытывала беспокойство в связи с постепенным ухудшением состояния матери. Она стала достаточно агрессивной по отношению ко мне и персоналу клиники, постоянно приводила девочку в неурочное время, путая время сессий; без консультации с психиатром начала принимать какие-то сильнодействующие лекарственные препараты, от которых она постоянно была в полусонном состоянии. Адекватность ее поведения вызвала все больше и больше сомнений.

Как-то, когда мать привела Катю на час позже назначенного времени (всегда одного и того же), и я уже не могла уделить девочке время, Катя в отчаянии стала кричать на мать: «Ну, если уж ты не можешь запомнить время, так записывай его!» Позже диспетчер рассказала, что Катя попросила у нее лист бумаги и сама начала записывать время сессий. Я испытывала беспокойство за эту маленькую девочку, тревожась, как много еще может выдержать ее хрупкое эго. Я старалась убедить мать проконсультроваться у психиатра, она обещала, но так и не выполнила этого. Примерно после месяца такого состояния, как-то мать и Катя пришли неожиданно вовремя. Мать выглядела значительно лучше, более живой и активной. Но что за перемена произошла в девочке! Она куса-

лась и визжала опять, она не могла ни секунды остаться без матери. Эта сессия полностью повторяла сессию, которая могла бы быть полтора года назад. Опять все сначала! Действительно, Кате пришлось начать весь путь своего личностного развития с начала. Возможно, что на этот раз он будет более коротким. Потребуется большая работа с матерью, чтобы она смогла позволить дочери свое собственное движение, Пока что принципом функционирования этой диадной системы является принцип «соединяющихся сосудов».

Можно видеть, что данная семья не решает задачи индивидуации, а сохраняет отжившие идеалы симбиотических отношений как единственно возможные. Симбиоз стал межпоколенным паттерном отношений. На одной из последних сессий мать сумела сформулировать, что, похоже, Катя вслед за нею самой, повторяет семейную линию жизненной «верности» матери. Требуется большая работа с этой семейной системой, чтобы ее члены сумели отказаться от прежних безопасных состояний самих себя, в пользу большей адаптации к изменившейся реальности.

Мы надеемся, в данной статье нам удалось показать, как концепция индивидуации Джозефа Сандлера помогает понять внутренние процессы на разных уровнях: как индивидуальном, так и семейном. Приведенные примеры клинической работы демонстрируют, что психоаналитическая психотерапия увеличивает потенциал индивидуации и способствует обретению новых жизненных целей и идеалов.

В свою очередь, новые жизненные цели уменьшают личностный застой и ведут к прогрессивному развитию. В заключение повторим, что процесс индивидуации заключается не столько в обретении человеком «счастья», сколько в обретении им способности оставлять отжившие идеалы и обретать новые, чтобы иметь возможность изменяться в изменяющемся мире.

ЛИТЕРАТУРА

1. Выготский Л. С. (1931) История развития высших психических функций. – Собр. Соч. в 6 томах, Т. 3. - М.: Педагогика, 1983. – 368 с.
2. Леонтьев А. Н. Деятельность. Сознание. Личность. - М., 1975.
3. Sandler J. From Safety to Superego. (Selected papers). – London: Karnac Books. - 1987.
4. Mahler M. S., Pine F., Bergman A. The Psychological Birth of the Human Infant. - New York: Basic Books, 1975.
5. Freud A. The concept of developmental lines. Psychoanalytic Study of the Child, 18. - pp. 245-265, 1963b.
6. Freud A. Regression as a principle in mental development. Bulletin of Menninger Clinic, 27. - pp. 126-139, 1963a.

ПРОФИЛАКТИКА СОЦИАЛЬНОГО СИРОТСТВА

И. А. Алексеева, И. Г. Новосельский

**ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ,
ПОСТРАДАВШИМ ОТ ФИЗИЧЕСКОГО НАСИЛИЯ В СЕМЬЕ**
**Санкт-Петербургский Фонд кризисной психологической помощи
детям и подросткам «Новые Шаги».**

Статья посвящена проблемам физического насилия по отношению к детям, и его психологическим последствиям. С точки зрения авторов физические наказания являются разновидностью физического насилия и могут приводить к аналогичным последствиям, в том числе снижению самооценки и нарушениям общения. Уделяется особое внимание связи физических наказаний и школьной неуспешности. Описываются особенности родителей, применяющих физические наказания. Анализируются конкретные случаи из практики консультирования. Рассматриваются практические аспекты психологической помощи детям, пути преодоления физических наказаний детей в семье.

Ключевые слова: физическое насилие, физические наказания, психологические последствия, эмоциональные нарушения, самооценка, особенности родителей, психологическая помощь детям, преодоление насилия в семье.

Физическое насилие - одна из самых распространенных форм насилия над детьми. Наиболее часто физическое насилие осуществляется под видом физических наказаний. Различие между физическим насилием и физическим наказанием существует скорее в общественном сознании, чем в реальной жизни. Когда говорят о насилии, формируется обычно образ родителя-монстра, алкоголика, либо психически больного, получающего удовольствие от страданий ребенка. Когда же говорят о физических наказаниях, как правило, имеют в виду обычных родителей, беспокоящихся за судьбу своего ребенка. При этом многим кажутся вполне допустимыми наказания ребенка за провинности ремнем, избивения различными случайно оказавшимися под рукой предметами, подзатыльники, тычки.

Исследования последствий такого рода обращения с детьми в современной науке связаны, прежде всего, с именем Н. Кемпе, который в 1962 году описал "синдром избитого ребенка" (4).

Практика работы с детьми, пострадавшими от физического насилия, и с родителями, применяющими физические наказания, показывает, что такие наказания легко переходят в насилие и что граница между насилием и наказаниями достаточно условна. С одной стороны, действия, которые внешне выглядят, как обычные наказания, могут являться способом разрешения эмоциональных проблем родителей, с другой стороны, родители, очевидно жестоко обращающиеся с ребенком, зачастую искренне считают, что делают это для его же блага.

И то и другое может приносить серьезный вред ребенку, его развитию и здоровью. Различия в мотивации родителей в применении физических воздействий, выявляемые, как правило, в процессе психологической работы, оказываются незначительными по сравнению с физическими и психологическими последствиями применения физических наказаний.

«Обычные» наказания.

В нашей стране физические наказания до сих пор являются обычной практикой. Существует достаточно много родителей, которые искренне считают, что физические наказания - наиболее эффективный и быстрый способ воспитания. Некоторые из них считают себя обязанными принимать такие меры ради ребенка, хотя часто сами расстраиваются после наказаний: «Бью и плачу» (2). Конечно же во многих случаях при физических наказаниях дети не получают серьезных травм, однако даже в тех случаях, когда избиения не заканчиваются повреждениями, они всегда имеют те или иные психологические последствия.

В работе с ситуациями, в которых присутствуют физические наказания, важно помнить несколько вещей:

- Довольно часто «обычные» наказания приводят к физическим травмам у ребенка в связи с тем, что родители могут потерять контроль над собой и в этом состоянии не соизмеряют силу наказания, не могут остановиться. С другой стороны, «к мягким» наказаниям, например, шлепкам, особенно, когда они входят в повседневную практику, ребенок привыкает, и они перестают корректировать его поведение, что приводит к необходимости постоянно увеличивать силу физических воздействий.

- Наказания всегда имеют более широкий диапазон воздействия, чем представляется родителям. Например, угроза применения ремня из-за полученной двойки может привести к кратковременным позитивным результатам (ребенок выучит урок), но наверняка вызовет негативное отношение к учебе в целом, склонность скрывать свои проблемы в школе, а так же может способствовать повышению агрессивности.

- Физические наказания не позволяют добиться устойчивых положительных изменений в поведении ребенка, более того, в перспективе приводят к более значимым нарушениям, например, нарушению эмо-

циональных отношений с родителями, искажению самооценки ребенка.

- У взрослых всегда существует множество возможностей воздействовать на ребенка, не прибегая к физическим наказаниям. Когда взаимодействие оказывается неэффективным, прежде, чем прибегать к насилию, стоит попытаться понять, с чем это связано. И в самом ли деле применение наказаний в таких обстоятельствах поможет?

Важно также осознать, что, когда ребенка наказывают физически, он получает от значимых для него людей следующую информацию:

- Люди, которые вас больше всего любят - это те, которые вас бьют.

- У вас есть право бить других членов семьи.

- Вы можете применять физическую силу по отношению к другим, когда другие методы не действуют.

Помощь семье в преодолении физического насилия по отношению к детям.

В психологической практике наиболее часто физические наказания обнаруживаются при обращениях по поводу нарушения поведения у детей, агрессивности, драчливости, нежелания делать уроки, проблем с поведением в школе. При более подробном изучении ситуации и, в частности, того, как родители наказывают ребенка, нередко выявляется, что, сталкиваясь с трудностями в поведении ребенка, они применяют физические наказания.

Во многих случаях родители, физически наказывающие своих детей, являются обычными родителями. Тем не менее, при всем разнообразии ситуаций и характеров можно отметить некоторые общие особенности: склонность к генерализации последствий (если получил двойку «вылетит из школы, попадет в дурную компанию, будет употреблять наркотики», не послушался сейчас — «что же будет позже» и т.п.), повы-

шенная тревожность за ребенка (особенно у матерей), неуверенность в своих возможностях воздействовать на ребенка. Это вызывает потребность в «сильных» мерах воспитания. Наказывающие отцы часто отличаются нетерпимостью к отличной от своей точке зрения, плохо переносят угрозу потери авторитета.

Как уже упоминалось, физические наказания являются неэффективным способом решения проблем. Для того, чтобы родители перестали прибегать к таким мерам воздействия, только предоставление им информации о вредности наказаний для ребенка оказывается недостаточным. Многие родители сами знают об этом, и с критикой относятся к физическим наказаниям: «Ругаю себя, понимаю, что бить нельзя, но не могу сдержаться, когда он опять что-то натворит».

Зачастую настоящее решение проблемы требует значительных изменений в жизни родителей. Эти изменения и отказ от применения физических наказаний часто возможны лишь при преодолении родительских страхов, осознании родителями последствий, к которым приводят такие наказания, трансформации представлений о себе как о родителе на когнитивном и эмоциональном уровне, рефлексии собственного детского опыта, и при получении родителями помощи в разрешении их собственных проблем. Кроме того, очень важно одновременно оказывать помощь и ребенку в его конкретных трудностях.

Мать 13-летнего подростка обратилась к психологу в связи с тем, что на протяжении последнего месяца мальчик без видимых причин три раза уходил из дома. Каждый раз возвращался домой на третий-четвертый день и только после того, как родителям удавалось разыскать его. После первого ухода мать и отчим его долго ругали, после второго - выпороли ремнем. Сразу после этого опять ушел из дома, был найден и приведен к психологу.

Родители мальчика разошлись, когда ему исполнилось три года, мать воспитывала сына одна. Год назад – повторно вышла замуж, в настоящее время ждет второго ребенка. Отношения отчима с мальчиком прохладные, дистанцированные. Отчим считал, что мальчик избалован, не приучен к порядку, нуждается в более жестком воспитании, однако мать не разрешала ему наказывать мальчика, что привело к тому, что отчим вообще старался не вмешиваться в жизнь ребенка. Сама мать при серьезных проступках сына наказывала его ремнем, однако не считала это чем-нибудь серьезным, «наказывала не больно». Первый уход из дома произошел, когда мать попала в родильный дом в связи с осложнением беременности.

Мать выглядит растерянной, не понимает, что ей делать, боится, что сын попадет в плохую историю, с другой стороны – легко раздражается на мальчика за то, что он «не понимает, что она беременна, и ей нельзя волноваться», что он совсем не помогает ей. Опасается, что плохое поведение подростка приведет к ухудшению ее отношений с мужем.

При беседе с мальчиком выяснилось, что он тяжело переживал изменения, произошедшие в семье, считал, что он никому не нужен, думал, что мать его больше не любит, об отчиме говорил с презрением. Не пришел ночевать домой в первый раз, так как «дома было пусто» - матери не было, только отчим, гулял с друзьями, потом, боялся вернуться домой. Когда родители его ругали, еще раз утвердился во мнении, что они к нему плохо относятся. Гуляя ночью в первый раз, завел себе новых друзей, спустя какое-то время случайно встретился с ними, опять не пришел домой, после порки - «назло матери» - впервые попробовал клей «Момент».

Мальчик «домашний», до этого из дома никогда не уходил, регулярно посещал школу. Крайне обижен на мать, раздраженно говорит о своей

семейной ситуации, считает, что после появления второго ребенка будет совсем плохо.

Очевидно, что в этой ситуации физические наказания не являются единственной причиной уходов ребенка, однако в общем контексте негативных переживаний мальчика после изменений в семье, связанных с появлением отчима и второго ребенка, они значительно усугубляли и без того сложную ситуацию, отдаляли ребенка от матери и явились непосредственной причиной первой пробы токсических веществ.

Разрешение этой ситуации связано не только с объяснениями вреда физических наказаний (хотя было немаловажным обсудить с матерью, как относится подросток к наказанию ремнем, а с подростком, что ингаляция клеем не поможет разрешить конфликт с родителями и, наверняка, не лучший способ справиться с трудностями). Психологическая работа была направлена, прежде всего, на осознание и отреагирование переживаний подростком (изменение исключительного положения в семье, ревность, страх потерять материнскую любовь) и матерью (чувство вины, страх, что она не справится с сыном) и улучшение отношений между ними..

Другой пример иллюстрирует одно из наиболее часто встречающихся последствий физических наказаний, особенно характерное для младших школьников,- трудности в общении со сверстниками, повышенная конфликтность и драчливость.

Мать 9-летнего мальчика обратилась к психологу в связи с тем, что сын часто дерется в школе. Одноклассники часто провоцируют ребенка, доводят его «до бешенства», при этом мальчик кидается предметами, несколько раз нанес травмы однокласснику. В беседе выяснилось, что мальчик - единственный ребенок в семье. Мать в последнее время вынуждена воспитывать ребенка одна, отец практически не бывает дома, часто в отъезде.

Мать по характеру вспыльчивая, требовательная к себе и окружающим. Наказывала ребенка ремнем за вранье, грубость, плохие оценки. На протяжении последнего года мальчик часто пытался с ней драться, чем вызывал еще большие наказания. Отец во время редких приездов, по словам матери, наказывает «реже, но сильнее», мальчик в его присутствии очень послушный.

Проблемы матери касались не только взаимодействия с ребенком, но и ее профессиональной деятельности, взаимоотношений с отцом мальчика, жилищных трудностей; наказания рассматривались ею как вполне нормальный способ воспитания.

Существует тесная связь между наказаниями и учебой. С одной стороны, дети, которых регулярно бьют, редко успешны в школе в связи с неуверенностью в себе, с другой - неуспешность ребенка в школе часто провоцирует физические наказания. Для большинства родителей школьная успеваемость является интегральной оценкой «хорошести» ребенка и успешности самих родителей в воспитании. Зачастую образуется замкнутый круг: неуспешность и/или нежелание учиться провоцирует наказания; наказания ухудшают ситуацию в школе (нарастают неуверенность, страхи и т. д.). Разорвать этот круг редко удается достаточно быстро и лишь тогда, когда наряду с работой с родителями оказывается помощь ребенку (например, в преодолении школьных проблем).

Сочетание наказаний и неудовлетворительной успеваемости - самый распространенный вариант в практике и один из наиболее трудно поддающихся изменению. Ребенок, который плохо учится, часто формирует защиту по типу «мне не нравится учиться», а родители все общение с ним склонны формировать вокруг этой проблемы (на вопрос к матери «чем вы занимаетесь в свободное время?» - психологи нередко получают распространенный ответ «уроки учим»). При этом у учителей

формируются стереотипы восприятия ребенка как заведомо неуспешного, мешающие учителю замечать позитивные изменения в учебе.

При школьной неуспеваемости физические наказания особенно плохо влияют на ситуацию, так как они приводят к формированию такого комплекса негативных эмоций по отношению к учебе, который даже при наличии хороших интеллектуальных способностей не дает им возможности реализоваться. Этот комплекс переживаний включает в себя отвращение к учебе и приготовлению уроков, плохое отношение к себе, страх перед учителями и классом, ожидание неудачи при ответах и контрольных, чувство несостоятельности и бессмысленности затрачиваемых усилий, страх наказаний и т.п. Даже после прекращения физических наказаний приходится затрачивать много усилий и времени, чтобы изменить такую мотивацию к учебе, преодолеть негативные переживания, повысить уверенность в своих возможностях, а также сформировать привычку регулярно заниматься.

Психологические последствия физического насилия и их преодоление.

Последствия физического насилия в семье могут быть самыми разными: от незначительных и практически не оказавших влияние на развитие личности до грубых нарушений, включая психопатологию, саморазрушающее и асоциальное поведение. Это определяется многими факторами, в том числе особенностями ребенка, его возрастом, характером отношений с наказывающим родителем, силой и способом наказаний.

Прямыми психологическими последствиями насилия, с которыми мы сталкивались в своей работе, являлись выраженные негативные эмоции: страх, тревога, растерянность, беспокойство. Пролонгированные последствия жестокого обращения в

детстве, в основном, выражаются в задержке психофизического развития, появлении различной невротической симптоматики: расстройств сна, аппетита. У многих детей, которых физически наказывали, появлялся энурез, энкопрез, различные тики, ночные страхи и т.п. Подростки склонны давать отчетливые протестные реакции на наказания родителей, типичны также уходы из дома, поиск поддержки в асоциальных компаниях, иногда суицидальное поведение.

Мать привела на прием 8-летнего сына в связи с тем, что он отказывается ходить в школу. Мальчик - старший из троих детей, мать не работает, занимается ведением хозяйства. Семья низкого достатка и образовательного уровня. Мать одна занимается детьми, ей никто не помогает. Младшему ребенку на момент обращения было 2 года. Старший мальчик рос робким ребенком, детский сад не посещал. В школу пошел в неполных 8 лет, с самого начала боялся посещать занятия, так как был плохо подготовлен, его часто ругали. Ребята дразнили, после очередной ссоры перестал ходить в школу. После того, как мать приводила его туда, уходил, гулял вокруг школы, прятался. Когда мать обнаружила это, она его избивала (ремнем), стала приводить за руку на занятия. Ребята стали дразнить его еще больше. Он оставлял портфель в классе, а сам прятался под лестницей. Мать регулярно жестоко наказывала за это сына.

При осмотре мальчик был подавлен, заторможен, практически не вступал в контакт. Было ясно, что он боится взрослых. Ребенок был госпитализирован в детскую психиатрическую больницу в связи с депрессивным состоянием. Врачами был сделан акцент на работу с матерью. За несколько недель, практически без специального лечения, получая только общеукрепляющую терапию, эмоциональное состояние мальчика выравнивалось, он стал жи-

вым, активным.

В данном случае последствия физических наказаний и неправильного обращения с ребенком были очень серьезными: потеря веса, дезадаптация в школе, психические нарушения. Для подростков более характерны стремление рано уйти из дома или из семьи, начать самостоятельную жизнь, поиск компании сверстников, которая может оказать поддержку, что, в целом, редко заканчивается позитивно.

На психологическую консультацию пришла мать девочки 15 лет в связи с тем, что дочь ушла из дома, живет с молодым человеком, значительно старше ее. При беседе выяснилось следующее: девочка - старшая из двоих детей, отец - военный - всегда применял жестокие наказания по отношению к обеим дочерям. Наказывал часто несоразмерно проступку, например, таким образом: если дети смотрели телевизор дольше, чем положено, хотя бы на 15 минут, отец выключал телевизор, шнур от него клал на видное место и говорил: «Ждите. Приду - накажу». Ожидание могло длиться по несколько часов, а иногда и целый день, когда возвращался, бил шнуром, девочки очень боялись его. Мать не соглашалась с наказаниями отца, но не могла противостоять ему. Старшая девочка часто протестовала против наказаний, в старших классах стала плохо учиться, совершила несколько суицидных попыток.

Как только познакомилась с молодым человеком, она сразу ушла из дома. Девушке удалось уговорить прийти на прием. При осмотре на ее руках и ногах были обнаружены многочисленные старые рубцы, поэтому она носит только длинные юбки и одежду с длинными рукавами. Об отце говорит с ненавистью. Рассказывает, что молодой человек, с которым она живет сейчас, тоже избивает ее.

Довольно часто девочки, выросшие в семьях, где практиковались физические наказания со стороны

отцов, находят себе партнеров, которые склонны решать проблемы с применением физической силы. Насилие имеет тенденцию воспроизводиться в следующих поколениях, нередко принимая более грубые формы.

Для минимизации психологических последствий пережитого насилия недостаточно того, чтобы ребенка только перестали бить, важно оказывать ему психологическую помощь для отработки травматических переживаний (1).

Можно выделить несколько существенных составляющих такой работы.

- Преодоление недоверия: дети часто неохотно вступают в контакт. Ребенок, подвергавшийся или подвергающийся физическому насилию дома, может, как искать помощи у других взрослых, так и избегать взаимодействия с ними, испытывая недоверие к возможностям окружающих защитить его, боясь ухудшить положение других членов семьи, стыдясь происходящего, опасаясь того, что специалист тоже может обвинить его, например, в плохом поведении. Такие переживания могут затруднять формирование психотерапевтических отношений между психологом и ребенком (1).

- Помощь в отреагировании. Физическое насилие провоцирует большое количество негативных эмоций, в частности, боль, обиду, страх, гнев и вину. Для того чтобы ребенок не остался один на один с этими переживаниями и мог отреагировать эти чувства, он должен иметь возможность рассказывать о ситуации насилия. При этом многие дети могут испытывать сложности, связанные с амбивалентным отношением к члену семьи, со стороны которого они пережили или переживают насилие (любовь-ненависть); чувство вины за собственные проступки в тех или иных ситуациях и т.п. Эти переживания могут препятствовать спонтанному рассказу, поэтому важно спрашивать о том, что

происходило с ребенком, чего часто не делают специалисты, боясь вызвать негативные реакции у ребенка и нанести ему повторную травму. Маленькие дети, не обладающие способностью достаточно вербализовать переживания, имеют возможность отреагировать отрицательные эмоции в игре, при рисовании, лепке.

- Эмоциональным переживаниям насилия нередко сопутствуют когнитивные искажения, в первую очередь связанные с атрибуцией ответственности за происшедшее. Ребенок может неадекватно обвинять в насилии себя, другого родителя, siblings или каких-либо родственников. Поскольку физическое насилие может приводить к нарушениям поведения и школьной неуспеваемости, неправильная атрибуция может получать в глазах ребенка фактическое подтверждение. Только в ходе непосредственного разговора имеется возможность скорректировать подобные искажения.

- Многие дети оценивают физическое насилие с позиции родителей («справедливо/несправедливо», «виноват/не виноват»), поэтому очень важно четко озвучивать позицию специалиста по отношению к актам физического насилия. При этом нужно учитывать то, что дети склонны идентифицировать себя с родителями, и резкая критика поведения

последних может привести к нарушению контакта с ребенком. Поэтому однозначное высказывание неприятия физического насилия должно сопровождаться взвешенными оценками самих родителей.

В целом, как и при других видах насилия, физическое насилие, прежде всего, влияет на формирование самооценки ребенка и его отношение к окружающему миру. Именно поэтому последствия насилия выходят за рамки переживания травмы, и затрагивают другие сферы: общения со сверстниками, успешность в школе, формирование будущих близких отношений (3).

ЛИТЕРАТУРА

1. Асанова Н.К. Руководство по предупреждению насилия над детьми: Учебное издание для психологов, детских психиатров, психотерапевтов, студентов педагогических ВУЗОВ. - М.: Издательский гуманитарный центр ВЛАДОС, 1997. - 512 с.
2. Божович Л.И. О вреде физических наказаний (беседа). // Божович Л.И. Проблемы формирования личности. Избранные психологические труды. - М-Воронеж, 1995.
3. Детская и подростковая психотерапия./ Под редакцией Д.Лейна, Э. Миллера.- СПб: Питер, 2001. - 448 с.
4. Kempe, Ruth S., & C. Henry Kempe. Child abuse. -Cambridge, MA: Harvard University Press, 1978.

Н. В. Александрова

ОПЫТ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В ОТДЕЛЕНИИ ДЛЯ «ОТКАЗНЫХ» ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования.

В последние годы в нашей стране количество ВИЧ-инфицированных лиц в значительной степени увеличилось за счет женщин, в том числе беременных, и рожденных ими детей. Большая часть этих детей в дальнейшем оказываются "отказными".

В настоящее время в ряде ин-

фекционных больниц, которые оказывают помощь ВИЧ-инфицированным пациентам, открываются специальные палаты для беременных женщин и отделения для детей, от которых отказались родители. В подобных медицинских учреждениях дети содержатся годами.

Помимо обычного медицинского персонала (врачи, медсестры, санитарки) в этих отделениях есть персонал педагогический (воспитатели, логопеды, педагоги дошкольного образования).

Наш опыт работы в Центре оказания помощи ВИЧ-инфицированным беременным и детям (главный врач – д. м. н. Е. Е. Воронин), где наблюдаются 35 детей в возрасте от 1,5 до 6 лет, практически с рождения находящиеся на детском отделении, позволяет констатировать следующее.

Имеют место трудности при согласовании целей и задач, которые формулируют медицинский персонал и педагоги.

Медики, от врача до санитарки, приоритетным считают выполнение всех необходимых медицинских процедур в любое удобное для персонала время, без учета того, чем занят в этот момент ребенок. Как правило, медицинские процедуры связаны с причинением ребенку неприятных ощущений и меняют его эмоциональное состояние. Ребенка для медицинских мероприятий могут взять с любого учебного занятия, а затем «вернуть», не считаясь с тем, как отразится на группе детей в целом эмоциональное состояние ребенка, подвергшегося медицинскому вмешательству. Кроме того, для большинства медицинских работников ВИЧ-инфицированные дети являются "бесперспективными" в плане выздоровления, а, следовательно, медики не испытывают удовлетворения от проведения медицинских мероприятий ("все впустую"). В этой связи у медперсонала накапливается неудовлетворенность, которая в виде раздражения и гнева нередко выплескивается на детей и педагогов. Таким образом, у медицинских работников (в первую очередь, у медсестер и врачей) создаются предпосылки для формирования профессионального "синдрома выгорания", который, в свою очередь, повышает риск появления невротических и

психосоматических расстройств. Отношение медицинских работников к педагогическому персоналу как вспомогательному приводит к тому, что медики пытаются педагогов «использовать», командуют ими, поучают, указывают ("успокойте, одените, воспитайте и т. д. ").

Напротив, воспитатели и педагоги, получившие образование в парадигме "здоровья", в большей степени обращают внимание на личностное, интеллектуальное, эмоциональное развитие детей, привитие им навыков самообслуживания и общения. Значительную часть занятий они проводят в малых детских группах. Эти занятия с учетом возраста детей ограничены по времени, поэтому прерывание их «уводом и приводом» ребенка ведет к нарушению процесса обучения. Важно, что педагогический персонал быстрее замечает любые достижения детей, используя эти положительные изменения для поощрения ребенка. Очень ценно, что педагоги и воспитатели обращают внимание на развитие у детей сферы общения.

Все вышеизложенное объясняет, почему в отделениях существуют некоторая конфронтация, напряженность в отношениях между медицинским и педагогическим персоналом. В то же время для успешного развития детей и их последующей социализации важно создать благоприятный психологический климат в отделениях, где они находятся. Это возможно только при достижении единства взглядов и согласованном взаимодействии медицинского и педагогического персонала.

ВИЧ-инфицированные "отказные" дети с момента зачатия находятся в неблагоприятных с биологической точки зрения условиях, а также в неблагоприятных психологических условиях, поскольку чаще всего они нежеланные для своих родителей. Уже внутриутробно у таких детей нарушается формирование "базисного доверия" к миру. После родов, в связи с нахождением вне ма-

теринской заботы и любви, у них не формируется постоянная привязанность, как это имеет место у обычного младенца в отношениях с матерью. Тем самым недоверие к миру возрастает. Нередко эти дети бросаются к каждому взрослому с объятиями, отталкивают других детей и как бы просят всем своим поведением любви и заботы.

Для медицинского персонала такое поведение – капризы, признак избалованности. Медперсонал раздражается и предлагает педагогам "навести порядок". В таких условиях особенно трудно бывает тем детям, которые в силу соматического состояния, внешних данных, особенностей поведения оказываются отвергаемыми, непонятыми. Обычно педагогический персонал спонтанно "распределяет" всех детей между собой по уровню оказываемой заботы (т. е. у каждого воспитателя есть "свои" дети, о которых они заботятся и вне своей рабочей смены). Однако всегда остаются "отверженные".

Поскольку у медицинского персонала в силу наличия знаний (врачи) и опыта работы с ВИЧ-инфицированными (медсестры) отношение к детям базируется на оценке их как "бесперспективных и неизлечимых", то, естественно, свою работу медперсонал может определить как успешную только по основе количества и качества назначаемых процедур. Отсутствие эффективности, отдачи в профессиональной работе порождает у медиков отрицательные эмоции, которые нередко проецируются на пациентов. Это выражается в стремлении как можно меньше времени проводить с детьми, когда врачи ограничиваются только медосмотром, а медсестры – выполнением процедур. Как правило, ни врач, ни медсестра не проявляют регулярно индивидуальное внимание к детям. Именно от них дети могут услышать в свой адрес бранные слова. Безусловно, это связано с проекциями на детей собственных чувств беспомощности, профессиональной

неэффективности, неверия в положительную динамику.

Напротив, педагогический персонал при оценке перспективы детей исходит не из их медицинского статуса, а из индивидуального для каждого ребенка пути развития. В этой связи можно сформулировать ряд задач, который может решать при работе на подобном отделении специалист помогающей профессии (психолог, психотерапевт, социальный работник).

Важно сформировать команду единомышленников, каждый из которых, выполняя свои профессиональные обязанности, учитывает и ценит то, что делает другой специалист, имея перед собой общую цель: помочь детям во всех сферах (биологической, психологической, социальной) достичь максимально возможного уровня развития для последующей успешной социализации.

Какие пути можно наметить для решения этой задачи? В своей работе в отделении для ВИЧ-инфицированных детей мы использовали следующие формы занятий.

1. Регулярные семинары для медицинского и педагогического персонала, на которых основное внимание уделялось рассмотрению особенностей прохождения фаз индивидуального развития у здоровых детей и у детей отделения.

2. Регулярные обсуждения поведения и личностных особенностей конкретных детей с целью совместной выработка тактики и стратегии ведения ребенка разными специалистами.

3. Индивидуальные консультации сотрудников по вопросам межличностных отношений с коллегами и больными детьми и по поводу собственных семейных и личных проблем, мешающих эффективной работе.

Необходимо отметить ряд особенностей проведения такой работы.

В силу того, что и медицинский, и педагогический персонал находится на отделении посменно, состав групп на занятиях оказывался непо-

стоянным, что требовало повторения теоретического материала предыдущего занятия.

Наиболее активно в занятиях участвовали воспитатели, педагоги, санитарки, процедурная и старшая медсестры. Врачи занятия игнорировали. Это было связано с тем, что в подавляющем большинстве они считали свою работу на отделении временной и неинтересной, а детей — бесперспективными. Но это только с одной стороны. С другой стороны, врачи не считали для себя возможным нарушать иерархию отношений в отделении участием в совместных занятиях со средним и младшим персоналом. В этой связи мы считаем, что на первых порах работы психолога или психотерапевта в подобном отделении пытаться сразу настаивать на участии в совместной работе всех специалистов отделения нецелесообразно. В первую очередь, к участию в обсуждении как теоретических, так и практических проблем следует привлекать сменный персонал, так как именно эти сотрудники проводят с детьми большую часть времени. Именно среди сменного персонала каждый ребенок может обрести того взрослого человека, который будет обеспечивать формирование постоянной привязанности и обусловит развитие у ребенка чувства доверия, уверенности в собственной нужности, в конечном итоге, научит любви к себе и к другим. При этом персонал с

учетом взаимной склонности сумеет обеспечить почти каждого ребенка такой привязанностью. Важно, чтобы все работники отделения знали, «чьим» является каждый конкретный ребенок, и помогали формированию таких чувств. Другими словами, заботу о детях проявляют все, однако индивидуальная привязанность формируется между конкретным ребенком и конкретным представителем персонала, про которого ребенок может (и ему это надо) знать, что это — «его», нет, не мама, а фигура, привязанная к нему своими чувствами ("почти как мама"). Остальные представители персонала для конкретного ребенка выполняют те роли, которые предписаны их функциональными обязанностями на отделении. "Почти мама" может навестить "своих детей" вне смены, взять на выходные дни на прогулку вне стационара, сводить в кино и т. д. При этом у каждого ребенка должен быть такой взрослый, без отвержения кого-либо.

Как этого можно достичь? Только при понимании всеми взрослыми необходимости и важности такой привязанности в жизни ребенка. Координатором формирования отношений привязанности без игнорирования какого-либо ребенка может стать психолог, психотерапевт или социальный работник, постоянно и активно работающий с персоналом в вариантах тех форм, которые были описаны выше.

И. В. Макаров

**КЛИНИКА И ТИПОЛОГИЯ ОРГАНИЧЕСКИХ ПСИХОЗОВ
У ДЕТЕЙ****Научно-исследовательский психоневрологический институт им.
В.М. Бехтерева (Санкт-Петербург).**

В группу органических (экзогенно-органических) психотических расстройств целесообразно включать психозы, возникающие в отдаленном периоде черепно-мозговых травм, вследствие нейроинфекций, нейроинтоксикаций, при текущих органических заболеваниях головного мозга (например, опухоли или кисты). При таком, достаточно узком, понимании экзогенно-органических психозов не относятся к данной группе эпилептические и олигофренические, а также симптоматические психозы (последние возникают при общих инфекционных и неинфекционных заболеваниях).

Целью исследования стало проведение клинической типологии органических психотических расстройств у детей.

Материалом исследования стали 72 ребенка от 7 до 15 лет с органическими психотическими нарушениями, находившихся в городском детском психиатрическом стационаре в период с 1992 по 2004 гг., из 72 пациентов было 50 мальчиков (69,4%).

Клинико-психопатологическим методом обследованы 56 детей, а также проанализированы 16 историй болезни тех больных, которых не удалось непосредственно обследовать клинически. Наряду с клинико-психопатологическим анализом обязательно использовались электроэнцефалографическое обследование, осмотр невропатолога и окулиста, у 16 детей была проведена компьютерная томография головного мозга. По МКБ-10 коды диагноза соответствовали рубрикам F06.0, F06.2, F06.3 и F06.81.

Результаты исследования.

Выделены четыре клинических варианта органических психозов у детей:

1. органические шизофреноподобные психозы (30 больных);
2. органические аффективные психозы (21 больной);
3. органические галлюцинозы (11 больных);
4. периодические органические психозы (10 больных).

Органические шизофреноподобные психозы. В данной группе психозов наблюдалось два основных клинических варианта:

1. с галлюцинаторно-бредовыми синдромами,
2. с онейроидным помрачением сознания.

При первом варианте в клинике заболевания у этих детей наблюдаются различные галлюцинаторные переживания: вербальные истинные и псевдогаллюцинации, зрительные обманы восприятия, галлюцинации общего чувства, реже – тактильные и обонятельные галлюцинации; имеют место бредовые идеи воздействия, преследования, значительно реже величия. Так, одна из больных 11 лет утверждала, что «заражена диабетом», ощущала, что внутри нее поселился «черный старик с некрасивыми ногами, но добрый». В дальнейшем она утверждала, что «рожает ребенка», видела, как над ее кроватью «наклоняется брат». Другой больной чувствовал, что «кто-то находится рядом», слышал, как грубый мужской «голос» в голове приказывал: «беги», говорил о том, что «маленький человечек с черной бородой» его «раздваивал» и сам «раздваивался». У большинства больных

наряду с галлюцинаторной и бредовой симптоматикой наблюдались отдельные психосенсорные нарушения (расстройства схемы тела, метаморфопсии), быстро сменяющие друг друга тревога и эйфория, утомляемость, плаксивость, временами возникающие состояния астенической спутанности, оглушенности, кратковременные делириозные эпизоды с массивной иллюзорной и галлюцинаторной симптоматикой. Особенно характерной была периодически возникающая астеническая спутанность сознания, когда больной переставал узнавать окружающих, чего-то боялся, выглядел растерянным, не отвечал на вопросы, не всегда понимал, где находится. Подобное состояние длилось до нескольких часов, сменяясь ясным сознанием, затем вновь возникало («кундулирующее» нарушение сознания). Состояния астенической спутанности сознания являлись вариантом легкого протекания аментивной спутанности у больных. Характерными были также церебрастенические проявления по выходе из психотического состояния. Несмотря на разнообразие симптомов заболевания, ведущими в клинической картине оставались галлюцинаторно-бредовые расстройства, что и позволяло говорить о шизофреноподобных психозах.

Вторым вариантом шизофреноподобных органических психозов у детей являются случаи, когда в клинической картине заболевания на первый план выступает онейроидное помрачение сознания, сопровождающееся заторможенностью или отдельными кататоноподобными явлениями. В этом случае у больного наблюдаются массивные зрительные псевдогаллюцинаторные переживания фантастического или сказочного содержания, наплыв произвольных представлений, образных воспоминаний. В большинстве случаев (84% наших наблюдений) имели место также и вербальные псевдогаллюцинаторные переживания, сопровождавшие зрительные обманы воспри-

ятия. Так, в частности, один из больных 13 лет, находясь в состоянии онейроидного помрачения сознания, считал, что он один выжил после ядерной войны. Мальчику казалось, что на Земле не осталось больше ни зданий, ни людей, ни животных, а он в одиночестве бредет по толстому слою радиоактивного пепла и, оглядываясь назад, видит лишь свои следы, тянущиеся на многие километры. Больной находился в постели, при этом одеяло, которым он был накрыт, воспринимал и как одеяло, и как начинающийся слой радиоактивного пепла, по которому он шел.

По выходе наблюдаются церебрастенические симптомы – быстрая утомляемость, головные боли, повышенная раздражительность, плаксивость, явления гиперестезии. Не наблюдается изменений в эмоциональной и волевой сферах (в отличие от больных шизофренией). В ряде случаев (37% наблюдений) отмечено снижение успеваемости в школе, жалобы пациентов на ухудшение памяти, повышенная вспыльчивость и гневливость, не характерные для них ранее, общее снижение когнитивных функций, что говорит о формировании психоорганического синдрома у этих детей.

Органические аффективные психозы. В клинической картине этих психозов прежде всего наблюдаются различные аффективные нарушения, склонные к рецидивированию и составляющие основную симптоматику. В структуре органических аффективных психозов у детей было выделено четыре подварианта данных расстройств:

1. депрессивно-дисфорические состояния;
2. апатические депрессии;
3. депрессивно-деперсонализационные синдромы;
4. маниформные состояния.

В первую очередь отмечались депрессивно-дисфорические состояния – 84% наблюдений. У этих пациентов на первый план в клинической картине заболевания выступали

сниженное настроение, сопровождающееся недовольством окружающими, их поступками и высказываниями, собственными действиями. Дети становились хмурыми, склонными к вспышкам агрессии, часто вступали в драки, плакали, говорили о том, что испытывают чувство злости, постоянной обиды, а настроение характеризовали как «плохое» или же затруднялись дать оценку своему самочувствию. Так, один из наблюдавшихся больных во время депрессивно-дисфорического состояния перед поступлением в стационар ногтями расцарапал себе лицо, плакал, кричал, что ему «все перчат», ударил мать ножницами, когда она пыталась его успокоить, пытался разбить окно в комнате, считал, что ему, «такому», «незачем и жить».

Кроме того, у больных отмечались состояния, близкие к апатической депрессии, когда ребенок становился безучастным к окружающим, к игрушкам и любимым занятиям. Предоставленный сам себе, такой пациент большую часть времени проводил в кровати, отворачивался от других детей, предлагавших ему поиграть или посмотреть телевизор. В одном из наблюдений, девочка 11,5 лет стала говорить матери, что ей «плохо», что у нее «все валится из рук». В дальнейшем у больной снизилось настроение, она отказывалась от еды, предпочитала сидеть на кровати или лежать. Она перестала играть, интересоваться книгами, которые до этого очень любила, забросила рисование, раньше увлекавшее ее больше всего.

Еще одним вариантом органических аффективных психозов у детей стали ведущие депрессивно-деперсонализационные проявления в клинической картине заболевания. У этих больных наряду со сниженным настроением отмечались различные явления деперсонализационно-дереализационного синдрома. В частности, у этих детей появлялись жалобы, что они перестали ощущать разнообразие цветов и оттенков, все вокруг

«словно подернуто дымкой», «воспринимается, как сквозь пелену или туман». Больные говорили о том, что больше не могут радоваться и вообще испытывать какие-либо чувства. Они жаловались на невозможность ощутить вкус пищи в достаточной мере, недостаточное понимание, спали они или нет. Одна из таких больных 14-ти лет рассказала о том, что, будучи дома перед поступлением в больницу, вставала то под холодный, то под горячий душ и никак не могла в полной мере понять, когда ее тело ощущает холодную воду, а когда - горячую. При этом девочка понимала, что включает разную по температуре воду: «умом-то я все понимала, но исчезли именно ощущения и чувства, это и было самым страшным, лучше бы я испытывала сильную боль, чем это отсутствие ощущений».

Следующим вариантом стали маниформные синдромы, сопровождающиеся нелепой эйфорией или дурашливостью. В клинике заболевания на первый план выступали двигательная расторможенность, неадекватное ситуации веселье, глупые шутки. Эти больные не могли продолжать занятия в школе, часто нарушали дисциплину, вступали в драки, сохраняя при этом хорошее настроение. Обычно у детей с маниформными состояниями отмечалось ускоренное мышление или же легкость образования ассоциаций, они легко и быстро перескакивали с темы на тему во время разговора, постоянно отвлекались, хохотали, делали всем замечания, утрачивая чувство дистанции в отношениях с взрослыми.

Наряду с аффективной симптоматикой в клинике заболевания при всех описанных выше вариантах органических аффективных психозов наблюдались, хотя и не всегда, отдельные галлюцинаторные включения в виде как истинных слуховых, так и (реже) псевдогаллюцинаций, зрительных обманов восприятия, психосенсорных расстройств, гиперестезических явлений, парестезий.

Так, больная 10 лет на фоне повышенной двигательной активности, дурашливого поведения временами ощущала, что ее голова «увеличивается в размере», окружающие предметы становятся «очень большими», то есть имели место как расстройства «схемы тела», так и макропсии. Другой больной 8 лет на фоне сниженного настроения и озлобленности периодически слышала, что «за стеной говорят о нем», но не мог разобрать слов. У всех детей отмечались головные боли, повышенная утомляемость, реже – головокружения, носовые кровотечения.

У ряда больных отдельные иллюзорные, галлюцинаторные, психосенсорные расстройства имели место и в период между аффективными нарушениями, но при их возникновении никогда не определяли основную клиническую картину. Данное обстоятельство – ведущие аффективные синдромы – и позволило говорить об аффективных органических психозах у детей как отдельном варианте органических психотических расстройств.

Органические галлюцинозы. Для больных данной группы характерным было наличие вербального галлюциноза, причем наблюдались как истинный, так и вербальный псевдогаллюциноз, который преобладал по частоте встречаемости (семь из девяти больных). Отмечены острый – длительностью до одного месяца, а также затяжной – не более шести месяцев – варианты. Не зарегистрировано хронических вариантов течения, а также других видов галлюцинозов (зрительный, тактильный и др.).

В клинической картине заболевания на фоне ясного сознания отмечались слуховые галлюцинации неприятного или нейтрального для пациента содержания: «голос» или «голоса» приказывали больному ударить кого-либо, совершать неблагоприятные поступки, обзывали ребенка, угрожали или же говорили об отвлеченных явлениях (например, о погоде, о событиях в другой школе). Истинные

вербальные галлюцинозы наблюдались нами лишь в двух случаях; преимущественно отмечались псевдогаллюцинаторные переживания.

Например, мальчик 10 лет стал слышать, как неизвестный ему «голос» внутри головы говорит, что он сам и его родители – «дураки», которым «осталось недолго». Этот же «голос», который больной характеризовал как «хриплый» и «ужасный» обещал мальчику «прибить гвоздями всех».

В большинстве случаев, поведение детей нарушалось. Они пытались найти причину или источник «голоса», снижалась школьная успеваемость; в дебюте заболевания часто имели место тревога и страх, в дальнейшем часто исчезающие по мере того, как больной привыкал к имеющимся галлюцинаторным явлениям или же в случае их исчезновения или снижения их интенсивности.

Наряду с основной симптоматикой у этих детей наблюдались церебрастенические проявления, головные боли, эмоциональная лабильность, ночной энурез. Началу заболевания чаще всего предшествовали шум или щелчки в ушах, головные боли и головокружения, носовые кровотечения. Галлюцинаторные явления у ряда больных имели волнообразный характер – исчезали на несколько дней спонтанно или на фоне проводимой терапии, затем появлялись вновь.

По выходе из психоза всегда отмечались церебрастенические явления: повышенная утомляемость, снижение школьной успеваемости, головные боли, жалобы на ухудшение памяти, реже – неврозоподобные нарушения (энурез, расстройства сна, obsessивные явления). Катamnестические исследования показали, что в дальнейшем у большинства пациентов (шесть из девяти) психотические эпизоды не повторяются, однако имеются достаточно стойкие церебрастенические или иные неврозоподобные нарушения – повышенная утомляемость, слезливость, на-

вязчивые движения, в частности, «шмыганье» носом и другие респираторные тики, мигательный тик, подергивание плечами и некоторые другие.

Периодические органические психозы. Группа данных психотических расстройств не характерна для взрослых больных и наблюдается, в первую очередь, в подростковом возрасте; при этом ряд исследователей связывали патогенез периодических органических психозов с изменениями в диэнцефальной области, что позволило также называть данную группу «периодическими диэнцефалопатическими психозами».

Для данных психозов характерна, прежде всего, достаточно строгая периодичность возникновения психопатологических нарушений: «светлые» промежутки составляют от одного месяца до одного года, причем у каждого больного длительность этих промежутков примерно равна по своей продолжительности. Наиболее частым является вариант с длительностью «светлого» промежутка от одного до трех месяцев. В клинической картине периодических органических психозов на первый план выступают тревога, сопровождающаяся двигательным беспокойством, слезливостью, переходящие («летучие») состояния оглушенности, прежде всего – в виде обнubilации, непонимание происходящего вокруг, вкрапления астенической спутанности сознания, быстрая утомляемость, головокружения и головные боли. Реже наблюдаются отдельные кратковременные делириозные эпизоды (в том числе и дневные), вербальные галлюцинации (преимущественно истинные), быстрая смена настроения от тревожно-депрессивного до эйфорически-дурашливого с отрывочными идеями своей значимости или исключительности. Одним из «стержневых» симптомов, во многом определяющих клинику, является тревога. Длительность психотического состояния колеблется от пяти дней до трех не-

дель; выход из психоза заканчивается выздоровлением. У многих больных по выходе отмечаются явления церебрастении, которые, однако, достаточно кратковременны – до двух недель.

У всех детей в анамнезе имеются различные экзогенно-органические вредности: антенатальная и перинатальная патология, нейроинфекции, черепно-мозговые травмы; у них всегда наблюдаются в последующем рассеянная неврологическая симптоматика, повышение внутричерепного давления, головные боли, реже – энурез, другие неврозоподобные явления (тики, нарушения сна). Всегда возникновению первого приступа психоза предшествует какая-либо, как правило, нетяжелая повторная экзогенная вредность – черепно-мозговая травма, острое респираторное заболевание, пищевое отравление, длительное пребывание на солнце или в душном помещении и др. В дальнейшем приступы могут повторяться и без видимых внешних воздействий (аутохтонно).

Прогноз периодических органических психозов у детей благоприятен. У таких пациентов не отмечено формирования психоорганического синдрома, а собственные катамнестические исследования (длительностью до шести лет) показывают, что после нескольких приступов наступает полное выздоровление. Данное обстоятельство позволяет думать, что пубертатный период, сопровождающийся значительной гормональной перестройкой, является наиболее благоприятным фоном для развития этих психозов. Этиопатогенетические механизмы развития периодических органических психозов неясны. К сожалению, периодические органические психозы не имеют отдельной рубрики в МКБ-10, в связи с чем приходится использовать их кодировку «F06.81 – другие органические психотические расстройства». При проведении эпидемиологических исследований данное обстоятельство обычно не позволяет достоверно установить распространенность

этих психозов.

Заключение. В условиях психиатрического стационара наблюдаются, прежде всего, четыре клинических варианта органических психотических расстройств у детей:

- 1) органические шизофреноподобные психозы,
- 2) органические аффективные

психозы,

- 3) органические галлюцинозы,
- 4) периодические органические психозы.

Целесообразным могло бы стать выделение отдельной диагностической классификационной рубрики для кодировки периодических органических психозов.

М. П. Билецкая

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДИСКИНЕЗИЕЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ И ЧЛЕНОВ ИХ СЕМЕЙ

Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия.

Одним из важных периодов в жизни ребенка является младший школьный возраст [3]. Адаптируясь к новым правилам и обязанностям, ребенок находится в постоянном психоэмоциональном напряжении, при этом возникает тревожность, которая сначала носит ситуативный характер, а впоследствии может стать и личностной особенностью [6; 7]. Особое внимание в этот период жизни необходимо уделять детям с психосоматическими заболеваниями, так как длительное психоэмоциональное напряжение провоцирует их обострения и снижает возможности социальной адаптации [2; 5].

В настоящее время остается актуальной проблема изучения патологии желчных путей [1], так как продолжает расти численность детей, больных дискинезией желчевыводящих путей (ДЖВП). По данным детской поликлиники № 65 г. Санкт-Петербурга, количество таких больных выросло в 2,5 раза за последние 10 лет. Психологические особенности семей, в которых растет и развивается ребенок с ДЖВП, изучены недостаточно. На фоне быстрого роста числа научных исследований по проблемам стресс-преодолевающего поведения [7; 13; 14; 16] необходимо отметить отсутствие работ, посвященных изучению совладающего поведения детей с

ДЖВП и членов их семей, выявлению патологизирующего семейного воспитания, индивидуальных психологических особенностей членов семей, а также малую представленность исследований по индивидуальным психологическим особенностям детей 8–11 лет с ДЖВП [5; 15].

В настоящее время нами было проведено исследование, **цель** которого – изучение особенностей совладающего поведения детей с ДЖВП и членов их семей, типов патологизирующего семейного воспитания и разработка модели семейной психотерапии в комплексном лечении ДЖВП.

Проведено исследование 90 семей (249 человек): 30 семей имеющих ребенка/детей с ДЖВП (основная группа); 30 семей детей с гастродуоденитами (1-я контрольная группа); 30 семей детей со здоровым ЖКТ (2-я контрольная группа). Возраст обследованных детей 8–11 лет. Применены следующие **методы исследования**:

- клинико-биографический: семейный анамнез, семейная генограмма, интервью;

- клинико-психологический: опросники «Анализ семейных взаимоотношений», «Анализ семейной тревоги» Э. Г. Эйдемиллера–В. В. Юстицкиса, психологическая диагностика индекса жизненного стиля Р. Плутчика, копинг-тест R. Lazarus,

Гиссенский тест, шкала явной тревожности SMAS, опросник копинг-стратегий школьного возраста, многофакторный личностный вопросник Р. Кеттелла (детский вариант);

- статистический.

Результаты исследования. У детей с психосоматическими заболеваниями отмечается повышенный уровень тревожности: в основной группе $3,94 \pm 0,152$ ($n=34$), в 1-й контрольной группе $3,78 \pm 0,140$ ($n=32$). У детей со здоровым ЖКТ уровень тревожности достоверно ниже $2,45 \pm 0,131$ ($n=33$), $p < 0,001$. В 10–11 лет уровень тревожности снижается ($p < 0,01$), но в основной и 1-й контрольной группах показатели сохраняются выше нормативных данных.

Дети с психосоматическими заболеваниями, по сравнению с не имеющими заболеваний ЖКТ, среди трудных жизненных ситуаций отмечают напряженные отношения с родителями (2-е место после болезни), у здоровых детей эта причина по значимости – 5.

При изучении семейных генограмм основной и 1-й контрольной групп была выявлена наследственная предрасположенность: в прародительской семье и у одного из родителей имела патология ЖКТ: ДЖВП, язвенная болезнь 12-перстной кишки, эрозивный гастродуоденит. В этих семьях чаще отмечались ссоры, скандалы, уходы из дома, конфликтно – симбиотические взаимоотношения родителей; замалчивание конфликтов. Во 2-й контрольной группе конфликтных ситуаций меньше: взрослые и дети (особенно 10 – 11 лет) лучше дифференцируют эмоции, описывают их.

Важным показателем семейного благополучия является отсутствие семейной тревоги. В дисфункциональных семьях за счет невысказанных негативных эмоций, блокирования потребностей членов семьи нарастают тревожность, вина и напряженность, которые вместе составляют уровень семейной тревоги.

На основании однофакторного

дисперсионного анализа был выявлен высокий уровень общей семейной тревоги в семьях детей с психосоматическими заболеваниями: в основной группе он составил $14,27 \pm 0,239$ ($n=51$), который определялся высокими показателями по шкалам тревожности ($5,75 \pm 0,115$) и напряженности ($5,76 \pm 0,870$). 1-я контрольная группа также отличается высоким уровнем общей семейной тревоги – $14,00 \pm 0,272$ ($n=49$). Сравнительный анализ показал, что имеются достоверные различия по шкале «вина» между всеми группами ($p < 0,001$). В 1-й контрольной группе этот показатель значимо выше ($p < 0,001$). Уровень общей семейной тревоги во 2-й контрольной группе не превышает нормативных показателей. Полученные результаты проиллюстрированы на рис. 1.

«Анализ семейных взаимоотношений» позволил выявить достоверные различия по шкалам, определяющим типы негармоничного семейного воспитания: в основной группе для матерей характерным является стиль «потворствующая гиперпротекция» ($p < 0,05$), а для отцов – «доминирующая гиперпротекция» ($p < 0,05$). Для обоих родителей достоверные различия отмечены по шкале «фобия утраты» ($p < 0,001$), по сравнению со 2-й контрольной группой, а также «расширение сферы родительских чувств» ($p < 0,05$) – по сравнению с обеими контрольными группами. В 1-й контрольной группе для матерей характерным является стиль «доминирующая гиперпротекция» ($p < 0,001$), а для отцов – «повышенная моральная ответственность» ($p < 0,05$). Во 2-й контрольной группе преобладал адекватный, гармоничный стиль семейного воспитания.

Исследование совладающего поведения взрослых членов семей позволило выявить следующие особенности: для родителей основной группы характерны психологические защиты: отрицание, вытеснение ($p < 0,001$). По шкалам «регрессия» и «реактивные образования» наиболь-

шие показатели отмечены у матерей детей с ДЖВП ($8,50 \pm 0,21$, $p < 0,001$ и $4,23 \pm 0,14$, $p < 0,001$ соответственно; $n=30$), а у отцов – по шкале «замещение» ($8,10 \pm 0,18$, $p < 0,001$; $n=21$). Родители 1-й контрольной группы наиболее часто используют отрицание, компенсацию и проекцию ($p < 0,001$). У родителей 2-й контрольной

группы отмечаются показатели достоверно ниже, чем в основной и 1-й контрольной группах по шкалам «вытеснение», «регрессия» и «замещение» ($p < 0,001$) и высокие показатели по шкале «интеллектуализация» ($p < 0,001$) ($6,67 \pm 0,88$ – у матерей ($n=30$), $7,53 \pm 0,12$ у отцов ($n=19$)).

Уровни семейной тревоги в основной и контрольных группах

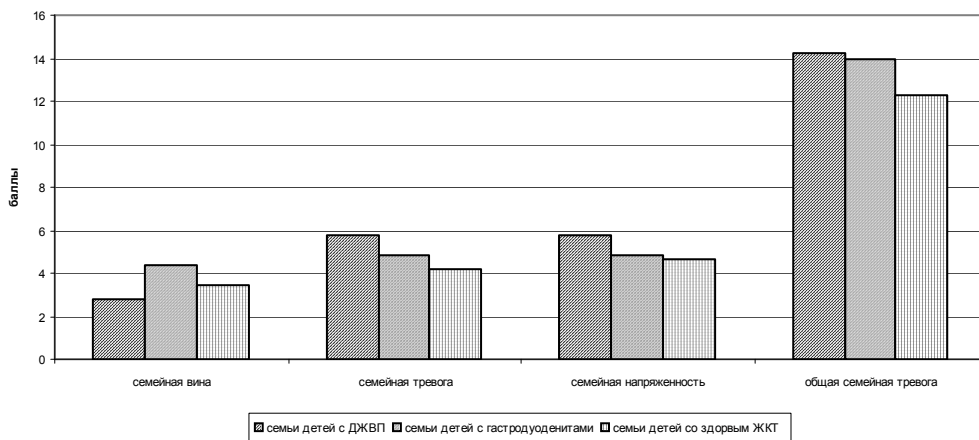


Рисунок 1.

Исследование копинг-стратегий позволило утверждать, что матери детей с ДЖВП чаще прибегают к поиску социальной поддержки: $78,33 \pm 1,65$, $p < 0,001$; $n=30$, а также часто используют «бегство-избегание»: $74,58 \pm 2,52$, $p < 0,001$ и конфронтативный копинг: $64,45 \pm 1,63$, $p < 0,001$. Сравнительный анализ средних значений показал, что показатели основной и 1-й контрольной групп сопоставимы и достоверно различаются лишь по шкале «поиск социальной поддержки» (в 1-й контрольной группе этот показатель составил $64,82 \pm 1,9$, $p < 0,001$). Матери 2-й контрольной группы достоверно чаще использовали гибкую систему адаптивных и эффективных копинг-стратегий ($p < 0,001$): принятие ответственности ($45,28 \pm 1,63$); планирование решения проблем ($53,89 \pm 1,77$) и положительную переоценку ($52,55 \pm 1,81$).

Сравнительный анализ средних

значений показал, что для отцов основной группы характерно: высокий конфронтативный копинг ($73,81 \pm 2,11$, $p < 0,001$; $n=21$), значимо различающийся со 2-й контрольной группой ($55,56 \pm 1,65$, $p < 0,001$; $n=19$), а также значительно сниженные показатели по шкалам «дистанцирование» (Mean Difference – $14,20 \pm 3,32$, $p < 0,001$) и «положительная переоценка» ($-17,34 \pm 2,77$, $p < 0,001$) по сравнению со 2-й контрольной группой. Достоверных различий копинг-стратегий, используемых отцами основной и 1-й контрольной групп, получено не было.

Исследование совладающего поведения у младших школьников позволило утверждать, что для детей с психосоматическими заболеваниями ЖКТ характерно использование единичных копинг-стратегий или диад стратегий. Дети основной группы используют единичные стратегии, основным содержанием которых является телесный контакт, отношения

привязанности («обнимаю, прижимаю, глажу» – 47,6%), эмоциональное отреагирование через горе и страдание («плачу, грущу» – 43,9%), а также диады копинг-стратегий, основное содержание которых – аффективное отреагирование с агрессией, направленной на себя («кусаю ногти» 41,9% – «схожу с ума» (47,8%)), восстановление физических сил («сплю» (47,5%) – «ем или пью» (49,0%)) или аффективное отреагирование, активный процесс, в основном, вербального характера («воплю, кричу» (44,6%). Рисунки детей с ДЖВП отражают проблематику, связанную с обострением или неблагоприятную семейную ситуацию.

Дети 1-й контрольной группы используют копинг-стратегии сходного содержания с основной группой, но интенсивность их применения значимо ниже ($p < 0,001$): «обнимаю, прижимаю, глажу» – 31,7%; «плачу и грущу» – 34,1%; «схожу с ума» – 37,0%; «сплю» – 30,0%.

Для детей с психосоматическими заболеваниями ЖКТ характерно стремление «заесть» неприятную ситуацию, что может приводить к нарушению пищевого поведения и развитию ожирения (копинг-стратегия «ем или пью» 49,0% и 43,1% в основной и 1-й контрольной группах соответственно и 7,8% - во 2-й; $p < 0,001$).

Дети 2-й контрольной группы использовали единичные копинг-стратегии: «прошу прощения, говорю правду» (50%, $p < 0,05$; $n=33$), но достоверно чаще ($p < 0,01$) в структуре совладающего поведения были отмечены комплексы, включающие в себя «детскую работу», отвлекающие занятия, физические нагрузки с ослаблением и восстановлением сил.

Исследование личностных особенностей показало, что дети с ДЖВП наиболее тревожны, возбудимы и используют более конкретные формы мышления. В остальном показатели сопоставимы с 1-й контрольной группой, что позволило выявить различия между детьми с психосоматическими

заболеваниями ЖКТ и детьми со здоровым ЖКТ. Младшие школьники с психосоматическими заболеваниями ЖКТ более неуверенны в себе, в своем поведении, более возбудимы и характеризуются менее добросовестным поведением.

Результаты у родителей основной и 1-й контрольной групп сопоставимы. Это позволило выделить личностные особенности матерей и отцов детей с психосоматическими заболеваниями.

Матери детей с психосоматическими заболеваниями ЖКТ считают себя не очень популярными в обществе, нетерпеливы, с избыточным контролем, депрессивными переживаниями, замкнуты и стремятся скрыть свою потребность в любви. Избыточный контроль значимо выше в основной группе ($p < 0,001$).

Отцы детей с психосоматическими заболеваниями ЖКТ также не всегда успешны во взаимодействии с окружением. Они нетерпеливы, любят настоять на своем, агрессивны с избыточным контролем, склонны к депрессивным переживаниям ($p < 0,001$).

Данное исследование проведено в рамках системного подхода в изучении семьи [4; 8; 9; 12], транзакционной теории стресса и копинга Р. Лазаруса [13; 14], концепции патологизирующего семейного исследования Э. Г. Эйдемиллера [10; 11]. На основании полученных результатов была разработана модель краткосрочной «ромбовидной» векторной семейной психотерапии, которая обеспечивает адаптивное функционирование семейной системы в момент обострения ДЖВП и позволяет использовать саногенный эффект семьи для выздоровления или длительной ремиссии ДЖВП. Данная модель внедрена в программу комплексного гастроэнтерологического лечения ДЖВП на базе ТМО № 28, ДПО № 65 Красносельского района г. Санкт-Петербурга.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аванесова Е. Г. Психоневрологические расстройства при патологии желчных путей у детей школьного возраста и их коррекция. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 1991. – 19 с.
2. Антропов Ю. Ф., Шевченко Ю. С. Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков. – М.: Изд. Института Психотерапии, 2000. – 320 с.
3. Божович Л. И. Избранные психологические труды. Проблемы формирования личности. – М.: МПА, 1995.
4. Варга А. Я. Системная семейная психотерапия. Краткий лекционный курс. – СПб.: Речь, 2001. – 144 с.
5. Исаев Д. Н. Психосоматические расстройства у детей: руководство для врачей: - СПб.: Питер, 2000. – 512 с.
6. Мухина В. С. Возрастная психология: феноменология развития, детство, отрочество. – 2-е изд. – М.: Академия, 1997.
7. Никольская И. М., Грановская Р. М. Психологическая защита у детей. – СПб.: Речь, 2001. – 507 с.
8. Сатир В. Психология семьи. – СПб.: Речь, 2002. – 281 с.
9. Системная психотерапия. Практикум по психотерапии. / Под ред. Э. Г. Эйдемиллера. – СПб: Питер, 2002. – 368 с.
10. Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В., Никольская И. М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. Учебное пособие для врачей и психологов. – СПб.: Речь, 2003. – 336 с.
11. Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В. Психология и психотерапия семьи. – СПб.: Питер, 1999. – 656 с.
12. Caron C. Femmes, mères, enfants et consommation de drogues. // Santé. Réduction des Risques. Usages de Drogues. – 2002. – SWAPS n 24.
13. Lazarus R. S., Folkman S. Transactional theory and research on emotion and coping. // europ. j. Personality – 1987. – v. 1. – P. 141 – 169.
14. Lazarus R. S. Coping theory and research: Past, present and future // Psychosomatic Medicine. 1993. – Vol. 55. P. 234 – 247.
15. Luban-Plozza B., Poldinger W., Kreder F. Der psychosomatisch Kranke in der Praxis. – Berlin: Springer Verlag. – 1994.
16. Perrez M., Plancherel B., Ababkov V. Nouvelle approche pour l'étude du stress dans les interactions familiales. In: J. – P. Pourtous et H. Desmet (Eds.). Relation familiale et resilience. Paris – Montreal: L'Harmattan, 2000. – S. 217–254.

И. А. Вахрушева

РОЛЬ НЕГАТИВНОГО СЕМЕЙНОГО ФАКТОРА В ВОЗНИКНОВЕНИИ И ПРОТЕКАНИИ ГАСТРОПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

Русская христианская гуманитарная академия (Санкт-Петербург).

К проблеме связи семейного неблагополучия с возникновением и протеканием психосоматических заболеваний у детей обращаются как зарубежные, так и российские авторы. Большое значение этой теме уделяли исследователи психоаналитической школы (Fries M., 1944; Ribble M., 1945; Kanner L., 1945; Фрейд; З., 1924; Адлер А., 1974; Levy D., 1966; и другие), которые изучали взаимосвязь между матерью и ребенком,

развитие болезненного состояния у детей при дефиците материнского внимания [1]. Существенный вклад в разработку психосоматической проблемы в своих теоретических и практических работах внес Э. Г. Эйдемиллер, который в совместной с В. В. Юстицким монографии «Семейная психотерапия» (1990) описывает нарушения основных сфер жизнедеятельности семьи как источника психической травматизации лично-

сти, которая приводит к психосоматическим заболеваниям [3]. В свою очередь, Д. Н. Исаев подчеркивает многофакторность патогенеза психосоматических расстройств, где одним из основных факторов является неблагоприятный семейный фон [2]. По данным Ю. Е. Лапина (1976) установлено, что среди семей, имеющих детей с гастродуоденальной патологией удельный вес неполных семей в 1,4 раза выше, чем в семьях со здоровыми детьми, а психологически нездоровый климат в семьях больных гастродуоденитом встречается в 1,8–2,5 раза чаще, чем в семьях здоровых.

Исследование данной проблемы остается актуальным в связи с ростом числа психосоматических заболеваний у детей. Так, по данным В. Л. Пайкова (1996), за последние 10 лет частота патологии желудочно-кишечного тракта у детей возросла в 2,5 раза и составила 28 случаев из 100 при проведении массового осмотра.

В нашем исследовании приняли участие 177 подростков, в возрасте от 11 до 13 лет с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит и гастродуоденит). Контрольную группу составили 60 здоровых подростков.

Изучение взаимоотношений в семьях подростков с заболеваниями желудочно-кишечного тракта обнаружило, что такие показатели уровня благополучия в семье как: оценивание родителями школы и учителей; взаимоотношения и взаимопомощь в семье - оцениваются больными подростками в их высказываниях значительно выше, чем здоровыми.

По шкале, оценивающей отношение родителей к школе и учителям, обнаружено, что 97% родителей, по мнению больных подростков, хорошо относятся к школьным учителям своих детей. Это может свидетельствовать о том, что родители не оказывают своему ребенку необходимую поддержку. Обычно они встают на сторону учителя, всячески

одобряют действия школы, создавая таким образом для подростка безвыходную ситуацию, когда ему не к кому обратиться за помощью или советом и надо искать другой способ справиться с проблемами. Одним из таких способов может быть уход в болезнь.

Лишь в 2% случаев родители, как считают больные испытуемые, негативно относятся к учителям и при необходимости могут защитить своих детей. В то же время, по мнению здоровых подростков, их родители гораздо чаще относятся к школе и к учителям негативно, тем самым соглашаясь, что учитель может быть неправ и несправедлив. Этим они поддерживают своих детей, так как не создают коалиции с учителями против подростка.

При этом 87% подростков основной группы считают, что воспитательные установки их родителей гибкие и могут быть адаптированы к ситуации, то есть родители не сердятся или редко сердятся, если дети спорят с ними, а также редко отвергают их просьбы. Оценивая взаимоотношения в своей семье, 90% больных подростков относят их к нормальным, и только 10% - к холодным, недружественным. В отличие от этого, здоровые подростки гораздо чаще дают негативную оценку взаимоотношениям в семье, считая, что в них отсутствует теплота и дружеское понимание.

Таким образом, больные подростки, по сравнению со здоровыми, показывают более позитивное отношение к своей семье, что может говорить о невозможности выражения больными детьми неизбежно возникающих отрицательных эмоций по отношению к семье и школе.

В семьях здоровых детей царит атмосфера, в которой можно безопасно выражать как позитивные, так и негативные эмоции. По данным литературы, именно это способствует психологическому здоровью детей, так как не заставляет ребенка подавлять гнев, страдание, страх, презрение, для того чтобы заслужить

поощрение родителей и учителей.

Это подтверждается при исследовании отношения к семье у больных подростков с помощью цветоассоциативного эксперимента и отношения к факту болезни у детей со стороны родителей. Семья для больных подростков, в отличие от здоровых, чаще ассоциируется с потребностью изменить существующее положение вещей, с одной стороны, а с другой, - с потребностью в нежных чувствах и с желанием произвести приятное впечатление, чтобы заслужить любовь. Таким образом, больные дети ждут от семьи в целом, от матери и отца эмоциональной поддержки, понимания и помощи в трудной для них ситуации, помощи в изменении этой ситуации. Не получая этого, они отгораживаются и замыкаются в себе, но при этом стараются быть «хорошими», чтобы завоевать признание в семье и любовь родителей.

Оценивая взаимопомощь в семье, 55% больных подростков отрицают ее наличие и наличие совместной деятельности. 45% из них говорят о частичной включенности всех членов в семейные дела (участие в совместном с родителями решении хозяйственных вопросов, выполнение домашних обязанностей, помощь друг другу в домашних делах). Максимального количества баллов по этой шкале не обнаружил никто из испытуемых, что, скорее всего, говорит о периодичности взаимопомощи в семье и об отсутствии ее стабильности.

Определяя доминантность матери или отца в семье, 64% подростков основной группы отмечают, что в их семье максимально доминантную роль играет мать, и лишь 13% – что отец. Умеренно доминантную роль мать играет в 34% семей, а отец - в 50%. Не имеет никакой власти мать в 2% случаев, отец - в 63%. Прочие лица (бабушка, тетя, сестра) только в 15% семей играют среднюю или высокую доминирующую роль.

При этом важно отметить, что оба родителя максимально и в рав-

ной степени участвуют в воспитании детей лишь в 7% случаев, среднюю и равную выраженность доминирования в семье обоих родителей можно обнаружить только в 10% случаев. Разная степень доминирования при хотя бы частичном участии в воспитании детей обоих супругов представлена у 62% подростков, соответственно 38% больных подростков воспитываются только одним родителем в семье. Хотелось бы отметить, что лишь в 5% случаев данные подростки живут в семье с одним родителем или вообще не имеют родителей.

Таким образом, большая часть детей (64%) считают мать главой семьи, а влияние отца на воспитание детей почти отсутствует в 63% случаев. Треть детей в полных семьях указывают на отсутствие в воспитании отца полностью.

Здоровые подростки также определяют мать как основную фигуру, участвующую в их воспитании, причем 70% из них выделяют максимальную доминантность исключительно матери. Отец лишь в 5% случаев является единственной доминантной фигурой в семье. 45% здоровых детей отрицают влияние отца на их воспитание полностью. При этом неполные семьи составляют в этой группе 8%.

Интересным является следующее различие, связанное с семейным взаимодействием. Для семей больных девочек характерно наличие жестких воспитательных установок родителей и методов воспитания. В семьях больных мальчиков обнаруживается эмоциональное напряжение по отношению к матери, а также отсутствие поддержки семьи в ситуации, когда случаются неприятности в школе. По отношению к болезни девочки испытывают страх. Мальчики – тревогу и переживания из-за того, что болезнь мешает им общаться; а так же пассивное отношение к излечению от болезни и боли.

Обнаружено важное различие в отношениях с матерью и отцом в

семьях больных подростков. Мать, являясь доминирующей в воспитании ребенка фигурой, навязывает ему тревогу и переживания за здоровье и жизнь, а при доминировании отца в воспитании у детей формируется запрет на высказывание своих чувств, что приводит к тому, что они их не понимают и не различают.

Анализ результатов отношения к «другим родственникам» (братьям, сестрам бабушкам, дедушкам) показал, что больные подростки в отношении их испытывают целую гамму чувств и потребностей: от потребности «в изменении существующей ситуации» и «жить полной жизнью» и до стремления отгородиться, не вовлекаться в семейную ситуацию. У здоровых подростков наряду с этими эмоциями имеется еще потребность в успешной деятельности и стремление к самоутверждению.

Существенным моментом является отношение родителей к болезни ребенка и переживаемой им боли. Почти все больные подростки отмечают отсутствие эмоциональной поддержки и помощи, в момент, когда они заболели. Так, 70% детей показывают, что семья нервничала и переживала, а 22% - что семья их «бросила» (отправила в санаторий, занималась своими делами). Здесь отмечены значимые различия с группой здоровых детей - здоровые подростки указали, что в ситуации возникновения болезни семья оказывает им поддержку и помощь.

При жалобах на боль здоровым детям достоверно чаще, чем больным, оказывается эмоциональная поддержка со стороны родителей. В семьях же больных детей родители либо дают им лекарства и вызывают врача, либо сами начинают беспокоиться. При этом в семьях подростков с заболеваниями ЖКТ сами родители, при возникновении у них боли, достоверно чаще, чем в семьях здоровых подростков, лежат в кровати, нервничают и просят помощи у ребенка. Тем самым они вызывают у него тревогу и страх по отношению к болезни и усиливают

внутреннее напряжение.

Парадоксальным является факт, что больные дети в такой сложной ситуации, как болезнь и болевые ощущения, не получают поддержки родителей. Когда больной ребенок жалуется на недомогание или просит помощи, родители сами пугаются и начинают переживать и нервничать. Нередко они даже обвиняют больного ребенка во лжи, отправляют его лечиться к врачу или в санаторий.

При корреляционном анализе связь отношения к болезни у подростков с заболеваниями желудочно-кишечного тракта с семейной ситуацией была подтверждена. При поддержке больного ребенка и оказании ему помощи со стороны семьи у него не формируется страха и негативного отношения к болезни. Если же поддержки нет и семья сама постоянно тревожится по любому поводу, то это приводит к возникновению у детей страхов и негативных переживаний, связанных с болезнью.

В результате особенности взаимоотношений в семьях больных подростков можно охарактеризовать следующим образом. С одной стороны, подросткам не позволяется выражать негативные чувства, что служит фактором риска болезни, а с другой, - семья не оказывает больным подросткам помощи и поддержки, на которую они рассчитывают, чем провоцирует ухудшение их состояния и выработку неконструктивных способов переживания травмирующих ситуаций.

Таким образом, мы видим, какую важную роль играет семейный фактор в возникновении и протекании болезни у детей с гастропатологией и как негативная внутрисемейная ситуация сказывается на отношении ребенка к своему заболеванию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антропов Ю. Ф., Шевченко Ю. С. Психосоматические расстройства у детей. - М.: Изд. Института Психотерапии, Изд. НГМА, 2000. - 306 с.
2. Исаев Д. Н. Психосоматическая медицина детского возраста. - СПб.:

М. А. Никольский

**ВЗАИМОСВЯЗЬ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ
АСТМОЙ С МЕДИЦИНСКИМИ И НЕМЕДИЦИНСКИМИ
ФАКТОРАМИ**

**Санкт-Петербургский медицинский университета им. академика И.
П. Павлова.**

Актуальной проблемой при изучении детской бронхиальной астмы (БА) является оценка качества жизни (КЖ) больных. Под КЖ в медицине понимают "функциональные эффекты болезни и ее лечения на пациента, преломленные через его восприятие" [6]. Изучение КЖ больных позволяет изменить уровень отношения врача к пациенту с объектного на субъектный, индивидуализировать лечебные мероприятия в зависимости от потребностей индивидуума. К сожалению, большинство исследований КЖ связано с клиническими испытаниями лекарственных препаратов [3]. Мы считаем, что имеется явная переоценка значения КЖ в клинических испытаниях, где улучшение КЖ в процессе лечения связывается исключительно с действием изучаемого лекарства. Не учитывается, что КЖ является субъективным методом, который нельзя рассматривать без понимания немедицинских факторов, влияющих на ответы пациентов.

Вместе с тем в последнем и наиболее масштабном исследовании КЖ у детей с БА, проведенном в нашей стране (проект "ИКАР" под руководством академика РАМН А. Г. Чучалина), было показано, что их КЖ зависит как от факторов, характеризующих тяжесть болезни (потребность в бронхолитиках, параметры спирографии), так и в большей степени от таких факторов, как возраст ребенка, профессиональная занятость родителей, их образование и семейное положение [4, 5]. Это соотносится с данными нашей предыдущей работы, где было продемонстрировано, что на КЖ подростков с

астмой, измеренное неспецифическим опросником SF-36, выраженное влияние оказывают личностные свойства пациентов [2].

Целью настоящего исследования явилось изучение медицинских и немедицинских факторов, связанных с КЖ детей с бронхиальной астмой.

Всего были обследованы 172 ребенка (130 мальчиков и 42 девочки) в возрасте от 7 до 17 лет с бронхиальной астмой, проходящих лечение на аллергологическом отделении детской городской больницы № 2 г. Санкт-Петербурга. Средний возраст обследованных составил $13,0 \pm 0,17$.

Большинство пациентов (86,9%) получало в качестве базисной терапии ингаляционные кортикостероиды (будесонид, бекламетазон, фликсотид), 10,6% детей получали тайлед. Три пациента (1,88%) не получали базисной терапии. Все дети прошли клиническое, аллергологическое, функциональное обследование (спирография, провокационные пробы, пикфлоуметрия с определением суточной проходимости и лабильности бронхов).

При поступлении дети заполняли специфический детский опросник качества жизни E. Juniper (Paediatric Asthma Quality of Life Questionnaire - PAQLQ). Он позволяет определить три составляющие КЖ: ограничение физической активности, симптомы, эмоциональное состояние. Уровень КЖ, измеренный данным методикой, может варьировать от 1 до 7 баллов. Большее количество баллов свидетельствует о лучшем КЖ. Впервые в России методика была использована в 2000 году [1]. С целью изучения

дополнительных факторов, оказывающих влияние на КЖ, производилось изучение личностных свойств детей с помощью детского и подросткового вариантов личностного вопросника Р. Кеттелла, уровней их тревожности и депрессивности. Родители пациентов заполняли опросник Э. Г. Эйдемиллера и В. Юстицкиса «Анализ семейных взаимоотношений». Статистическая обработка включала t-критерий Стьюдента и линейный корреляционный анализ.

Показано, что в обследованной группе детей наиболее часто астма была диагностирована в возрасте от 3 до 7 лет. Длительность заболевания от первичной постановки диагноза до момента настоящего обследования составляла от 1 месяца до 14,5 лет (средняя длительность - 7,6 лет). По тяжести течения БА дети были распределены следующим образом: легкая степень тяжести - 5,6%, средняя степень тяжести - 53,1%, тяжелая - 41,3%. Наличие поливалентной сенсибилизации утяжеляло болезнь ($p < 0,05$). У детей с высокими оценками по личностным факторам Е (настойчивость, напористость) и Н (смелость) отмечалось более легкое течение астмы ($p < 0,01$) и ($p < 0,05$), соответственно.

В периоде обострения бронхиальной астмы в больницу поступили 47,5% пациентов.

Среднее общее КЖ обследованных детей составило 5,51 баллов. Среди обследованных детей у троих больных КЖ не было снижено ни по одному параметру и составляло 7 баллов. Среди симптомов БА снижение КЖ больше всего обуславливали одышка, кашель, свистящее дыхание. Среди ограничений повседневной активности на КЖ наиболее негативное влияние оказывало ограничение физической активности. В эмоциональной сфере детей больше всего беспокоило невозможность делать, то, что они хотят.

При сравнении КЖ мальчиков и девочек обнаружили следующие различия. Девочек достоверно чаще

беспокоила одышка ($p < 0,05$), они чаще просыпались ночью из-за астмы ($p < 0,01$), чаще плохо спали из-за астмы ($p < 0,05$). Таким образом, у девочек имелась тенденция к более низкому КЖ за счет симптомов БА.

При сравнении КЖ детей младшего школьного возраста (7-12 лет) и старшего школьного возраста (13-17 лет), выявлены следующие различия. Младшие дети достоверно чаще "злились из-за наличия астмы" ($p < 0,05$), испытывали плохое настроение из-за наличия астмы ($p < 0,05$), чувствовали себя отвергнутыми ($p < 0,01$), расстраивались из-за того, что не могли быть наравне со всеми ($p < 0,05$), чувствовали, что не были наравне со всеми ($p < 0,01$), были напуганы приступом астмы ($p < 0,05$). Таким образом, КЖ детей старшего школьного возраста по сравнению с младшими школьниками было значительно лучше в эмоциональной сфере ($p < 0,01$).

При сравнении КЖ детей, поступивших в периоде обострения, с детьми в периоде ремиссии выявлены различия по вопросам, касающимся проявлений БА. Больных в периоде обострения достоверно чаще беспокоил кашель ($p < 0,01$), они чаще просыпались и плохо спали ночью из-за астмы ($p < 0,01$), задыхались ($p < 0,01$).

При сравнении КЖ детей с различной степенью тяжести БА выявлены достоверные различия - у детей с более легким течением болезни КЖ было лучше.

Впервые проанализирована связь между качеством жизни больных БА и их психологическими особенностями. Обнаружено, что высокий уровень КЖ был связан со следующими личностными свойствами детей: доброта, сердечность (А+, $p < 0,01$), смелость (Н+, $p < 0,01$), самоуверенность (О-, $p < 0,05$), расслабленность (Q4-, $p < 0,01$).

Также нами выявлена выраженная связь между КЖ и уровнями депрессивности ($p < 0,001$) и тревожности ($p < 0,01$). Так, у детей с высокими уровнями депрессивности и тревож-

ности КЖ было низким и наоборот.

При анализе связи между КЖ и параметрами семейного воспитания выявлена сильная отрицательная корреляция между уровнем КЖ и особенностью личности самих родителей "фобия утраты ребенка" ($p < 0,01$). Также отмечена отрицательная корреляция между приверженностью родителей к санкциям (С+) и КЖ детей в области эмоциональной сферы. Кроме того, выраженное негативное влияние на КЖ пациентов оказывало отсутствие отца в семье ($p < 0,01$).

Отмечено также наличие связи между особенностями семейного воспитания и уровнем депрессивности у детей. Высокая депрессивность чаще имела место у детей, родители которых в своей воспитательной практике использовали большое количество санкций или наказаний (С+, $p < 0,01$). Это могло быть вызвано фобией утраты ребенка в связи с его тяжелой болезнью (ФУ, $p < 0,05$), ведущей к инфантилизации – предпочтению в ребенке детских качества (ПДК, $p < 0,01$). Высокий уровень депрессивности ребенка был также связан с наличием у его родителей супружеского конфликта и его вынесением в сферу воспитания (ВК, $p < 0,05$).

Высокая тревожность у ребенка тоже была связана с большим количеством санкций (С+, $p < 0,05$) и вынесением супружеского конфликта в сферу воспитания (ВК, $p < 0,01$). Кроме того, выявлена связь высокой тревожности у детей с расширением сферы родительских чувств (РРЧ, $p < 0,01$).

Полученные результаты показывают, что на КЖ детей с БА оказывают влияние не только медицинские, но и психосоциальные факторы. КЖ снижено в связи с наличием симптомов астмы, ограничениями в повседневной активности и нарушениями в эмоциональной сфере. КЖ связано с возрастом, полом, тяжестью БА и личностными свойствами детей. Пациентов с высоким КЖ ха-

рактеризуют доброта, сердечность, смелость, самоуверенность, расслабленность, низкие уровни депрессивности и тревожности. Для детей с низким КЖ характерны обособленность, отчужденность, робость, склонность к чувству вины, напряженность, высокие уровни депрессивности и тревожности.

Обнаруженная в исследовании взаимосвязь между низким КЖ, высокими уровнями тревожности и депрессивности у детей, «фобией утраты ребенка» у их родителей, отсутствием отца в семье или наличием супружеского конфликта, выносимого в сферу воспитания, может рассматриваться как замкнутый круг дисфункционального расстройства в системе «болезнь – ребенок – родитель».

ЛИТЕРАТУРА

1. Желтунина Е. Л. Психопатология и КЖ у детей 8-14 лет, страдающих БА: автореф. дис. на соиск. учен. степ. к.м.н. : М., 2000. – 22 с.
2. Петрова Н. Н., Белякова А. В., Никольский М. А. Качество жизни у детей с хроническими психосоматическими заболеваниями // Ученые записки СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова, том VII, № 4, 2000, с. 84-86.
3. Сенкевич Н. Ю. Качество жизни и кооперативность больных БА : автореф. дис. на соиск. учен. степ. д.м.н.: М., 2000. – 65 с.
4. Чучалин А.Г., Белевский А.С., Смоленов И.В. Факторы, влияющие на качество жизни у детей с бронхиальной астмой // Пульмонология и Аллергология. № 3. 2003, с. 28-33.
5. Чучалин А.Г., Белевский А.С., Смоленов И.В. Качество жизни детей с бронхиальной астмой в России: результаты многоцентрового популяционного исследования // Пульмонология и Аллергология. № 3. 2003, с. 25-28.
6. Juniper E. F. How important is quality of life in pediatric asthma? // Pediatric Pulmonology, Supplement 15: 17-21 (1997).

И. А. Агеева, Л. А. Осадчая

**ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ,
СПОСОБСТВУЮЩИЕ УСТОЙЧИВОСТИ
К ФОРМИРОВАНИЮ ДЕВИАНТНЫХ ФОРМ ПОВЕДЕНИЯ**
Кыргызско-Российский Славянский университет (Бишкек).

В последнее время постоянно растут подростковые правонарушения, являясь отражением неблагополучия политической, экономической и нравственной жизни общества. Причины отклонений в поведении подростков связаны не только с социально-экономической и экологической нестабильностью общества. Они также являются результатом усиления влияния псевдокультуры, неблагоприятных семейных отношений, излишней занятости родителей, отсутствия контроля за поведением детей, роста неполных и неблагополучных семей, изменений в содержании ценностных ориентаций. В подростковой среде нарастают агрессивность, жестокость, экстремизм, готовность ради достижения своей цели идти не только на нарушение законов, но и на преступление [2; 3; 4; 5; 6; 7; 9; 11; 13].

Тем не менее, наряду со сложными, порой непредсказуемыми особенностями, в подростковом возрасте формируются такие важные качества, как стремление познать себя и других, поиск идентичности, желание самоутвердиться, формирование нравственных убеждений и рефлексия. Обращение к этим качествам могло бы стать значимым этапом в профилактике девиантного поведения. Выявление факторов, препятствующих формированию девиантного поведения, по мнению ряда авторов, позволит более плодотворно построить профилактическую программу [1; 4; 10; 12; 13; 14].

Исходя из вышесказанного, целью настоящего исследования явилось изучение личностных особенностей подростков, препятствующих формированию девиантного поведения.

Мы предположили, что адаптивные копинг-стратегии, сформированные на базе таких личностных

копинг-ресурсов, как адекватная самооценка, нормальный уровень тревожности, высокий самоконтроль поведения, - являются факторами предупреждения девиантного поведения.

Для реализации поставленной цели использовался психодиагностический метод, включающий методику многофакторного исследования личности Р. Кеттелла [16]; интегративный тест тревожности (ИТТ) [15]; Бернский опросник «Способы преодоления критических ситуаций» Э. Хайма (1988); методику диагностики склонности к отклоняющемуся поведению А. Н. Орловой (2000) [14]; шкалу социально-психологической адаптированности, разработанную К. Роджерсом и Р. Даймондом (1954) и адаптированную Т.В. Снегиревой [8]; анкету, составленную на основании опросника Т.М. Ахенбаха. Данные, полученные в результате психодиагностического исследования, были обработаны с использованием программного пакета Microsoft Offis.

Всего были обследованы 60 подростков в возрасте от 16 до 18 лет, обучающихся в среднем специальном учебном заведении г. Бишкека. Представители этой возрастной группы нас интересовали не случайно: подростки росли, учились, воспитывались практически в одинаковых условиях, но одни успешно адаптировались в обществе, а у других формировалось отклоняющееся поведение. В этой связи важной задачей был поиск параметров, которые помогали подросткам в их социально-психологической адаптации.

По данным методики «Склонность к отклоняющемуся поведению» выборка была разделена на две группы:

1) подростки, не склонные к проявлению девиантных форм поведения;

2) подростки, склонные к проявлению девиантных форм поведения.

В последующем вся статистическая обработка данных проводилась с учетом выделенных групп.

Уровень материального благополучия, а также социальный статус представителей двух групп были относительно равнозначны. Тем не менее, в 1-й группе статистически достоверно преобладали матери со средним специальным образованием ($p < 0.05$), а во 2-й группе – матери с неполным средним образованием ($p < 0.05$).

Анализ анкетных данных показал, что во 2-й группе, по сравнению с 1-й, статистически достоверно больше подростков не имело никаких увлечений ($p < 0.05$) и характеризовалось более широкими социальными контактами ("два или три друга": 66% и 35% при $p < 0.02$). При этом подростки из 1-й группы статистически достоверно меньше времени проводили в компании друзей ($p < 0.05$) и больше были вовлечены в домашнюю работу ("нет обязанностей по дому": 2% и 20% при $p < 0.02$).

Исходя из вышесказанного, можно предположить, что подростки из 1-й группы имеют более эффективные навыки структурирования времени в сравнении с подростками из 2-й группы: в большей степени вовлечены в домашнюю работу, имеют различные увлечения и меньше времени проводят в компании друзей, уделяя больше внимания учебе.

По методике «Склонность к отклоняющемуся поведению» выявлены статистически достоверные различия между 1-й и 2-й группами по шкалам «Склонность к преодолению норм и правил» (0.19 ± 0.07 и 0.53 ± 0.09 при $p < 0.05$); «Волевой контроль эмоциональных реакций» (0.84 ± 0.07 и 0.47 ± 0.09 при $p < 0.001$). Подобное расположение показателей говорило о склонности подростков из 1-й группы следовать стереотипам

и общепринятым нормам поведения, а также о жестком контроле поведенческих и эмоциональных реакций, чувственных влечений. У подростков 2-й группы, наоборот, имели место склонность к преодолению социальных норм и правил, тенденция к противопоставлению собственных норм и ценностей групповым, а также нежелание или неспособность контролировать поведенческие проявления эмоциональных реакций и готовность реализовывать негативные эмоции непосредственно в поведении.

Анализ результатов, полученных при помощи интегративного теста тревожности, показал, что в 1-й группе, по сравнению со 2-й, имеет место низкий уровень ситуативной тревожности ($p < 0.001$). В структуре тревожности преобладал астенический компонент ($p < 0.05$), что указывало на высокую работоспособность, энергичность и активность подростков 1-й группы. Во 2-ой группе, по сравнению с 1-й, обнаружен высокий уровень личностной тревожности ($p > 0.001$), который свидетельствовал о низкой самооценке этих подростков.

Исследование подростков двух групп при помощи опросника Р. Кеттелла позволило получить их усредненные профили, на основании которых были выявлены следующие личностные характеристики.

Показатели шкал усредненного профиля 1-й группы распределены в пределах 3–6 стенов, отмечаются пики на шкалах C, F, G, H, Q3, а также снижение на шкалах M и Q1. Подобное расположение пиков показывает, что подростков 1-й группы отличает способность управлять своими эмоциями и поведением, хорошее осознание социальных требований и следование им, приспособленность к действительности, общительность, легкое отношение к жизни, оптимистичность, находчивость, решительность, мотивация достижения, склонность трезво оценивать ситуацию, принимать решения и планиро-

вать свою жизнь.

Показатели шкал усредненного профиля 2-й группы распределены в пределах 2–4 стена, отмечается подъем профиля по шкалам А, F, G, H, N, O и снижение показателей по шкалам Q2, Q3. Подобное расположение пиков свидетельствует о том, что подростки 2-й группы подвержены аффективным переживаниям, эмоционально лабильны. Они характеризуются конфликтностью, холодностью в социальных контактах, ориентацией на мнение группы, неспособностью контролировать свои эмоции и поведение, ригидностью в принятии решений, неуверенностью в своих силах, ранимостью, тенденцией ухода в себя, неприятием общественных норм и требований, конформностью, трудностями в поведении.

Анализ данных, полученных при помощи Бернского опросника «Способы преодоления критических ситуаций» Э. Хайма, выявил, что для подростков 1-й группы характерны адаптивные (продуктивные) стратегии совладания со стрессом. Стратегия "Проблемный анализ" направлена на непосредственное решение проблемной ситуации ($p > 0.05$). В данном случае главный компонент копинга – когнитивный. "Установка собственной ценности" – стратегия, помогающая во фрустрирующих ситуациях ($p < 0.05$). Здесь также главный компонент копинга – когнитивный. Также у этих подростков в большей степени была выражена стратегия совладания со стрессом «Оптимизм» ($p < 0.05$), где главный компонент копинга – эмоциональный.

У подростков из 2-й группы преобладала стратегия совладания со стрессом «Отступление» ($p < 0.05$), где главный компонент копинга – поведенческий.

Результаты, полученные с помощью методики "Шкала социально-психологической адаптированности" свидетельствовали о том, что подростки 1-й группы характеризуются более высокими показателями социальной

адаптированности ($p < 0.05$), приятием себя ($p < 0.05$), внутренним контролем ($p < 0.05$). Подростки из 2-й группы, напротив, характеризуются низкими показателями социальной адаптированности, неприятием себя и ожиданием внешнего контроля, пассивностью в решении жизненных задач.

На основании полученных данных можно сделать вывод о том, что личностными факторами, способствующими устойчивости к формированию девиантных форм поведения, являются способность контролировать свое поведение, адекватная самооценка, хорошее осознание требований действительности, находчивость, энергичность, общительность и отсутствие трудностей в общении, решительность, склонность быстро принимать решения, умение контролировать свои эмоции, сформированность когнитивных, эмоциональных и поведенческих компонентов стратегий совладания с проблемной ситуацией, социальная адаптация.

ЛИТЕРАТУРА

1. Асмолов А. Г. Психология личности. – М., 1990.
2. Байярд Р. Т., Байярд Д. Ваш беспокойный подросток. – М.: Семья и школа, 1995.
3. Беличева С. А. Основы превентивной психологии. – М., 1994.
4. Бернс Р. Развитие Я-концепции и воспитание. – М., 1986.
5. Бэрон Р., Ричардсон Д. Агрессия. – СПб.: Питер, 1997.
6. Девиантное поведение детей и подростков: проблемы и пути их решения / Под ред. В. А. Никитина. – М.: Союз, 1996.
7. Дереча В. А. Человек в поисках острых ощущений. О видах и механизмах личностной зависимости. – Оренбург, 2001. – 120с.
8. Диагностика и коррекция нарушений социальной адаптации подростков / Под ред. С. А. Беличевой. – М., 1998.
9. Змановская Е. В. Девиантология (психология отклоняющегося поведения). – М.: Академия, 2003.
10. Крайг Г. Психология разви-

тия. – СПб. : Питер, 2000.

11. Менделевич В. Д. Психология девиантного поведения. – М., 2001. – 432с.

12. Нартова-Бочавер С. К. "Coping Behavior" в системе понятий психологии личности // Психологический журнал. – 1997. – т. 18. – № 5.

13. Никольская И. М., Грановская Р. М. Психологическая защита у детей. – СПб. : Речь, 2000. – 507 с.

14. Предупреждение подростковой и юношеской наркомании // Под

ред. С. В. Березина, К. С. Лисицкого, И. Б. Орешниковой. – М., Изд-во Ин-та Психотерапии, 2000. – 256с.

15. Применение интегративного теста тревожности (ИТТ). Метод. реком. НИПНИ им. В. М. Бехтерева / А. П. Бизюк, Л. И. Вассерман, Б. В. Иовлев. – СПб., 2001. – 16с.

16. Рукавишников А. А., Соколова М. В. Факторный личностный опросник Р. Кеттелла. Руководство по использованию. – СПб.: "ИМАТОН", 1995. – 89с.

Е. А. Морозова

РОЛЬ ДИСФУНКЦИИ СЕМЕЙНОЙ СИСТЕМЫ В РАЗВИТИИ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ В ФОРМЕ ОТКАЗА ОТ ПОСЕЩЕНИЯ ШКОЛЫ

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования.

В настоящее время для нашей страны актуальной является проблема поведенческих и эмоциональных расстройств у детей и подростков в форме отказа от посещения школы. Несмотря на то что в течение последних 10 лет эта проблема подвергалась изучению, все еще нет единого мнения о ее причинах и эффективных способах лечения. Расстройства поведения в этом случае характеризуются стойким типом диссоциального, агрессивного или вызывающего поведения. Такое поведение в своей наиболее крайней степени доходит до выраженного нарушения соответствующих возрасту социальных норм и является более тяжелым, чем обычный детский «злой умысел» или подростковое бунтарство. Под смешанными поведенческими и эмоциональными расстройствами понимают сочетание стойко агрессивного или вызывающего поведения с выраженными симптомами депрессии или тревоги [2,3].

Что же касается эмоциональных расстройств, то в детской психиатрии традиционно проводилась дифференциация между эмоциональными расстройствами, специфичными для детского и подросткового воз-

раста, и типом невротических расстройств у взрослых. Такая дифференциация основывалась на четырех аргументах. Во-первых, исследовательские данные показывали, что большинство детей с эмоциональными расстройствами становится нормальными взрослыми: только у меньшинства в зрелой жизни отмечаются невротические расстройства, которые не имеют значимых психопатологических предвестников в детстве. Следовательно, есть существенный разрыв между эмоциональными расстройствами, встречающимися в этих двух возрастных периодах. Во-вторых, многие эмоциональные расстройства в детстве скорее представляют преувеличения нормальных тенденций процесса развития, чем феномены, которые сами по себе качественно аномальны. В-третьих, в связи с последним аргументом часто высказываются теоретические предположения, что вовлеченные психические механизмы у детей не являются теми же самыми, что и при неврозах у взрослых. В-четвертых, эмоциональные расстройства детского возраста менее ясно дифференцируются на предположительно специфические

состояния, такие, как фобические или навязчивые расстройства [3].

Среди этиологических условий возникновения поведенческих и эмоциональных расстройств у детей дисфункция семейной системы занимает одно из значимых мест. Учитывая, что главной отличительной особенностью периода детства является зависимость ребенка от другого человека, не сопряженная с риском для жизни и здоровья, становится очевидным тот факт, что почти все подростки зависят от своих семей. В семье удовлетворяется значительная часть их потребностей – от материально-бытовых до потребностей в эмоциональной поддержке, любви, симпатии, общении и духовном росте. Если эти потребности не удовлетворяются, это порождает скрытую или явную тревогу, рост уровня нервно-психического напряжения [1]. Важным патогенетическим механизмом формирования отказа от посещения школы может выступать нарушение в семье функции первичного социального контроля. Эта функция обеспечивает выполнение членами семьи социальных норм. Особенно это касается детей и подростков, которые в силу возрастных особенностей не способны сами строить свое поведение в соответствии с предписаниями общества [1;4].

В подростковом возрасте ряд психологических механизмов, необходимых для осуществления самостоятельного поведения в качестве взрослого члена общества еще находится в стадии формирования. В то же время подросток вступает в этап интенсивного овладения социальными ролями взрослого человека, его круг общения быстро расширяется, увеличивается связь с неформальными группами. Все это происходит в условиях бурных физиологических, психологических и социальных перемен в организме и личности подростка. В этой связи подросток остро нуждается в направляющей и консультирующей помощи семьи: в объяснении, информировании, содей-

ствии в формировании оценки самых разных сторон жизни. Неспособность семьи справиться с этими задачами ставит подростка в трудное и уязвимое положение, обуславливая его дезориентацию в социальной действительности, обезоруживая перед лицом различных трудностей и противоречий [1,4]. Нарушения во взаимоотношениях родителей с детьми, которое прежде могло не играть заметной роли, выходит на первый план, становясь для подростка источником психической травматизации и нередко приводя к поведенческим и эмоциональным расстройствам в форме отказа от посещения школы.

С учетом вышеизложенного, актуальной является разработка программы психотерапевтических мероприятий, направленных на редукцию симптоматики у подростков и оптимизацию семейных отношений, способствующих гармонизации личности ребенка и повышению уровня его социальной адаптации. При этом подробно исследуются клинико-психологические характеристики подростков с поведенческими и эмоциональными расстройствами в форме отказа от посещения школы, особенности отношений в их семьях и типы семейного воспитания (в том числе, выполнение родителями функции первичного социального контроля), а также стили совладающего поведения у детей и родителей.

Основные задачи, которые решаются в процессе разрабатываемой интегративной модели групповой и семейной психотерапии, следующие:

- повышение самооценки;
- снижение тревоги;
- формирование социально значимых мотивов;
- формирование чувства ответственности за свое поведение;
- расширение временной перспективы;
- формирование конструктивного копинг-поведения;
- улучшение внутрисемейного

функционирования;

- поиск путей для семейной реадaptации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. В. Психология и психотерапия семьи. - СПб.: Питер, 1999. - 656 с.
2. Исаев Д. Н. Психопатология детского возраста. - СПб.: Специаль-

ная литература, 2001.

3. Вид В. Д., Попов Ю. В. Современная клиническая психиатрия. - СПб.: Экспертное бюро, 1997.

4. Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В., Никольская И. М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. СПб.: Речь, 2003. - 336 с.

М. Ю. Городнова

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ВИЧ-ПОЗИТИВНЫХ ЛИЦ В СИСТЕМЕ ОКАЗАНИЯ ИМ

МЕДИКО-ПСИХОЛОГО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ

СПб ГУЗ «Межрайонный наркологический диспансер № 1» (Санкт-Петербург).

По данным Российского Федерального Центра по профилактике и борьбе со СПИДом, на январь 2005 г. в России за все годы наблюдения, начиная с 1987 г., установлено 305242 случая ВИЧ-инфекции. В Санкт-Петербурге число заболевших составило 25178 человек. В 2004 г. ежемесячно выявлялось около 300 новых случаев (Информационный бюллетень СПб ГУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями», Санкт-Петербург, 2005). Доля случаев заражения вирусом иммунодефицита человека парентеральным путем (наркотическим) возросла почти на 10% по сравнению с 2003 г. и составила 65% из общего количества больных с установленными путями передачи. Одной из основных проблем в системе оказания помощи людям, живущим с ВИЧ/СПИД (ЛЖВС), является низкая обращаемость в городской центр СПИДа ВИЧ-позитивных пациентов, выявленных в районах города. Так в Красногвардейском районе, являющимся территорией реализации российско-американского проекта по лечению, уходу и поддержке людей, живущих с ВИЧ/СПИД, лишь 43% пациентов из числа выявленных встали на диспансерный учет в центр СПИДа. В рамках указанного проекта на базе реабилитационного нарко-

логического центра (НРЦ) при ГУЗ «Межрайонный наркологический диспансер №1», территориально расположенного в Красногвардейском районе, с целью оптимизации вовлечения ЛЖВС в систему оказания им помощи и поддержки было проведено исследование проблем, с которыми приходится сталкиваться ВИЧ-позитивным лицам.

В исследовании приняли участие 20 наркозависимых молодых людей-потребителей инъекционных наркотиков в возрасте от 17 до 29 лет, проходящих реабилитацию в условиях дневного стационара НРЦ. Лишь один респондент отметил, что проблема ВИЧ-инфекции его не касается, 45% из них отметили, что эта проблема напрямую касается их, а 35% касается их друзей и 20% их знакомых. Средний срок потребления инъекционных наркотиков в группе ВИЧ-позитивных пациентов (ВИЧ+) составил 7 лет, в группе ВИЧ-негативных (ВИЧ-) - 5,5 лет. В группе ВИЧ+ преобладали молодые люди - 6 человек из 9, а в группе ВИЧ- большее число составили девушки: 7 человек из 11. Средний срок от момента выявления вируса иммунодефицита составил 2,5 года (от 1 до 4 лет). Респондентам предлагалось ответить на ряд вопросов, касающихся проблем ЛЖВС и дать оценку уровню оказания помощи и

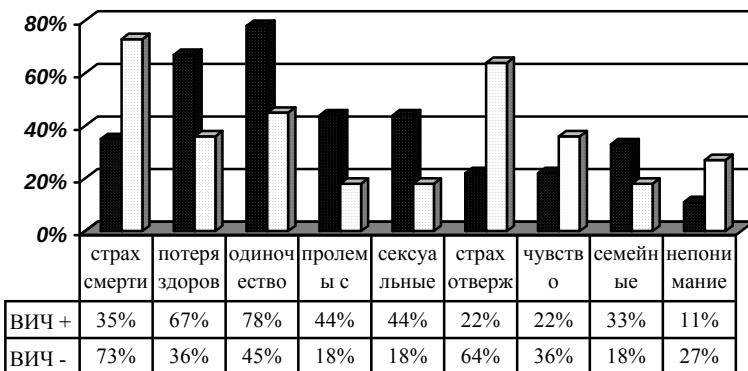
поддержки людям, живущим с ВИЧ и СПИД, в нашем городе. Первый блок вопросов касался оценки значимых проблем, стоящих перед ВИЧ-позитивными лицами. На первое место 78% ВИЧ+ пациентов выдвинули психологические и социальные проблемы, причем значимость социальных проблем подчеркивалась в большей степени, 56% отметили, что перед ними стоят духовные проблемы и 22% - медицинские. В тоже время ВИЧ-негативные респонденты так расставили приоритетные проблемы, стоящие перед ЛЖВС: на первом месте психологические проблемы (82%), втором – социальные (73%), затем медицинские (64%) и духовные (36%). Из духовных проблем, по мнению ВИЧ-позитивных лиц, наиболее остро стоит проблема потери смысла жизни (67%), чувство обреченности и «потеря осознания своей полезности в существовании», разочарование в жизненных и духовных ценностях. Можно отметить увеличение значимости духовных проблем у ВИЧ+ лиц при одновременном снижении значимости медицинских проблем по сравнению с неинфицированными пациентами. Данный факт указывает на увеличение роли религии в системе оказания помощи ЛЖВС. Из психологических проблем ВИЧ-позитивные пациенты по мере убы-

вания называют проблемы: одиночества (78%), потери здоровья (67%), проблемы с партнером и сексуальные проблемы (по 44%), страх смерти и семейные проблемы (по 35%), страх отвержения и чувство несправедливости (по 22%), непонимания (11%). ВИЧ-негативные сверстники в 73% ответов на первое место ставят страх смерти, на второе страх отвержения (64%), чувство одиночества предполагают 45% респондентов (Диаграмма №1).

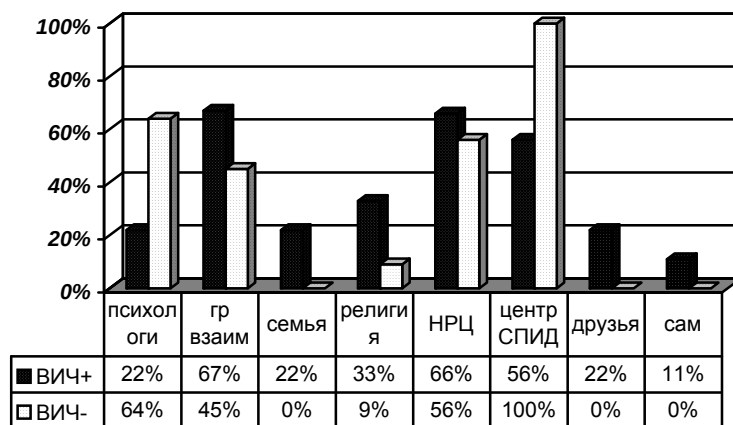
Таким образом, «ожидания» общества не совпадает с реальными переживаниями ВИЧ-позитивных лиц, для которых наиболее значимыми оказываются проблемы одиночества и потери здоровья, нежели страх смерти и отвержения. Это наблюдение отражает механизмы проекции общественного мнения и формирования негативного отношения к ЛЖВС.

Наиболее остро стоящие социальные проблемы, по мнению всех респондентов, являются трудности в лечении (89% из числа ВИЧ+ и 73% из числа ВИЧ-) и дискриминация в обществе. Причем, лишь 56% ВИЧ+ лиц указали эту проблему, тогда как 82% неинфицированных респондентов отмечают дискриминацию со стороны общества по отношению к ЛЖВС. Треть ВИЧ-позитивных пациентов отмечают трудности в тру-

психологические проблемы ЛЖВС (диаграмма №1)



ожидаемая помощь и поддержка ЛЖВС (диаграмма №2)



доустройстве.

Среди медицинских проблем ВИЧ+ пациенты на первое место ставят трудности в получении лечения (89%), обследования (56%), проблему некачественной помощи (22%). ВИЧ-негативные пациенты ожидают трудности в получении лечения в 73%, испытывают опасения по оказанию некачественной медицинской помощи и страх перед побочными эффектами терапии (по 45% ответов). Таким образом, среди группы риска, представленной ВИЧ-негативными потребителями инъекционных наркотиков, бытует миф о некачественной, пагубной, а порой и опасной медицинской помощи. Люди, непосредственно столкнувшиеся с проблемой и прошедшие консультирование в центре СПИД, преодолевают эти опасения.

Ожидают действенной помощи в решении проблем в центре СПИД 56% ВИЧ-позитивных лиц, 67% ориентированы на группы взаимопомощи, 66% на наркологические реабилитационные центры, 33% ищут помощи в религии, 22% ожидают получить ее у психологов, в семье, у друзей, 11% ориентированы на самостоятельное решение проблем. На помощь Центра СПИД в случае воз-

никновения проблемы рассчитывают 100% неинфицированных респондентов, больше половины доверяют психологам (64%) и наркологическим реабилитационным центрам (56%), 45% группам самопомощи, 9% надеются найти помощь в религии (диаграмма №2).

Снижение роли психологов, специалистов центра СПИД, при одновременном увеличении роли групп взаимопомощи, семьи, друзей, религии и ориентации на себя, среди ВИЧ+ респондентов указывает на расширение числа учреждений и институтов, реально участвующих в решении проблем ЛЖВС. Данные исследования указывают также на потенциал профилактической работы заключающейся в информировании населения о возможностях Центра СПИД, в создании и развитии сети групп поддержки, расширение сети психологической помощи. Программы помощи и поддержки ЛЖВС должны учитывать роль семьи, лечебных учреждений и религии в сфере оказания им помощи и активно вовлекать их в сеть учреждений действенной цепи.

В продолжение исследования респонденты ответили на вопрос о роли специалистов по вовлечению и

удержанию ЛЖВС в системе мероприятий по оказанию им помощи и лечения. ВИЧ+ лица первое место отдают врачам психиатрам-наркологам (100%), врачам инфекционистам и социальным работникам (по 67%), и затем (по 33%) группам самопомощи, специалистам центра СПИД и участковым врачам. В тоже время ожидания ВИЧ-негативных лиц, прежде всего, связаны со специалистами Центра СПИД (72%), по 43% отданы врачам-инфекционистам, психиатрам наркологам и группам взаимопомощи, по 29% - психологам, социальным работникам. Таким образом, роль врача-психиатра, нарколога является одной из ведущих в формировании приверженности к системе оказания помощи и поддержки среди ЛЖВС, страдающих наркоманией с инъекционной формой потребления наркотиков (ПИН). Роль психологов, специалистов центра СПИД, групп самопомощи приоритетна в работе с группой риска по формированию доверия к помогающим организациям. Заслуживает внимания тот факт, что 100% ВИЧ+ пациентов определяют непременным условием получение антиретровирусной терапии соблюдение режима трезвости, в то время, когда ВИЧ- пациенты в 50% ответов считают это условие необязательным и несправедливым.

На вопрос «Чего нашему обществу не хватает для оказания качественной помощи ВИЧ-

инфицированным и больным СПИДом?» 100% ВИЧ-позитивных пациентов назвали деньги, 78% понимания, 44% терпимости. Среди условно здоровых лиц 73% согласны, что финансирование недостаточно, 64% указали на недостаток понимания, по 27% отметили нетерпимость и недостаток доброты.

Таким образом, несмотря на низкий процент обращаемости ВИЧ инфицированных в Центр СПИДа, среди наркозависимых пациентов с ВИЧ-инфекцией и пациентов группы риска сохраняется высокий уровень доверия к данному лечебному учреждению, что необходимо использовать в программах привлечения пациентов в сеть учреждений оказывающих помощь. Полностью не используется потенциал врачей-психиатров, наркологов в решении указанных проблем. Недостаточна роль психологов, групп взаимопомощи, социальных работников в работе среди пациентов группы риска при высоких ожиданиях помощи по вовлечению ВИЧ-инфицированных пациентов в систему оказания им медико-психолого-социальной помощи с их стороны. Необходимо также давать больше положительной информации о возможностях разноплановой помощи и поддержки, оказываемой церковью, макро- и микросоциальным окружением (семья, общественные организации, образовательные учреждения и т.д.), укрепляя надежду и веру пациентов в себя и принимающее их общество.

В. Л. Кокоренко

ОСОБЕННОСТИ ПОЛОРОЛЕВОЙ ИДЕНТИФИКАЦИИ У ПОДРОСТКОВ С ОБЩИМ ПСИХИЧЕСКИМ НЕДОРАЗВИТИЕМ И ДЕФИЦИТАРНЫМ ТИПОМ ДИЗОНТОГЕНЕЗА Санкт-Петербургский государственный институт психологии и социальной работы.

Половая идентификация является важнейшим звеном структуры самосознания [1]. Она говорит о признании своей идентичности с соответствующим полом в физическом,

социальном и психологическом плане. Половая идентификация также включает в себя ценностные ориентации человека на свой пол как социальную роль, как сексуальную по-

тенцию и сексуальное поведение. Психологическое обретение пола происходит с раннего возраста до взрослости. Нарушение полоролевой идентификации нередко приводит человека к эмоциональному напряжению, фрустрации и неврозам.

Проективный тест «Возраст. Пол. Роль.» (ВПР) Э. Г. Эйдемиллера, В. Юстицкиса, С. В. Кудрявцевой [2] позволяет исследовать восприятие субъектом самого себя в аспекте пола и возраста, восприятие своей половой роли в данной системе отношений и отношение к этой роли. Методика представлена набором из 30 карточек, в котором 15 мужских и 15 женских штриховых портретов людей разного возраста. Возрастные границы (в соответствии с Международной классификацией ООН 1988 года) следующие:

1. дети в возрасте от 4 до 12 лет;
2. подростковый и юношеский возраст 13–21 год;
3. возраст ранней зрелости 22–35 лет;
4. возраст поздней зрелости 36–55 лет;
5. пожилой возраст – старше 55 лет.

Испытуемому предлагается выбрать 6 портретов, которые кажутся наиболее приятными (+), и 6 наиболее неприятных (-). Для каждого испытуемого с помощью весовых коэффициентов (зависящих от места, которое соответствующий портрет занимает в раскладке) рассчитываются значения предпочтений и отвержений по полу и возрасту.

С помощью теста ВПР было проведено исследование полоролевой идентификации 157 юношей и девушек (средний возраст 16,3). В три экспериментальные группы вошли: старшеклассники с легкой умственной отсталостью, старшеклассники с детским церебральным параличом (ДЦП) и старшеклассники с нарушениями слуха (по 30 человек в каждой группе). Контрольную группу составили 67 старшеклассников,

обучающихся в массовой школе и не имеющих отклонений психического развития.

При оценке полоролевой идентичности выявилось, что у всех девушек и юношей фемининная полоролевая идентичность доминирует над маскулинной. Для девушек это является показателем нормы. При этом у девушек с ДЦП, в отличие от девушек других групп, коэффициент фемининности преобладал над коэффициентом маскулинности незначительно, что, по-видимому, указывает на некоторую задержку в формировании адекватной полоролевой идентичности.

Преобладание фемининности у юношей может свидетельствовать о наличии определенных трудностей в формировании их адекватной полоролевой идентичности, что, по нашему мнению, может быть связано с актуальной социальной ситуацией. Во многих семьях воспитанием детей занимаются преимущественно матери, в школах образование и воспитание чаще также осуществляют педагоги-женщины. Именно недостаток мужского влияния, отсутствие в кругу непосредственного общения подростков взрослых мужчин, которые могут являться моделью для подражания, затрудняет своевременное формирование одной из самых важных составляющих структуры Я-концепции личности – полоролевой идентичности.

Все юноши и девушки, кроме группы юношей с нарушенным слухом, чаще выбирали в качестве предпочитаемых портреты женщин (KF+; абсолютный коэффициент предпочтения женских портретов), чем мужчин (KM+; абсолютный коэффициент предпочтения мужских портретов). И, напротив, реже отвергали портреты женщин (KF-), чем портреты мужчин (KM-). Однако во всех группах испытуемых, кроме юношей и девушек с ДЦП, суммарный балл мужских портретов (KM+ + KM-) был выше, чем суммарный балл женских (KF+ + KF-). То есть в целом значимость

мужского пола оказалась выше и у юношей, и у девушек.

Эмоциональное отношение к себе, к своему полу и своей возрастной группе M2 и F2¹ у всех юношей и девушек, кроме юношей с ДЦП, было положительное, весовой коэффициент предпочтения преобладал над коэффициентом отвержения. Отвергали испытуемые всех групп чаще всего портреты пожилых мужчин KM5– (m=0,29).

Для юношей с умственной отсталостью наиболее привлекательными оказались портреты девушек F2+ (m=0,23) и молодых женщин F3+ (m=0,20), а отвергаемыми, кроме вышеуказанных пожилых мужчин, явились мужчины зрелого возраста M4– (m=0,18). Если учесть, что у данной группы испытуемых показатель маскулинности M (m=0,96) сочетается с самым высоким среди всех обследованных нами юношей показателем фемининности F (m=10,92), то можно подозревать отвержение фигуры отца и наличие конфликта с мужчинами зрелого и пожилого возраста.

В то же время фигура матери F4 предпочиталась и отвергалась незначительно (F4+ - m=0,07; F4– - m=0,09), вытесняясь фигурами молодых женщин и девушек. Таким образом, психологическое отделение от матери к этому возрасту скорее уже произошло.

Также можно отметить, что для умственно отсталых юношей достаточно привлекательными являются мальчики младшего возраста M1+ (m=0,13). В отличие от юношей других групп отвержение портретов мальчиков M1 у них выражено меньше (p<0,0401). Это может говорить о некотором инфантилизме юношей с интеллектуальной недостаточностью.

Для девушек с умственной отсталостью самыми привлекательными

ми были портреты девочек F1+ (m=0,23) и молодых женщин F3+ (m=0,25), отвергаемыми, как и для юношей, – портреты мужчин зрелого возраста M4– (m=0,25). При этом весовой коэффициент отвержения мужчин M4– был достоверно выше, чем у всех других обследованных нами девушек (p<0,0007).

Юноши с ДЦП в качестве предпочитаемых выбирали портреты девочек младшего возраста F1+ (m=0,27) и женщин F4+ (m=0,20), а мужские портреты всех возрастных групп чаще отвергали, чем предпочитали. Причем несколько чаще отвергались мальчики M1– (m=0,10) и зрелые мужчины M4– (m=0,09).

Важно отметить, что отношение к своему полу и возрасту у юношей с ДЦП противоречиво-конфликтное. Об этом свидетельствует, во-первых, крайне низкий весовой коэффициент предпочитаемых и отвергаемых портретов своей половозрастной группы M2+ (m=0,06) и M2– (m=0,07) и, во-вторых, незначительный перевес показателя отвержения портретов своей половозрастной группы над показателем предпочтения. Также можно предположить, что проблема эмоционального отвержения себя и противоречивого образа Я у этих подростков не будет иметь скорого адекватного разрешения, так как потенциал для этого еще не накоплен. С одной стороны, идет отрицание своего предыдущего возраста M1– (m=0,10), что, в принципе, является нормой для подростков и юношей. С другой стороны, не сформирована позитивная временная перспектива полоролевого взросления. На это указывает низкий вес не только показателей M2+ и M2–, но M3+ и M3– (m=0,06), а также отрицание мужчин зрелого и пожилого возраста. Немаловажно, что все это сочетается с особой значимостью фигуры матери F4+, нехарактерной для юношей других исследованных групп (p<0,000006). Это, несомненно, дает юношам с ДЦП эмоциональную поддержку и ощущение

¹ Здесь и далее: цифра, стоящая рядом с коэффициентами M и F, обозначает номер возрастной группы портретов.

безопасности, снижает тревогу, но одновременно усиливает психологическую зависимость от матери и тормозит формирование полоролевой и возрастной идентичности. О задержке половозрастной идентичности юношей с ДЦП говорит и предпочтение девочек младшего возраста F1+ ($p < 0,001$) сверстницам F2+ ($p < 0,008$), что достоверно отличается их от всех других групп юношей.

Девушки с ДЦП предпочитали портреты девочек F1+ ($m=0,25$) и женщин зрелого возраста F4+ ($m=0,18$). Таким образом, фиксация на детском возрасте вместе с высокой значимостью образа матери укрепляют отмеченное выше предположение о задержке развития полоролевой и половозрастной идентичности у лиц с данным диагнозом. Однако у девушек с ДЦП, в отличие от юношей, на наш взгляд ситуация более благоприятна, так как их восприятие актуального и будущего образа Я более позитивно: F2+ ($m=0,08$); F2- ($m=0,03$) и F3+ ($m=0,17$).

В числе отвергаемых портретов у девушек с ДЦП были и мужские: M4- ($m=0,21$), M5- ($m=0,20$) и M2- ($m=0,13$). Это указывает, что девушки, имеющие проблемы полоролевой и половозрастной идентификации, затрудняются в позитивном восприятии мужчин, как сверстников, так и лиц родительского возраста.

Для юношей с нарушенным слухом характерна высокая значимость портретов мальчиков младшей возрастной группы и, в то же время, амбивалентное отношение к ним M1+ ($m=0,12$), M1- ($m=0,11$). Более того, большинство предпочитаемых мужских портретов имели довольно большой весовой коэффициент: M2+ ($m=0,12$), M3+ ($m=0,16$), M4+ ($m=0,15$). То есть, несмотря на противоречивое восприятие своего Я в детстве, в целом у юношей с проблемами слуха стойкое позитивное отношение к своему полу. Юноши со слуховыми нарушениями – единственные среди всех испытуемых

($p < 0,032$), кто предпочитал мужские портреты чаще женских (KM+ =0,55; KF+ =0,44) и показал положительное отношение к значимой фигуре отца M4+ ($m=0,15$), M4- ($m=0,08$). Учитывая развитый интерес к девушкам F2+ ($m=0,15$), молодым женщинам F3+ ($m=0,13$) и снижение значимости фигуры матери F4+ ($m=0,01$), можно утверждать, что у юношей с нарушенным слухом процесс полоролевой и половозрастной идентификации проходит оптимально.

При многих сходных тенденциях у юношей из контрольной группы отмечается несколько больший вес предпочтения женских портретов F2+ ($m=0,17$) и F3+ ($m=0,24$), а также противоречиво-конфликтное отношение к образу отца, т.е. к мужчинам зрелого возраста: M4+ ($m=0,12$), M4- ($m=0,12$).

Девушки с нарушенным слухом и девушки, не имеющие нарушений психического развития, также показали схожие результаты. Наиболее предпочитаемыми для них оказались портреты молодых женщин F3+ ($m=0,24$ и $m=0,27$ соответственно) и девушек своей возрастной группы F2+ ($m=0,15$ и $m=0,13$), а отвергаемыми – портреты пожилых мужчин. Кроме этого, для девушек с нарушенным слухом достаточно значимой является фигура отца – M4+ ($m=0,07$) при $p < 0,017$; M4- ($m=0,09$), а у девушек из контрольной группы явно проявляется интерес и положительное эмоциональное отношение к юношам M2+ ($m=0,12$) и молодым мужчинам M3+ ($m=0,12$).

Обобщая результаты исследования половозрастной идентификации подростков экспериментальной и контрольной групп, укажем, что значимые различия обнаружены по следующим половозрастным группам:

M1- ($p < 0,024$) – юноши контрольной группы чаще отвергают портреты мальчиков, чем юноши, имеющие нарушения развития;

F4+ ($p < 0,002$) – у юношей экспериментальной группы (преимущественно – ДЦП и умственно отста-

лых) больше выражено предпочтение портретов женщин зрелого возраста, чем у нормально развивающихся юношей;

F1+ ($p < 0,029$) – девушки контрольной группы реже предпочитают портреты девочек, чем девушки, имеющие нарушения развития;

M4– ($p < 0,00002$) – у девушек экспериментальной группы (преимущественно – умственно отсталых и ДЦП) больше выражено отвержение мужчин зрелого возраста, чем у нормально развивающихся девушек.

Таким образом, при оценке половозрастной идентичности подростков наиболее значимыми оказываются отношение к ребенку своего пола. Это отражает переживания собственного взросления и является

своеобразной «точкой отсчета» для отслеживания своих возрастных изменений, а также отношения к родителю противоположного пола. При адекватной половозрастной идентификации подростков снижается значимость фигуры родителя противоположного пола, то есть уменьшается психологическая зависимость от него и конфликтующе-отвергающее отношение становится ближе к нейтральному.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мухина В. С. Возрастная психология: феноменология развития, детство, отрочество. - М.: Изд. Центр «Академия», 1998. - 456 с.

2. Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. - СПб.: Питер, 1999. - 656 с.

Э. Ф. Ким

ПРЕДСТАВЛЕНИЯ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ О РЕАЛЬНЫХ И ИДЕАЛЬНЫХ РОДИТЕЛЯХ

Санкт-Петербургский государственный университет.

В настоящей работе изучена роль родительской семьи в формировании представлений молодых людей об идеальных фигурах отца и матери. По нашему мнению, эти представления оказывают влияние на формирование молодой семьи. С одной стороны, они дают возможность организовать собственную семейную жизнь по сценарию, отличному от сценариев предыдущих поколений, а, с другой, нередко ведут к распаду семьи, поскольку не учитывают реальности жизнедеятельности [1, 2, 3, 4].

Цель проведенного исследования заключалась в изучении взаимосвязи между представлениями взрослых детей о себе, реальных родителей, образах идеальных родителей и особенностями семейных отношений и удовлетворенностью ими. Для достижения этой цели решались следующие задачи:

- проанализировать представления молодых людей о себе, о реальных родителях и об образах идеальных родителей,

- определить особенности воспитания, используемого родителями взрослых детей,

- выявить удовлетворенность членов семьи отношениями между собой,

- проанализировать взаимосвязи изученных показателей.

Были исследованы 40 семей с детьми в возрасте от 20 до 25 лет (всего 100 чел.). На момент исследования молодые люди еще не состояли в браке, то есть не имели собственной семьи. Из 40 семей 9 – неполных (с одним родителем), 31 – полная (с двумя родителями).

Гипотезы исследования:

1. Представления молодых людей о реальных и идеальных родителях связаны с особенностями их семейного воспитания в родительской семье.

2. Образы идеальных родителей в представлении молодых людей более согласованы, чем образы реальных родителей.

Использовались Гиссенский

личностный опросник, опросник «Анализ семейных взаимоотношений» (АСВ), шкала удовлетворенности отношениями между собой членов семьи. Математическая обработка данных проводилась с использованием: *t*-критерия Стьюдента для независимых выборок, непараметрических критериев U Манна-Уитни и ТМФ (точный метод Фишера), дисперсионного анализа, корреляционного анализа.

В итоге были получены следующие результаты:

1. Среднестатистический психологический автопортрет молодого человека, принявшего участие в исследовании, характеризуется положительной социальной репутацией, склонностью к властолюбию, хорошим контролем над собой, положительным фоном настроения, замкнутостью, хорошими социальными способностями. При этом девушки оценивают свою социальную репутацию выше, чем юноши.

2. Психологический портрет реальной матери с точки зрения взрослых детей включает такие характеристики, как положительная социальная репутация, властолюбие, высокий контроль над собой, отрицательный фон настроения, замкнутость и низкие социальные способности. Отличий в портретах реальной матери у юношей и девушек не выявлено.

Психологический портрет реального отца, с точки зрения взрослых детей, отличают отрицательная социальная репутация, властолюбие, высокий контроль над собой, положительный фон настроения, замкнутость и низкие социальные способности. При этом девушки ниже, чем юноши, оценивают социальную репутацию своих отцов.

Сравнение образов реальных родителей обнаружило статистические различия по шкалам социальной репутации и преобладающего настроения. Взрослые дети считают, что их матери имеют положительную социальную репутацию и сни-

женный фон настроения, тогда как отцы – отрицательную социальную репутацию и положительный фон настроения.

3. Статистически значимые различия в оценках реальной и идеальной матери взрослыми детьми обнаружены по шкалам социального одобрения и преобладающего настроения. Идеальная мать оценивается, как имеющая более высокую социальную репутацию и не сниженный, а положительный фон настроения. Кроме того, идеальная мать, по сравнению с реальной, более открыта перед другими людьми. В оценках девушек идеальная мать должна также отличаться не властолюбием, а послушанием.

Достоверные различия в образах реального и идеального отца, созданных взрослыми детьми, прослежены по шкалам социальных способностей и преобладающего настроения. Идеальный отец, в отличие от реального, характеризуется не низкими, а высокими социальными способностями и еще более высоким положительным фоном настроения. Кроме того, идеальный отец должен иметь положительную, а не отрицательную социальную репутацию, а также отличается уступчивостью, а не властолюбием.

В оценках девушек идеальный отец, помимо этого, отличается большей открытостью, откровенностью и потребностью в любви.

4. Образы идеальных родителей – матери и отца в представлениях взрослых детей имеют чрезвычайно сплоченную связь, то есть, по сути, передают представление ребенка о просто идеальном человеке без дифференциации по полу и семейной роли.

5. Воспитательную практику родителей взрослых детей характеризует недостаточность запретов, санкций и воспитательная неуверенность. Чрезмерность требований-запретов предпочитают использовать отцы. В то же время их основной стратегией воспитания является гипопротекция, тогда как матерей от-

личает гиперпротекция. Последнее могло быть связано с тем, что для матерей чаще характерна фобия утраты ребенка.

6. Прослежена связь между особенностями воспитания родителей и самооценкой психологических свойств детьми. В семьях с гипопротекцией отца дети оценивают свой фон настроения как сниженный. Наличие у матери фобии утраты ребенка связано у детей с низким контролем над собой. Предпочтение матерью в ребенке женских качеств коррелирует с тем, что дети оценивают свою социальную репутацию и свои социальные способности, как низкие.

7. Выявлена связь между семейным воспитанием и образами реальных и идеальных родителей, созданными взрослыми детьми. Взрослые дети, чьи отцы используют чрезмерное число запретов, оценивают его как терпеливого и уступчивого. В семьях с гипопротекцией отца его оценивают как замкнутого и необщительного. Предпочтение матерью в ребенке женских качеств коррелирует с тем, что ее оценивают как имеющую низкие социальные способности, а реального отца – как человека с низким контролем над собой.

В семьях с гиперопекающим отцом идеальный отец представляется таким же. В семьях с гиперопекающей матерью идеальная мать представляется как имеющая низкие социальные способности, а отец – как человек с низкой социальной репутацией.

8. 75% участников исследования скорее были удовлетворены своими семейными отношениями. При этом наблюдалась тенденция к большей удовлетворенности отношениями взрослого ребенка с матерью, чем с отцом.

Удовлетворенность отношениями с отцом была связана с большим числом показателей, чем удовлетворенность отношений с матерью. На высоком Р-уровне значимости определено, что общая удовлетворенность семейными отношениями связана с удовлетворенностью взросло-

го ребенка отношениями с отцом, с удовлетворенностью ребенка отношениями родителей, с удовлетворенностью отца собственными супружескими отношениями.

9. Чем ниже общая удовлетворенность семейными отношениями, тем чаще взрослые дети имели отрицательный фон настроения, тем ниже они оценивали социальную привлекательность матери и тем в большей степени считали ее депрессивной, замкнутой и отстраненной от окружающих; тем менее общительным и социально активным оценивался отец, тем более беззаботной и легкомысленной представляется идеальная мать.

В ходе обработки полученных данных получили подтверждение обе выдвинутые гипотезы. Обобщая результаты исследования, можно прийти к выводу, что образы идеальных родителей – матери и отца – в представлениях взрослых детей имеют чрезвычайно сплоченную связь, то есть, по сути, передают представление ребенка о просто идеальном человеке без дифференциации по полу и семейной роли. В то же время реальные родители в результате своего действительного существования демонстрируют своим детям свойства, качества, особенности, обусловленные их различной природой и актуализируемые разными жизненными ситуациями. Однако предпочтение взрослыми детьми родительских свойств, по-видимому, в большей степени привязано к абстрактному образу идеального человека, без учета индивидуальных особенностей и социальных требований к нему.

ЛИТЕРАТУРА

1. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис. - М.: Прогресс, 1996. – 344 с.
2. Берн Э. Люди, которые играют в игры. - М.: АСТ, 1996. – 400 с.
3. Шнейдер Л. Б. Основы семейной психологии: Учеб. пособие. - М. – Воронеж: изд. НПО «МОДЭК», 2003. – 928 с.
4. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис

Л. В. Пилюгина**ПРОБЛЕМА ЭНДОГЕННЫХ МАНИАКАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ
В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ
И ЗАРУБЕЖНОЙ ЛИТЕРАТУРЕ****Кафедра детской и подростковой психиатрии, психотерапии и медицинской психологии РМАПО (Москва).****²Критерии диагностики маниакальных расстройств у детей**

О трудности диагностики маниакальных состояний у детей писали М. П. Кутанин (1914), L. Kanner (1937), L. Michaux (1953), G. Mayer-Gross et al. (1960), М. Ш. Вроно (1967), А. И. Плотицер (1976) и многие др., связывая это с тем, что детям «нормально свойственны общая живость и веселость». Н. И. Озерецкий (1938), отмечая трудности квалификации маниакального состояния у детей, говорил, что «чем меньше ребенок, тем больше у него выражена психомоторная возбудимость, и за ней бывает трудно выявить и повышенное настроение, и облегчение ассоциативных процессов». Обсуждая вопрос существования МДП в дошкольном и младшем школьном возрасте, D. A. van Kreveken (1972) предполагал, что зачастую начальные признаки заболевания не распознаются, так как маскируются нарушениями сна и аппетита и невыраженными нарушениями поведения, тем более что даже у здорового ребенка трудно установить «верхнюю границу маниакального темперамента».

Первые попытки разработать четкие диагностические критерии для маниакально-депрессивного психоза в детском возрасте, были предприняты в 1960 г. J. Anthony и P. Scott. По их мнению, для постановки диагноза циркулярного психоза не-

обходимы: 1) клиническая картина, схожая с классическим описанием МДП; 2) наследственная отягощенность; 3) преморбид экстравертированного типа; 4) ранняя тенденция к реакциям маниакально-депрессивного типа; 5) фазность течения; 6) хотя бы один рецидив фазы; 7) тяжесть течения, требующая стационарного лечения; 8) отсутствие связи с экзогенными; 9) отсутствие другой патологии (органические заболевания, шизофрения); 10) постановка диагноза в момент болезни, а не катамнестически. Используя собственные критерии, J. Anthony и P. Scott проанализировали 28 случаев МДП у детей, известных по литературе до 60-х годов. Только 3 случая, по их мнению, относились к МДП. Возраст этих трех детей был старше 11 лет, из чего авторы сделали вывод о редкости циркулярного психоза в детстве и невозможности его дебюта до пубертата, хотя «некоторые эмбриональные черты» могут проявиться в первые годы жизни.

Трудности диагностики маниакальных состояний и их редкость у детей, помимо прочего, связаны с использованием классических критериев, основанных на психопатологии взрослых, что было наглядно продемонстрировано в работе J. Anthony и P. Scott (1960). Однако у ребенка, не достигшего аффективного уровня нервно-психического реагирования (В. В. Ковалев, 1979), заметно изменяется психопатологическая картина того или иного состояния, становясь «атипичной» по сравнению с таковой

² Окончание. Начало см. в предыдущем выпуске.

у взрослых.

В 1976 г. W. A. Weinberg и R. A. Brumback, основываясь на литературных данных и собственных наблюдениях маниакальных детей в возрасте от 2 до 11 лет, сделали следующие выводы относительно детской мании: во всех случаях присутствовали гиперактивность, раздражительность, расстройство сна вплоть до полного его отсутствия; во многих случаях отмечались ускорение речи, отвлекаемость, агрессивность, отсутствие жалоб во время соматических болезней; во всех случаях имелись депрессивные включения той или иной степени выраженности; описанные состояния возбуждения качественно отличались от длительно повышенного уровня активности у детей с синдромом гиперактивности. W. A. Weinberg и R. A. Brumback предложили основные симптомы, необходимые для постановки синдромального диагноза маниакального расстройства у детей: 1) эйфория, 2) раздражительность, 3) гиперактивность, 4) речевой напор, 5) скачка мыслей, 6) идеи величия, 7) расстройство сна, 8) отвлекаемость. Диагноз мании считался достоверным, если у ребенка в течение хотя бы двух недель обнаруживался один из первых двух симптомов и как минимум три и более из остальных шести.

В отечественной литературе последних десятилетий маниакальным состояниям различной природы стало уделяться большее внимание. В работах А. С. Ломаченкова (1978), М. В. Башиной (1977, 1980, 1981), Л. Ю. Даниловой (1987, 1992, 2002), И. В. Буреломовой (1986), Ю. Л. Нуллера, И. Н. Михаленко (1988), Н. М. Иовчук (1974, 1975, 1989) даны подробные описания клинических картин детских маний, представлены их типологические классификации, особенности течения в различные возрастные периоды и при различной нозологической принадлежности, варианты прогнозов, однако четкие диагностические критерии, позво-

ляющие с большей достоверностью диагностировать маниакальное состояние, отсутствуют.

По МКБ-10 для диагностики мании признаки, описанные в начальном разделе, должны сопровождаться полным нарушением работоспособности, социальной адаптации и продолжаться не менее одной недели.

Критерии диагностики непсихотических маниакальных состояний, протекающих с фасадной психопатоподобной симптоматикой, близкой к клинической картине гиперкинетических расстройств поведения, были разработаны Ю. С. Шевченко (2000, 2003). Автор исследовал 30 пациентов мужского пола в возрасте от 5 до 11 лет, поступивших с диагнозом «гиперкинетическое расстройство» (F90) в ДПБ № 6 г. Москвы, и предложил следующие признаки «возбужденной мании» (W. Zeh, 1956) как диагностически значимые: 1) преобладание психомоторного и идеаторного возбуждения с двигательным беспокойством, многоречивостью, гиперметаморфозом внимания, аффективный компонент характеризуется едва заметным повышением настроения; 2) фазность поведенческих расстройств, обусловленных маниакальным возбуждением обнаруживается далеко не всегда, в ряде случаев отмечаются суточные колебания с нарастающим возбуждением во второй половине дня, иногда при повторных приступах удается обнаружить наличие сезонности; 3) соматовегетативные нарушения – укорочение сна, повышение аппетита, неутомимость, ощущение физического благополучия; 4) критерий *ex juvantibus* - психопатоподобные эквиваленты мании проявляют особую чувствительность к седативным нейролептикам, в особенности галоперидолу и лепонексу; 5) наследственная отягощенность эндогенными психическими заболеваниями, наличие аффективных фаз в анамнезе; 6) субъективное ощущение у сохранных больных необычности и неесте-

ственности своего поведения; 7) отсутствие в структуре маниакальных состояний актуальных признаков психоорганического синдрома, типичных для синдрома двигательной расторможенности резидуально-органической природы.

Таким образом, единичные описания диагностических критериев маниакальных состояний у детей, имеющие место в литературе, не являются общепризнанными и не дают отчетливых представлений о возрастных особенностях данных состояний и особенностях характеристик маний, относящихся к различным нозологическим единицам (МДП, шизофрении).

Дифференциальный диагноз.

Вопросы отграничения циклотимных маний у детей и подростков от маний процессуального происхождения, а так же эндогенного маниакального синдрома вообще от сходных по внешним проявлениям психопатологических состояний органического генеза обсуждались в литературе с момента первых описаний таких состояний. Об этом писали М. И. Лапидес (1940), С. С. Мнухин (1940), J. D. Campbell (1952, 1955), Г. Е. Сухарева (1955), Г. К. Ушаков (1973), С. Д. Озерецковский (1970), А. С. Ломаченков (1978), Н. Harbauer et al. (1980), И. В. Буреломова (1986), Н. М. Иовчук (1989), Ю. С. Шевченко (2000, 2003).

Еще в 1911 г. авторитетнейший психиатр Е. Bleuler написал, что «все симптомы МДП могут наблюдаться при шизофрении, но специфические симптомы шизофрении не бывают при МДП» (цит. по Л. Ю. Данилова, 1987). Многие исследователи считали, что существует атипичная шизофрения, которая протекает в виде приступов с выраженными аффективными расстройствами и требует проведения дифференциального диагноза с МДП (П. Б. Ганнушкин, С. А. Суханов, 1903; М. Urstein, 1909; В. А. Гиляровский, 1925; А. И. Винокуров, 1935; М. И. Лапидес, 1940, 1970; М. Я. Серейский, 1941, 1945; Р.

Hoch, H. L. Rachlin, 1941; Г. Е. Сухарева, 1955; С. Д. Озерецковский, 1970; Л. Ю. Данилова, 1987).

Г. Е. Сухарева (1947, 1955, 1962) в качестве симптомов, позволяющих заподозрить шизофрению уже на ранних стадиях процесса, называла «потерю свежести витального аффекта», «повышение протопатической эмоциональности с появлением немотивированного беспокойства, страха» и исчезновение чувства симпатии к близким. Она подчеркивала, что выраженные психотические симптомы могут встречаться и при МДП и при шизофрении, поэтому необходимо выявлять тонкие расстройства, в первую очередь – нарушения мышления, которые имеют большее диагностическое значение, чем собственно психотические симптомы, призывала выявлять характерные черты в «закономерностях развития болезни».

С. Д. Озерецковский (1973, 1975) считал нарастание полиморфизма аффективных приступов наиболее специфическим симптомом и предлагал рассматривать его диагностическим критерием, свидетельствующим в пользу шизофрении. В качестве начальных проявлений продромального периода приступа шизофрении с аффективными нарушениями автор называл субдепрессию, иногда с компонентами тревоги, значительно реже – гипоманиакальные состояния. При этом гипомания носила в себе черты шаловливости, веселости, иногда приходилось говорить о дурашливости с расторможением сферы влечений.

И. В. Буреломова (1986), описывая маниакальные состояния в рамках шизофрении, указывает на редуцированность или атипичность, монотонность и однообразие аффекта, отсутствие витального аффекта, тусклость эмоциональных реакций, наличие личностного дефекта, выраженного в той или иной степени (от легкой эмоциональной нивелировки до глубокого аутизма), что позволяет отграничить данные состояния от цик-

лотимных маний у детей и подростков.

Изучая особенности аффективных расстройств при шизофрении, многие зарубежные психиатры так же отмечали измененный, атипичный характер аффекта, а С. Wiek (1965) пришел к выводу о том, что он «пустой по содержанию, плоский». Н. Stutte (1963), Н. Remschmidt et al. (1973) считали, что появление среди симптомов нарушений аффекта явлений деперсонализации, параноидных черт, гебоидности, признаков малоподвижности мышления, удлинения аффективных фаз, нестойкости интермиссий указывает на возможность шизофренического процесса. Они так же, как и G. Nissen (1971, 1972), говорили о необходимости динамического наблюдения и постановки нозологического диагноза лишь по прошествии 3-5 аффективных фаз. Н. И. Озерский (1938), Г. Е. Сухарева (1940, 1955), М. Ш. Вроно (1971, 1973), А. С. Ломаченков (1978), И. В. Буреломова (1986), Н. М. Иовчук (1989) также считали длительное наблюдение необходимым условием правильного дифференциального диагноза.

Картина маниакального состояния внешне схожа с рисунком поведения детей с синдром двигательной расторможенности вследствие минимальной мозговой дисфункции или легкой энцефалопатии. В МКБ-10 последний синдром именуется «гиперкинетическим расстройством», а в англоязычных странах носит название «синдром дефицита внимания и гиперактивность» (СДВГ). В последние три-четыре десятилетия в педопсихиатрической литературе данному расстройству посвящено очень большое количество работ, что связано со значительной его распространенностью – от 5% до 20% среди детей школьного возраста, по данным разных авторов (М. W. Laufer и E. Dennhoff, 1957; J. Werry et al., 1972; B. Bond и S. Mae, 1978) (цит. по И. В. Буреломова,

1986). Некоторые зарубежные авторы (A. Annell, 1969; R. L. Jenkins, 1969; R. E. Davis, 1979; S. C. Feinstein, E. Wolpert, 1973; C. D. Casat, 1982) считали поведенческие расстройства, которые описываются в рамках синдрома детской гиперактивности, «продромальной манией». Позже, в последнее десятилетие XX века, их коллеги стали выдвигать предположения о возможной коморбидности маниакального синдрома и синдрома гиперактивности. Американские психиатры S. A. West, S. McElroy, S. Strakowski et al. (1995), исследовавшие 14 детей в возрасте от 12 до 18 лет с манией и гипоманией в рамках биполярного расстройства, обнаружили, что у 8 из них (57%) СДВГ предшествовал развитию мании и признаки маниакального расстройства были более выражены. Их коллеги J. Biederman, S. Faraone, E. Mick et al. (1996) провели 4-летнее исследование, в котором были обследованы мальчики от 6 до 17 лет. 140 детей имели СДВГ и 120 были без данного расстройства. В группе гиперактивных детей у 11% сразу и еще у 12% в течение 4 лет были обнаружены маниакальные биполярные нарушения. Авторы утверждают, что «дети с СДВГ имеют повышенный риск развития биполярного расстройства», «мания может быть важным сопутствующим СДВГ расстройством», утяжеляя картину последнего.

Проведение дифференциального диагноза необходимо между (гипо) маниакальными расстройствами эндогенной природы и гиперкинетическим синдромом. В качестве диагностических критериев для разграничения этих психопатологических образований И. В. Буреломова (1986), Н. М. Иовчук (1989) называли признаки церебрастенического синдрома (повышенная утомляемость, неустойчивость внимания, эмоциональная лабильность с раздражительностью, плаксивостью, злобностью), выраженные вегетососудистые расстройства и нарушение координации,

дислексию, дисграфию, дислалию, недостаточность фонематического слуха, т. е. признаки нарушения высших корковых функций, которые выявлялись параклиническими методами обследования детей с гиперкинетическим синдромом. Положительный эффект от регулярных курсов дегидратационной терапии также позволял снять предположение об эндогенном характере состояния. Ю. С. Шевченко (2000, 2003) считал, что в структуре маниакального состояния эндогенной природы отсутствуют типичные для синдрома двигательной расторможенности резидуально-органической природы признаки психоорганических нарушений (снижение памяти, инертность мышления, повышенная утомляемость, дефицит внимания), что позволяет провести дифференциальный диагноз между данными нарушениями.

Маниакальные состояния требуют также проведения дифференциального диагноза с акцентуациями личности и психопатиями гипертимного круга. По мнению А. С. Ломаченкова (1978), И. В. Буреломовой (1986), Н. М. Иовчук (1989), влеченность характерных особенностей (преобладание повышенного настроения, излишней подвижности, инициативности, ощущение соматического благополучия) в историю развития личности ребенка, синтонность, гармоничное развитие, наличие социальной адаптации и отсутствие довольно четкой очерченности, периодичности, признаков процессуального заболевания и динамики состояния позволяют отграничить эти клинически схожие, но различающиеся по природе группы нарушений.

Таким образом, в настоящее время общепризнанной является необходимость проведения дифференциального диагноза между маниакальными состояниями и другими психопатологическими единицами. При этом, если критерии дифференциального диагноза между циклотимной и процессуальной маниями признаются большинством отече-

ственных и зарубежных авторов, то в вопросе соотношения маниакальных расстройств и синдрома дефицита внимания и гиперактивности такого единства нет.

Суммируя все литературные данные можно сделать вывод о том, что исследования аффективной патологии в большей степени сконцентрированы на депрессивных нарушениях. Специальные работы, целиком посвященные детским маниям не только малочисленны, но и неоднородны по взглядам на эту проблему. Некоторые варианты маниакальных состояний описываются разными авторами сходным образом, но имеют отличные названия. Кроме того, отсутствуют достаточно четкие критерии, полностью удовлетворяющие большинство исследователей, для проведения дифференциальной диагностики маний со схожими состояниями иной этиологии, особенно с заболеваниями, развившимися на резидуально-органической почве. Данное положение делает очевидным необходимость продолжить исследования в данной области, разработать комплекс диагностических мероприятий, включающих в себя не только психиатрические и психологические методы обследования, но и нейропсихологические, что сделало бы нозологический и дифференциальный диагноз еще более точным и надежным.

ЛИТЕРАТУРА

1. Башина В. М. Клиника ранней детской шизофрении (Клинико-катамнестическое исследование) : Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. — М., 1977. — 41 с.
2. Башина В. М. Ранняя детская шизофрения (статика и динамика). — М.: Медицина, 1980. — 248 с.
3. Башина В. М. Аффективные расстройства (синдромы) в клинике шизофрении у детей // Журн. невропатол. и психиат. — 1981. — Т. 81, № 10. — С. 1514-1518.
4. Бодянская Н. Н., Баринова Н. Г. О патоморфозе маниакально-депрессивного психоза у детей и

подростков // Труды МНИИ психиатрии МЗ РСФСР. – М., 1976. – Т. 75. – С. 52-58.

5. Буреломова И. В. Затяжные гипоманиакальные состояния при шизофрении у детей // Проблемы шизофрении детского и подросткового возраста. – М., 1986. – С. 71-81.

6. Буреломова И. В. Маниакальные состояния при шизофрении у детей: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 1986. – 203 с.

7. Винокурова А. И. К вопросу о маниакально-депрессивном психозе и синдроме у детей // Невропатология, психиатрия и психогигиена. – 1935. Т. 4, №2. – С. 119-126.

8. Вроно М. Ш. Возрастные особенности течения шизофрении у детей и подростков: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. – М., 1967. – 20 с.

9. Вроно М. Ш. Шизофрения в детском возрасте // Шизофрения / Под ред. А. В. Снежневского. – М.: Медицина, 1972. – С. 77-106.

10. Ганнушкин П. Б., Суханов С. А. О циркулярном психозе и циркулярном течении // Медицинский обзор. – 1903. - № 1. – С. 1-12.

11. Гиляровский В. А. О ранних симптомах шизофрении // Врачебное дело. – 1925. - № 24-26. – С. 1866-1870.

12. Гиляровский В. А. Психопатология и психопрофилактика детского возраста // Сб. работ сотрудников дет. отд-ния Дон. невропсихиатр. лечебницы – психиатр. клиники 2МГУ / Под ред. В. А. Гиляровского. – М.: Изд-во Мосздравотдела, 1929. – 230 с.

13. Гиляровский В. А. Психиатрия. – 2-е изд. – М. -Л.: Биомедгиз, 1935. – 750 с.

14. Гуревич М. О. Психопатология детского возраста. – 2-е изд. – М.: Медгиз, 1932. – 231 с.

15. Данилова Л. Ю. Особенности фазных циклотимоподобных расстройств при малопрогрессирующей шизофрении у подростков // Проблемы шизофрении детского и подросткового возраста. – М., 1986. – С. 82-93.

16. Данилова Л. Ю. Клинические особенности подростковой шизофрении, протекающей в виде стертых аффективных приступов (циклотимоподобный вариант) : Дисс. ... канд. мед. наук. – М., 1987. – 235 с.

17. Данилова Л. Ю. Маниакально-депрессивный психоз в детском и подростковом возрасте // Учеб. пособие ЦИУВ. – М., 1992. – 28 с.

18. Данилова Л. Ю. Клинические особенности фазных маниакальных состояний в детском и подростковом возрасте // Психическое здоровье и социально-психологическая поддержка детей и подростков: состояние и перспективы (Материалы межрегиональной научно-практической конференции). – Кострома, 2002. – С. 94-95.

19. Жариков Н. М., Тюльпин Ю. Г. Психиатрия. – М.: Медицина, 2000. – 544 с.

20. Иовчук Н. М. Динамика депрессивных приступов при циркулярной шизофрении у подростков // Психиатрия, невропатология и нейрохирургия. – Рига, 1974. – Т. 1. – С. 67-71.

21. Иовчук Н. М. Клинико-психопатологические соотношения депрессивных и маниакальных состояний у подростков при шизофрении, протекающей с преобладанием фазных аффективных расстройств // Журн. невропатол. и психиат. – 1975. – Т. 75, № 10. – С. 1519-1524.

22. Иовчук Н. М., Козюля В. Г. Клинико-катамнестическое исследование пубертатных психозов с циклотимоподобными аффективными дебютами // Журн. невропатол. и психиат. – 1981. – Т. 81, № 10. – С. 1509-1514.

23. Иовчук Н. М. Эндогенные аффективные расстройства в детском возрасте: Дисс. ... докт. мед. наук. – М., 1989. – 464 с.

24. Исаев Д. Н. Психиатрия детского возраста (Учебно-методич. пособие СПбПМА). – Л.: Медицина, 1983. – 118 с.

25. Каннабих Ю. В. Циклотимия, ее симптомология и течение. –

М., 1914. – 418 с.

26. Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста (Руководство для врачей). – М.: Медицина, 1979. – 608 с.

27. Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста (Руководство для врачей). – 2-е изд., доп. и перераб. – М.: Медицина, 1995. – 506 с.

28. Ковалевский П. И. Меланхолия в детском возрасте // Медицинский вестник. – 1883. – № 2-3. – С. 115-117.

29. Коркина М. В., Лакосина Н. Д., Личко А. Е., Сергеев И. И. Психиатрия. – М.: МЕДпрессинформ, 2002. – 576 с.

30. Кутанин М. П. Маниакально-депрессивный психоз. – М., 1914. – 55 с.

31. Лапидес М. И. Клинико-психопатологические особенности депрессивных состояний у детей и подростков // Вопросы детской психиатрии. – М., 1940. – С. 39-77.

32. Лапидес М. И. О маниакальных и маниакальноподобных состояниях у детей и подростков при интоксикациях, органических поражениях головного мозга и шизофрении // Клиника, патогенез и лечение нервно-психических заболеваний. – М., 1970. – С. 112-113.

33. Левинсон А. Я. Ядерная группа циркулярной шизофрении и два ее клинических варианта // Вопросы клинической психиатрии. – Душанбе, 1963. – Т. 1, в. XI. – С. 15-35.

34. Личко А. Е. Подростковая психиатрия. – Л.: Медицина, 1985. – 416 с.

35. Ломаченков А. С. К вопросу о диагнозе и прогнозе МДП у детей и подростков // Труды Ленинградского педиатрического медицинского института. – 1971. Т. 57. – С. 97-102.

36. Ломаченков А. С. Клиника, течение маниакально-депрессивного психоза у детей и подростков (клинико-катамнестическое и ЭЭГ исследования) : Дисс. ... канд. мед. наук. – Л., 1978. – 232 с.

37. Лукомский И. И. Маниакально-депрессивный психоз. – М.: Медицина, 1964. – 115 с.

38. Лупандин В. М. Клиника периодической формы шизофрении у детей и подростков: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. – М., - 1972. – 24 с.

39. Мнухин С. С. К клинике маниакально-депрессивных психозов у детей // Советская невропсихиатрия. – М. – Л., 1940. – Т. III. – С. 34-48.

40. Морозова М. А. Клиника, течение и прогноз эндогенного аффективного психоза, протекающего с преобладанием маниакальных расстройств: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., - 1988. – 23 с.

41. Нуллер Ю. Л., Михаленко И. Н. Аффективные психозы. – М.: Медицина, 1988. – 264 с.

42. Озерецкий Н. И. Психопатология детского возраста. – 2-е изд., доп. и перераб. – М.: Гос. Учебно-педагогич. изд-во Наркомпроса РСФСР, 1938. – 328 с.

43. Озерецковский С. Д. К учению о циркулярной шизофрении (Вопросы истории, клиники, течения, прогноза, лечения) : Дисс. ... канд. мед. наук. – М., 1970. – 188 с.

44. Озерецковский С. Д. О депрессии у подростков // Труды Ленинградского научно-исследовательского психоневрологического института. – 1973. – Т. 67. – с. 53-61.

45. Озерецковский С. Д. К вопросу об отграничении периодической шизофрении от маниакально-депрессивного психоза у подростков // Труды МНИИ психиатрии МЗ РСФСР. – 1975. – Т. 70. – с. 75-79.

46. Озерецковский С. Д. Начальные проявления шизофрении с аффективными нарушениями и маниакально-депрессивного психоза у подростков // 4-ый Всероссийский съезд невропатологов и психиатров: тез. Докл. – Т. 1. – М., 1980. – С. 57-58.

47. Паничева Е. В. Сравнительная клинико-эпидемиологическая характеристика аффективных психозов и периодической шизофрении // Журн. невропатол. и психиат. – 1975. – Т. 75, № 4. – С. 550-558.

48. Плотицер А. И. Роль возрастного фактора в формировании кли-

нической картины маниакально-депрессивного психоза // Труды МНИИ психиатрии МЗ РСФСР. – 1976. – Т. 75. – С. 44-51.

49. Северный А. А. Принципы демаскирования маскированных аффективных синдромов // Актуальные вопросы неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – Рига, 1985. – С. 169-172.

50. Северный А. А., Иовчук Н. М. О проблеме «маскированной мании» // Актуальные вопросы психиатрии. – Таллинн, 1984. – С. 137-139.

51. Сербский В. П. Психиатрия. Руководство к изучению душевных болезней. – 2-е изд. – М., 1912. – 654 с.

52. Серейский М. Я. Об атипичных формах эндогенных психозов // Труды Центрального Института психиатрии. – М., 1941. – Т. 2. – С. 130-141.

53. Серейский М. Я. Атипичные формы маниакально-депрессивного психоза // Проблемы психиатрии военного времени. – М., 1945. – вып. 4. – С. 282-295.

54. Снежневский А. В. Об особенностях течения шизофрении // Журн. невропатол. и психиат. – 1960. Т. 60, № 9. – С. 1163-1175.

55. Сухарева Г. Е. Несколько положений о принципах психиатрической диагностики // Вопросы детской психиатрии / Под ред. Г. Е. Сухаревой. – М.: Медгиз. – 1940. – С. 5-27.

56. Сухарева Г. Е. Значение сравнительного возрастного метода в применении к изучению шизофрении // Труды Центрального Института психиатрии МЗ РСФСР. – 1947. – Т. 3. – С. 359-369.

57. Сухарева Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. – М.: Медгиз, 1955. – Т. 1. – 458 с.

58. Сухарева Г. Е. Влияние возрастных факторов на клиническую картину шизофрении у детей и подростков // Вопросы психиатрии детского возраста. – М., 1962. – С. 67-75.

59. Тиганов А. С. О некоторых особенностях маниакальных состоя-

ний при шизофрении, протекающей в виде шубов // Журн. невропатол. и психиат. – 1969. – Т. 69, № 2. – С. 249-253.

60. Тиганов А. С. Психопатология и клиника маниакальных состояний при шизофрении: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. – М., 1969. – 31 с.

61. Ушаков Г. К. Детская психиатрия. М.: Медицина, 1973. – 392 с.

62. Шевченко Ю. С. Диагностика «возбужденной мании», маскированной психопатоподобным поведением у детей // Журн. социальн. и клин. психиат. – 2000. – Т. 10, № 1. – с. 15-18.

63. Шевченко Ю. С. Диагностика «возбужденной мании», маскированной гиперкинетическим и психопатоподобным поведением у детей // В. Н. Мамцева. Детская и подростковая психиатрия / Под ред. Ю. С. Шевченко. – Учебное пособие. – М.: Медицина, 2003. – с. 370-377.

64. Ajuriaguerra J. De Manuel de l'enfant. – Paris: Masson, 1970/ – 1023 p.

65. Annell A. Manic-depressive Illness in Childhood and Adolescence and Effect of Treatment with Lithium carbonate // Acta Paedopsychiatrica. – 1969. – V. 36, N 8-10. – P. 292-301.

66. Anthony J., Scott P. Manic-depressive Psychosis in Childhood // J. Child. Psychol/ and Psychiatrie. – 1960. – V. 1, N 1. – P. 53-72.

67. Asperger H. Handbuch der Kinderheilkunde. – Berlin: Opitz H., Schmid F., 1969. – p. 108-130.

68. Barrett A. M. Manic-depressive psychosis in childhood // Int. Clin. – 1931. V. 3, series 41. – P. 205-207.

69. Bartholomew M. Our present knowledge about manic-depressive states in childhood // Nerv. Child. – 1952. – V. 9, N 3. – P. 319-325/

70. Biederman J., Faraone S., Mick E. et al. Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Juvenile Mania: Comorbide Disorder? // J. Am. Acad. Child Psychiatry. – 1996. – V. 35, N 8. – P. 997-1008

71. Bond B., Mae S. Hyperactive Children // J. Am. Med. Ass. – 1978. –

V. 239, N 10. – P. 968-969.

72. Bradley C. Definition of childhood in psychiatric literature // *Am. J. Psychiatry.* – 1937. – V. 94, N 1. – P. 33-36.

73. Campbell J. D. Manic-depressive psychosis in children. Report of 18 cases // *J. Nerv. and Ment. Dis.* – 1952. – V. 116, N 5. – P. 424-439.

74. Campbell J. D. Manic-depressive psychosis in children // *J. A. M. A.* – 1955. – V. 158, N 3. – P. 154-157.

75. Casat C. D. The under-and over-diagnosis of mania in children and adolescents // *Compr. Psychiat.* – 1982. – V. 23, N 6. – P. 552-559.

76. Davis R. E. Manic-depressive variant syndrome of childhood // *Am. J. Psychiat.* – 1979. – V. 129, N 5. – P. 702-706.

77. Eggers Ch. Cyclothyme Phasen im Beginn und im Verlauf schizophrener psychosen des Kindesalters // *Depressive states in Childhood and Adolescence/* – Stockholm, 1972. – P. 384-394.

78. Eggers Ch. Verlaufsweisen kindlichen und präpuberalen Schizophrenien. – Berlin-Heidelberg-New-York: Springer, 1973. – 250 s.

79. Eggers Ch., Stutte H. Zur nozologischen Umgrenzung der kindlichen und präpuberalen Schizophrenie // *Fortschr. Neurol. Psychiat.* – 1969. – Bd. 6. – P. 305-318.

80. Emminhaus H. Die psychischen, Störungen des Kindesalters. – Tübingen: Verlag der H. Laupp. – 1887. – 293 s.

81. (Emminhaus H.) Эммингауз Г. Психические расстройства в детском возрасте. – СПб: Пантелеев, 1890. – С. 137-170.

82. Esman A. H. et al. Juvenile manic-depressive illness: A longitudinal perspective // *J. Am. Acad. Child. Psychiat.* – 1983. – V. 22, N 3. – P. 302-304.

83. Feinstein S. C., Wolpert E. Juvenile manic-depressive illness: clinical and therapeutic considerations // *J. Am. Acad. Child. Psychiat.* – 1973. – V. 12,

N 2. – P. 123-126.

84. Frommer E. A. Depressive illness in childhood // *Brit. J. Psychiat.* – 1968. – Special Publication, N 2. – P. 117-136.

85. Greves E. H. Acuta mania in a child of fire years; recovery; remarks // *Lancet.* – 1884. – V. 2, N 8. – P. 824-826.

86. Ghadirian A. M., Roux N. Prevalence and symptoms at onset of bipolar illness among adolescent inpatients // *Psychiatr. Serv.* – 1995; 46 (4) : 402-4.

87. Griesinger W. Vortrag zur Eröffnung der psychiatrische Klinik zu Berlin // *Arch. Psychiat. Nervenkr.* – 1868. – Bd. 1, N 2. – S. 145-158.

88. Harbauer H. et al. Lehrbuch der speziellen Kinde – und Jugendpsychiatrie. – Berlin, Heidelberg, New-York: Springer Verlag, 1980. – 535 s.

89. Hoch P., Rachlin H. L. An evaluation of manic-depressive psychosis in light of follow-up studies // *Am. J. Psychiatry.* – 1941. – V. 97, N 4. – P. 831-843.

90. Homburger A. Vorlesungen über Psychopathologie des Kindesalters. – Berlin: Verlag von J. Springer, 1926. – 852 s.

91. Jenkins R. L. Classification of Behaviour Problems in Children // *Am. J. Psychiatry.* – 1969. – V. 125, N 8. – P. 1032-1039.

92. Kanner L. *Child Psychiatry.* – Springfield-Baltimore: Charles Thomas, 1937. – 527 p.

93. (Kaplan H. I., Sadock B. J.) Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия. – М.: Медицина, 2002. – Т. 1. – с. 315-366.

94. Kasanin J. The affective psychoses in children // *Am. J. Psychiatry.* – 1931. – V. 10, N 6. – P. 897-926.

95. Kielholz P. Diagnose und Therapie der Depressionen für den Praktiker. 2. erg. Aufl. – München: J. F. Lehmanus verlag, 1965. – 140 s.

96. Kielholz P. Long-term Therapie of Affective Disorders and Schizophrenia // *Pharmakopsychiat.* – 1976. – V. 9, N 3. – P. 93.

97. Klein M. The psychogenesis of manic-depressive states // *Contributions to Psycho-Analysis*. – London: Hogarth, 1934. – P. 282.
98. Kraepelin E. *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*. – 8 Aufl. – Leipzig: Barth, 1913. – B. 3, Teil 2. – S. 666-1395.
99. Krevelen D. A. van. *Child Psychiatry and prevention*. – Bern – Stuttgart: H. Huber, 1964. – 322 p.
100. Krevelen D. A. van. *Zyklothymien im kindersalter* // *Acta Paedopsychiat.* – 1972. – V. 38, N 7/8. – P 202-210.
101. Kuhn R. *Über Kindliche Depressionen und ihre behandlung* // *Schweiz. Med. Wschr.* – 1963. – Bd. 93, N 2. – S. 86-90.
102. Laufer M. W., Denhoff E. *Hyperkinetic behavior syndrom in childhood* // *J. Pediatr.* – 1957. – V. 50, N 4. – P. 463-474.
103. Lemke M. R. *Affektive Störungen*. – Stuttgart-New York: G. Thieme Verlag, 2004. – 161 p.
104. Mahler M. *Sadness and grief in infancy and childhood* // *Psychoanal. Stud. Child.* – 1961. – V. 16. – P. 332-351.
105. Mahler M. *Some preliminary notes on the development of basic moods including depression* // *Cand. Psychiat. Assoc. J.* – 1966. – V. 11, Spec. suppl. – P. 5250-5258.
106. McHarg J. F. *Mania in Childhood* // *Arch. Neurol. Psychiat.* – 1954. – V. 72, N 5. – P. 531-539.
107. Mises R., Moniot M. *Les psychoses de l'enfant* // *Psychiatrie (Paris)*. – 1970. – V. 9. – 20 p.
108. Morel B. *Traité des dégénérescences. Pysiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces varieties maladies*. – Paris-London-New-York: J. B. Baillere, 1857. – 700 p.
109. Nissen G. *Milienfaktoren und spätere schizophrene Psychosen bei depressiven Kinder* // *Arch. Psychiat. Nervenkr.* – 1971. – V. 214, N 4. – S. 319-323.
110. Nissen G. *Symptomatik und Prognose depressiver Verstimmungszustände im Kindes und Jugendalters* // *Depressive States in Childhood and Adolescence*. – Stockholm, 1972. – S. 501-509.
111. Nissen G. *Affective Psychosen in der Adoleszenz* // *Nervenarzt.* – 1975. – Bd. 46, N 6. – S. 302-307.
112. Nissen G. *Zur Klassifikation der Depressionen im Kindesalter* // *Acta Paedopsychiat.* – 1980/81. – Bd. 46, N 5-6. – S. 275-284.
113. Nissen G. *Spezielle Probleme in der Therapie depressiver Kinder und Jugendlichen* // *Vermiedbare fehler in diagnostik und therspie der depression* / Hrg. Kielholz, C. Adams. – Köln: Deusch. Ärzte, 1984. – S. 121-125.
114. Porot M., Vicario-Kiener S. *Manie curable et manie durable chez l'enfant* // *Rev. Neuropsychiat. Infant.* – 1961. – V. 9, N 11-12. – P. 483-488.
115. Potter R. L. *Manic-depressive variant syndrome of childhood. Diagnostic and therapeutic considerations* // *Clin. Pediatr.* – 1983. – V. 22, N 7. – P. 495-499.
116. Poznanski E. O. *Childhood depression: the outcome* // *Acta Paedopsychiat.* – 1980/81. – V. 46. – P. 297-304.
117. Poznanski E. O. et al. *Hypomania in a four-years-old* // *J. Am. Acad. Child. Psychiat.* – 1984. – V. 23, N 1. – P. 105-110.
118. Remschmidt H. et al. *Zum Krankheitsverlauf und zur Persönlichkeitsstruktur von Kindern und Jugendlichen mit engagen-phasischen Psychosen und reaktiven Depressionen* // *Acta Paedopsychiat.* – 1973. – V. 40, N 1. – P. 2-17.
119. (Remschmidt H.) Ремшмидт Х. *Детская и подростковая психиатрия* – М.: ЭКСМО-пресс, 2001. – 624 с.
120. Sadler W. S. *Juvenile manic activity* // *Nern. Child.* – 1952 – V. 9, N 4. – P. 363-368.
121. Shilder P. 1931 Цит. по McHard J. F. (106)
122. Spiel W. *Die endogenen Psychosen des.* – Basel-New-York: Karger, 1961. – 154 S.
123. Spiel W. *Depressive*

Zustandsbilder im Kindes und Jugendalter // Melancholie in Forschung Klinik und Behandlung / Ed. W. Schulte, W. Mende. – Stuttgart: G. Thieme, 1969. – P. 208-215.

124. Spiel W. Studien über den Verlauf und die Erscheinungsformen der Kindlichen und Juvenilen Manisch-Depressiven Psychosen // Depressive States in Childhood and Adolescence. – Stockholm, 1972. – P. 517-524.

125. Stransky E. Das manisch-depressiven Irresein // Handbuch der psychiatrie / Hrsg. G. Aschaffenburg. – Speziel. Tiel., 6 Aufl. – Leipzig-Wien: F. Deuticke, 1911. – 272 s.

126. (Strohmayer W.) Штромайер В. Лекции по психопатологии детского возраста для врачей и педагогов. М., 1913. – 477с.

127. (Strohmayer W.) Штромайер В. Психопатология детского возраста. М., 1926. – 219 с.

128. Stutte H. Endogen-phasiche Psychosen des Kindesalters // Acta Paedopsychiat. – 1963. – V. 30, N 1-2. – P. 34-42.

129. (Stutte H.) Штутте Г. Психиатрия детского и юношеского воз-

раста // Клиническая психиатрия / Под. ред. Г. Груле. – М.: Медицина, 1967. – С. 725-730.

130. Stutte H. Psychosen des Kindesalters // Sonderdruck aus Handbuch der Kindeheilkunde / Hrsg. H. Opitz, P. Schmid, Bd. Achter, Erster Teil. – Berlin-New York: Springer, 1969. – S. 908-937.

131. Weber A. Kinderpsychiatrie // Allgemeine und Spezielle Psychiatrie / Hrsg. M. Reichardt. – Basel: V. Karger, 1955. – S. 193-254, 222-223.

132. Weinberg W. A., Brumback R. A. Mania in childhood. Case studies and literature review // Am. J. Dis. Child. – 1976. – V. 130, N 5. – P. 380-385.

133. Werry J. et al. Studies of the hyperactive child // Am. J. Orthopsychiat. – 1972. – V. 42, N 3. – P. 441-450.

134. West S. A., McElroy S., Strakowski S. et al. ADHD and Juvenile Mania // Am. J. Psychiatry. – 1995. – V. 152. – P. 271-273.

135. Winnicott D. W. The first year of life // Med. Press. – 1958. – N 11, N 13. – P. 228-231, 289-291.

И. А. Колесников

ДЕПРЕССИИ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ

**Санкт-Петербургская Медицинская Академия Последипломного
Образования**

В последние несколько лет в России начали появляться единичные центры, оказывающие психологическую и медицинскую помощь женщинам в перинатальном периоде, различные курсы по дородовой подготовке. Но не проводится никаких исследований по распространенности депрессивных расстройств у беременных женщин. Информации о психических нарушениях, в том числе и о депрессивных расстройствах, в период беременности в отечественной литературе недостаточно. Поэтому в нашем обзоре, в основном, используются данные иностранных исследований и обзоров.

Эпидемиология.

Депрессивные расстройства являются наиболее часто встречающимися расстройствами психики у женщин в возрасте от 15 до 44 лет.^[30] Этот временной период соответствует репродуктивному возрасту, и по данным иностранных исследований у 30% беременных женщин являются психопатологические нарушения, причем более половины (56%) составляют депрессивные расстройства.^[32] Для беременных женщин с низким социально-экономическим статусом эти данные составляют 50%.^[36] Риск возникновения депрессии значительно повы-

шается при беременности в подростковом и раннем юношеском возрасте. У 15-17-летних беременных частота депрессий более чем в 2 раза превышает этот показатель, чем у зрелых матерей.^[7] Однако процент распознавания психических нарушений во время беременности остается низким. А. Б. Смулевич приводит результаты иностранных исследований, по которым приблизительно у 20% из 3000 пациенток, обследованных амбулаторно в акушерско-гинекологической практике, обнаруживаются психопатологические расстройства, которые в большинстве своем (77%) остаются нераспознанными.^[7]

В приложении 1, по данным А. В. Heather и сотр.^[26], представлены данные иностранных исследований по распространенности депрессивных расстройств у беременных женщин. Столь широкое колебание результатов объясняется, во-первых, использованием исследователями разных диагностических методик для выявления депрессии и депрессивных симптомов. Не все методики являются достоверными при беременности (валидными признаны BDI, EPDS, PRIME-MD, PHQ).^[28,39,48] Поэтому, использование таких методик могло привести к выявлению соматических симптомов, сопутствующих беременности, так же как и депрессии непосредственно. Кроме того, исследователи использовали модифицированные методики и различные критические оценки. Во-вторых, причина расхождения результатов может состоять в том, что исследования проводились на разных сроках беременности. Прогрессия беременности может оказывать значительное влияние на динамику депрессивных нарушений. К тому же, выявленная корреляция развития перинатальной депрессии с социально-экономическим статусом^[36], требует отдельного анализа результатов.

Таким образом, представленные результаты не могут обеспечить достоверную оценку распространенно-

сти депрессивных расстройств у беременных женщин, но в тоже время подчеркивают актуальность и необходимость изучения этого вопроса.

Этиология и патогенез.

Одной из предполагаемых причин перинатальной депрессии считаются нейрохимические изменения. Известно, что развитие депрессии связано с функциональным дефицитом серотонинергической системы и со сложной дисрегуляцией норадренергической системы.^[40]

Современные данные указывают на участие в патогенезе депрессий регуляторных пептидов, в первую очередь кортикотропин-рилизинг-фактора (КРФ).^[25] При изучении влияния острых и хронических стрессов на развитие депрессии^[24] обнаружили, что при стрессе под воздействием КРФ, синтезирующегося в гипоталамусе, повышается уровень адренокортикотропного гормона (АКТГ), который, в свою очередь, провоцирует выброс кортизола корой надпочечников. В норме кортизол тормозит функционирование гипоталамо-гипофизарной системы по механизму отрицательной обратной связи. При депрессии этот механизм нарушается, в результате чего в крови большинства больных постоянно повышено содержание АКТГ и кортизола, причем концентрация последнего прямо коррелирует с тяжестью депрессии.^[40]

Как известно, при беременности повышаются уровни прогестерона, эстрогенов, КРФ, АКТГ и кортизола. В третьем триместре беременности повышенный уровень КРФ может быть вызван увеличением секреции плацентарного КРФ. С потенциально патологическим воздействием повышенного уровня КРФ связывают развитие меланхолической депрессии, пищевых расстройств и алкоголизма.^[26] Повышенный уровень кортизола ингибирует синтез и активность эстрадиола, с низким уровнем которого связывают суицидальные попытки небеременных женщин.^[26]

Значительное влияние на развитие депрессивных расстройств ока-

зывают и психосоциальные факторы. К ним относятся такие, как нежелательная беременность, нежелание или неготовность стать матерью, деструктивные мотивы зачатия, нетерпимость по отношению к отцу ребенка, враждебное отношение к собственной матери, материальные проблемы, утрата близких и т. д. Имеют значение индивидуальные особенности личности – эмоциональная готовность к материнству, склонность к эмоциональной амбивалентности, ощущение собственной женственности и т. д.

Семья, ожидающая рождения ребенка, стоит на пороге серьезных изменений, а значит, ее функционирование становится нестабильным.^[2] Происходит смена жизненного цикла семьи – меняется структура семьи, приобретаются новые функции, что, в свою очередь, влияет на психическое состояние беременной женщины. В то же время те изменения, которые происходят в ее организме, психике, во многом определяют психологическую обстановку в семье, характер взаимоотношений ее членов.

Нередко причиной развития тревожно-депрессивных состояний у беременных являются неосторожные высказывания, поступки медицинского персонала, то есть ятрогении. Но и отсутствие информации для беременной женщины о ее физическом состоянии и о состоянии плода, предстоящих медицинских манипуляциях, медикаментозных назначениях, отсутствие должного внимания со стороны медицинского персонала также являются фрустрирующим фактором и могут приводить к аффективным нарушениям.

К причинам биологического порядка относятся: осложненное протекание беременности, соматические заболевания и т. д. Так, в исследовании Г. Г. Филипповой и сотр.^[9] приводятся психологические особенности беременных женщин с нарушением течения беременности, для них характерны: эмоциональная неус-

тойчивость, раздражительность, высокий уровень ситуационной тревожности, утомляемость, ранимость, наличие возбуждения и беспокойства и др.

Риск развития депрессивных расстройств в период беременности повышается у женщин имеющих наследственную отягощенность, эпизоды депрессии в анамнезе, а также резко прекративших лечение антидепрессантами.^[38]

Систематика.

В МКБ-10 аффективные расстройства разделяют на связанные с биологической предрасположенностью, мало зависимые от внешних пусковых факторов, представленные более тяжелыми, психотическими симптомами (эндогенные, эндоморфные, психотические, первичные) и вызываемые психосоциальными стрессорами, протекающие на более благоприятном, непсихотическом уровне (экзогенные, реактивные, невротические, вторичные).^[8] Депрессивные расстройства в МКБ-10 представлены в рамках биполярного аффективного расстройства (F31), депрессивного эпизода (F32), рекуррентного депрессивного расстройства (F33), циклотимии (F34. 0) и дистимии (F34. 1).

В DSM-IV депрессивные расстройства классифицируют на большую (униполярную) депрессию, дистимию и неуточненное депрессивное расстройство.^[13]

К специфическим аффективным расстройствам репродуктивного периода жизни женщины относят:^[7]

- предменструальный синдром,
- предменструальное дисфорическое расстройство,
- депрессивный синдром беременных,
- «синдром грусти рожениц»,
- послеродовые депрессии.

В соответствии с клиническими особенностями аффективных синдромов выделяют основные типы депрессии:^[7]

- *простые* – меланхолические, тревожные, апатические;

• *сложные* – депрессии с навязчивостями, с бредом.

Для депрессивных расстройств в период беременности характерен простой тип депрессии.^[3] Сложные типы депрессии в период беременности встречаются достаточно редко, а сама беременность, чаще всего, не является причиной таких расстройств, а лишь провоцирует начало или обострение уже имеющихся психических нарушений.

Клиника.

Симптоматика депрессивных расстройств в период беременности в целом соответствует клиническим проявлениям гипотимических состояний при других аффективных заболеваниях.^[7]

Легкие формы депрессивных расстройств выражаются в невротических реакциях по тревожно-депрессивному типу и обусловлены психологическими причинами. В клинической картине преобладают тревожные опасения по поводу протекания беременности и своего здоровья, здорового развития ребенка, изменений формы тела и уменьшения сексуальной привлекательности, исхода беременности. Сниженное настроение может сопровождаться эмоциональной лабильностью, снижением активности, жалобами на слабость, разбитость, раздражительность, присутствуют ангедония и расстройства сна (трудности засыпания, прерывистый сон, раннее пробуждение).

При более глубоких расстройствах симптоматика усложняется выраженностью перечисленных симптомов и присоединением соматических симптомов. Депрессивное настроение может проявляться в чувстве угнетенности, подавленности, безразличия, пессимистического видения будущего. Динамика изменений настроения выражается в ухудшении по утрам, улучшении к вечеру или ночи. Изменение настроения обычно сопровождается снижением активности, чувством утраты энергии, повышенной утом-

ляемостью или возбуждением, неусидчивостью, а также затруднением концентрации и сосредоточения внимания. Могут возникать негативные мысли о себе, о возможности выкидыша, чувство неспособности испытывать любовь к мужу и будущему ребенку и соответственно появляется чувство вины, которое может сопровождаться идеями об «исчезновении», желание «уйти подальше», о конце жизни, о смерти и суициде. Возможно присоединение навязчивых и дисморфоманических идей. Женщины считают, что беременность «изуродовала их», боятся быть покинутыми мужьями. В тяжелых случаях появляются сверхценные, а иногда и бредовые ипохондрические идеи, идеи самоуничтожения, обнаруживаются суицидальные тенденции.

К соматическим нарушениям относятся: инсомния или чрезмерная сонливость, снижение, вплоть до отсутствия аппетита и, как следствие, снижение веса или, наоборот, чрезмерно повышенный аппетит и извращение вкуса. Возможно возникновение неприятных ощущений напряжения и чувства боли в молочных железах, головные боли, боли в суставах и мышцах, боли в сердце и периодические ощущения сердцебиения, слабости в теле, колебаний артериального давления и др.

Birndorf и сотр.^[16] выявили корреляцию между депрессивными нарушениями и функциональным состоянием беременных женщин в первом триместре беременности. Они обнаружили, что женщины с различной выраженностью тревоги или депрессии имеют более выраженные соматические нарушения. Таким образом, при патологии протекания беременности необходимо определять не только соматические причины функциональных нарушений, но и психический статус женщины.

Характерно, что депрессивные расстройства неглубокого уровня в основном приходятся на ранние сро-

ки беременности, а глубокие нарушения чаще развиваются в поздние сроки.^[23]

На выраженность и течение депрессии у беременной женщины оказывает значительное влияние близкое окружение и культурные традиции.^[23] Если супруг и близкие родственники понимают и принимают состояние беременной, оказывают ей помощь и поддержку, окружают атмосферой внимания и заботы, то соответственно тяжесть психических нарушений будет значительна меньше. Отсутствие этих условий создаст дополнительный отягчающий фактор.

Влияние культурных традиций обусловлено самим значением быть беременной, готовиться к материнству, т. е. как «принято» в обществе. Традиционное представление о том, что период беременности должен быть счастливым и приятным, может вызывать у женщины в депрессии чувство вины из-за «отсутствия счастья», страх социального осуждения при проявлении депрессивных переживаний.

Последствия депрессивных расстройств в период беременности.

Ухудшение аппетита и недостаточная прибавка веса у женщины в период беременности является фактором риска задержки внутриутробного развития и гипотрофии плода, а также недоношенности.^[34] Гипотрофия плода составляет основную причину перинатальной смертности и заболеваемости, а также приводит к нарушениям в процессе развития ребенка.^[34] Таким образом, снижение веса у беременной женщины, вызванное депрессивными расстройствами, оказывает патологическое влияние на развитие плода.

В Финляндии проводилось исследование взаимосвязи депрессии и тревоги с риском развития преэклампсии.^[33] По результатам исследования, беременные женщины с симптомами депрессии имели более высокую вероятность развития преэ-

ламписии, чем женщин без депрессии. Кроме того, чем старше возраст беременной женщины с депрессивными расстройствами, тем выше риск развития преэклампсии.

Во многих исследованиях обнаруживалось, что депрессивные нарушения у беременной женщины сочетаются с курением, употреблением алкоголя и наркотиков. В финском исследовании было выявлено, что распространенность депрессии у беременных женщин, сочетающаяся с употреблением токсических веществ составляет 6.4% (n=391).^[44] Исследование 1014 женщин в США выявило депрессивные симптомы на ранних сроках беременности в сочетании с курением, употреблением алкоголя и кокаина.^[29] У женщин, злоупотреблявших лекарственными препаратами в период беременности, были выявлены эпизоды депрессивных переживаний, сопровождаемые суицидальными мыслями.^[29] Для определения, первична ли депрессия, а токсикомания ее следствие, или же наоборот, необходимо проводить дальнейшие исследования. Но в любом случае, такое девиантное поведение матери оказывает патологические воздействия на плод.

Нет достаточных данных и о суицидальности в период беременности. Процент беременных женщин с депрессией и суицидальными мыслями составляет от 3% в Финляндии^[43], и до 17.6% в США.^[18] Однако, эти результаты были получены на небольших выборках (n=391 и 57, соответственно). Женщин, резко прекращающих прием антидепрессантов после возникновения беременности, необходимо отнести к группе риска, т. к. известен факт частого появления суицидальных мыслей.^[38]

Количество беременных женщин, совершающих попытку самоубийства вследствие депрессии, остается неизвестным, также не известно и о воздействии суицидальных попыток на плод.

Проводились исследования,

изучавшие влияние депрессивных расстройств на преждевременные роды, но вследствие расхождения полученных результатов окончательные выводы сделать затруднительно. Так, например, в 1983 г. Steer и сотр.^[49] сообщили, что депрессия коррелирует с 3-кратным увеличением риска рождения недоношенного ребенка и преждевременных родов. В исследовании 1515 женщин в Англии в 1993 г. не было выявлено связи между депрессией и преждевременными родами.^[44] А исследование 634 женщин во Франции показало, что риск преждевременных родов у женщин с депрессией вдвое больше, чем у здоровых женщин.^[22]

Также проводились исследования связи между депрессивными расстройствами и оперативным родоразрешением (Кесарево сечение и инструментальное родоразрешение). При исследовании 959 женщин в Гонконге Chung и сотр.^[20] обнаружили 2-кратное увеличение риска оперативного родоразрешения при выявлении депрессии. С другой стороны, не было выявлено связи между депрессией и способом родоразрешения в американском исследовании 1697 женщин.^[50]

Депрессия в период беременности расценивается как фактор риска для развития послеродовой депрессии. Приблизительно у одной трети женщин, депрессия, возникшая в период беременности, продолжается и после родов.^[26] Beck CT. приводит убедительные данные, полученные в результате анализа 26 самостоятельных научных исследований (n=2189).^[15] Анализ показал, что депрессия в период беременности является одним из самых значительных предрасполагающих факторов к послеродовой депрессии.

Данные о патологическом влиянии послеродовой депрессии на функциональное состояние матери, развитие отношений в системе «мать-дитя» и др. широко представлены в иностранной и отечественной литературе.^[5,6,34] Lundy B. и сотр.^[34]

обнаружили у младенцев, матери которых имели депрессивные расстройства в период беременности, состояние, «подобное депрессии» - слабость эмоционального резонанса, гипоактивность и гиподинамия, неумный плач, большое количество патологических рефлексов. Кроме того, у таких младенцев обнаружили повышенный уровень кортизола и норадреналина и сниженный уровень дофамина.^[34] «Младенческую депрессию» описывает и Г. В. Козловская в исследовании психических нарушений у детей раннего возраста.^[4]

Соответственно, раннее выявление депрессии в период беременности, и обеспечение эффективного лечения, может уменьшить риск развития послеродовой депрессии и возможных осложнений.

Диагностика.

Основным и главным методом диагностики является клинико-биографический метод. Врачу необходимо выявить признаки патологического аффекта и соматических нарушений, данные об аффективных расстройствах в анамнезе, особенности преморбиды и семейного отягощения. На основании полученных сведений и объективных данных принимается решение о постановке диагноза. Этот алгоритм действий применяется во всей практической медицине. Заключительный диагноз депрессии должен устанавливать психиатр, но какой процент беременных женщин с депрессивными расстройствами попадает на прием к психиатру? Таких данных по России нет, но очевидно, что этот процент незначителен. Причинами тому могут быть различные. Во-первых, направлять к психиатру должны акушеры-гинекологи, т. е. в первую очередь они должны выявить признаки депрессии у беременных женщин. Но при нынешней загруженности женских консультаций, сокращениях штата и недостатке времени, когда на осмотр пациента врачу дается от 10 до 20 минут, проведение полно-

ценного опроса невозможно. Во-вторых, сами беременные женщины склонны скрывать жалобы о своем психическом состоянии из-за опасений социального неодобрения и чувства вины в связи с «отсутствия счастья». К этому можно добавить и опасения у определенной части населения самих терминов «психиатр, психиатрия» и, соответственно, избегание необходимых консультаций. В-третьих, соматические изменения при беременности в рамках условной нормы, такие, как утомляемость, изменения аппетита и трудности со сном, значительно затрудняют дифференциацию с патологическими симптомами депрессии.^[19]

О низком проценте диагностики депрессии беременных женщин сообщают и в иностранных исследованиях.^[19,32,48] Так, в американском исследовании^[48] акушеры-гинекологи не распознавали психиатрические проблемы у 77% пациентов. Исследование в Австралии^[12] показало, что меньше чем 50% акушеров спрашивают у пациентов о симптомах депрессии.

К дополнительным методам диагностики можно отнести различные опросники и шкалы для выявления депрессии. Использование таких методик весьма актуально, особенно в связи с низкой выявляемостью депрессивных расстройств.

К наиболее распространенным и валидными при беременности иностранным методикам диагностики депрессивных нарушений относятся BDI (Beck Depression Inventory)^[28], EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Score)^[39], PRIME-MD, PHQ (Primary Care Evaluation of Mental Disorders Patient Health Questionnaire)^[48]. CES-D (Center for Epidemiological Studies Depression Scale)^[46] широко применяется в исследовании пренатальной депрессии, но ее валидность пока не подтверждена.^[26] Положительные результаты демонстрирует тест отношений беременной (ТОБ), выявляющий психологический компонент гестационной доминанты (ПКГД).^[10] ПКГД

определяется как «совокупность механизмов психической саморегуляции, включающихся у женщины при возникновении беременности, направленных на сохранение гестации и создание условий для развития будущего ребенка, формирующих отношение женщины к своей беременности и ее поведенческие стереотипы».^[10] В результате изучения анамнестических сведений, клинико-психологических наблюдений за беременными женщинами и бесед с ними было выделено пять типов ПКГД: оптимальный, гипогестогнозический, эйфорический, тревожный и депрессивный.^[10] ТОБ позволяет выявить нервно-психические нарушения у беременных женщин на ранних этапах их развития, связывать их с особенностями семейных отношений и ориентировать врачей на оказание соответствующей помощи. Простота использования теста дает возможность внедрения его в практику работы женских консультаций, применения акушерами-гинекологами, терапевтами.

Лечение.

Целью лечебных мероприятий при депрессии беременной женщины является достижение психической стабильности матери без какого-либо вреда для плода. На сегодняшний день к основным методам лечения депрессивных расстройств относятся психотерапия и фармакотерапия.

Большинство антидепрессантов и их метаболиты, проникают через плаценту. Они определяются в крови пуповины, амниотической жидкости и плодной сыворотке. И поскольку существует общепризнанное мнение о вреде применения психотропных препаратов при беременности, выводы недавних исследований об отсутствии патогенных влияний на плод все-таки не могут гарантировать абсолютную безопасность.

Исследования применения при беременности флуоксетина,^[18] и других селективных ингибиторов обратного захвата серотонина,^[27] и трициклических антидепрессантов,^[36] не

выявили никакой связи между приемом антидепрессантов и основными пороками развития плода. Кроме того, проспективное исследование^[17,42] не обнаружило патологического влияния на общий показатель развития интеллекта, речи, на особенности темперамента и поведения детей (наблюдение до 4-летнего возраста), находящихся *in utero* при приеме трициклических антидепрессантов и флуоксетина.

Однако, публикуются сведения и о неблагоприятных последствиях при приеме пароксетина, циталопрама и флуоксетина в течение третьего триместра беременности. Сообщается о высоком риске развития у новорожденных симптомов отмены в неонатальном периоде (возбудимость, неумный плач, дрожь, расстройство питания и сна, судороги)^[41] и осложнений (респираторный дистресс-синдром, гипогликемия и желтуха).^[21]

Проблемы безопасности применения лекарственных, в том числе и психотропных, средств в гестационном периоде имеет разные аспекты: с одной стороны, учитывается степень риска их патогенного влияния на плод, с другой, выраженность патологических нарушений у будущей матери, обуславливающая необходимость их применения. Общим правилом здесь является применение лекарственных средств только в случае, когда риск осложнений для матери или плода при неиспользовании медикаментов превышает риск их побочного действия.

При выборе метода психотерапии в лечении психических нарушений во время беременности предпочтение должно отдаваться краткосрочным методикам, например, краткосрочной позитивной, телесно-ориентированной, семейной психо-

терапии.^[10] Положительные результаты демонстрируют и интерперсональная и когнитивно-поведенческая психотерапия.^[26]

Особенно важна семейная психотерапия, т. к. депрессия у беременной женщины может привести к возникновению патогенной семейной ситуации и, как следствие, к нарушению межличностных коммуникаций между супругами. Возникает замкнутый круг, т. к. возникшая «коммуникационная проблема» в семье, в свою очередь, еще больше усугубляет психическое состояние беременной.^[11]

Активно развивается перинатальная психотерапия, которую И. В. Добряков определяет как «систему лечебного психического (психологического) воздействия на психику женщины и ребенка в антенатальном (герминальном, эмбриональном, фетальном), интранатальном и постнатальном периодах, а через психику на организмы женщины и ребенка».^[16] Основными характеристиками перинатальной психотерапии, позволяющими выделить ее в особое направление, являются обращение к семье, работа с системами «беременная-плод», а затем «мать-дитя», с возникающими при их неблагоприятном развитии нервно-психическими расстройствами. Выделяют следующие разделы перинатальной психотерапии: 1) психотерапия на этапе зачатия ребенка; 2) психотерапия на этапе беременности; 3) психотерапия семьи, имеющей новорожденного ребенка. Наблюдения специалистов по перинатальной психотерапии подтверждают первоочередность оказания именно психотерапевтической помощи и рассматривают лекарственные средства как вспомогательную терапию.

Приложение 1.^[26]

Автор	Страна	Год	Количество участников	Диагностическая методика (критическая оценка)	% выявленных депрессий
Affonso et al.	US	1990	224	SADS (na) ^a	2
Andersson et al.	Sweden	2001	1 795	PRIME-MD, PHQ (na) ^a	10
Areias et al.	Portugal	1996	65	SADS (na)	18
Birndorf et al.	US	2002	69	BDI (≥ 10)	25
Bolton et al.	England	1996	492	EPDS (>15)	24
Chung et al.	Hong Kong	2001	959	BDI (>14.5)	10
Da Costa et al.	Canada	1999	100	DACL (≥ 14)	30
Da Silva et al.	Brazil	1998	32	EPDS (>13)	38 ^b
Dayan et al.	US	2002	767	EPDS (≥ 15)	11
Evans et al.	England	2001	13 799	EPDS (≥ 13)	14
Gotlib et al.	Canada	1989	363	BDI (≥ 10)	26
Hobfoll et al.	US	1995	192	RDC (na)	38 ^b
Hoffman & Hatch	US	2000	876	CES-D (≥ 16) ^a	31
Johanson et al.	UK	2000	417	EPDS (>14)	10
Josefsson et al.	Sweden	2000	1 489	EPDS (>10)	17
Kelly et al.	US	2001	186	PRIME-MD, PHQ (na)	21
Kitamura et al.	Japan	1993	134	SADS (na)	16
Kurki et al.	Finland	2000	652	BDI (≥ 3) ^a	30
Marcus et al.	US	2003	3 472	CES-D	20
Matthey et al.	Australia	2000	166	BDI (>9)	12
McKee et al.	US	2001	114	BDI-II (≥ 14)	51 ^b
O'Hara	US	1985	106	SADS (na) ^a	9
O'Heron	US	2000	108	SCID-I (na)	14
Orr & Miller	US	1995	2 000	CES-D (≥ 16)	50 ^b
Pajulo et al.	Finland	2001	391	EPDS (>12)	8
Salamero et al.	Spain	1994	976	BDI (>10)	35
Seguin et al.	Canada	1995	55	BDI (≥ 15)	20 ^b
Verdoux et al.	France	2002	598	EPDS (>12)	5
Wu et al.	US	2002	3 873	CES-D (≥ 16)	16
Всего			32 765		18.3^c

^a методика модифицирована авторами исследования;^b все участники с низким социально-экономическим статусом;^c среднее процентное отношение пациентов с депрессией определенное в исследовании;

na - не достоверна.

BDI - Beck Depression Inventory;
CES-D - Center for Epidemiological Studies Depression Scale;
DACL - Lubin Depression Adjective Checklist;
EPDS - Edinburgh Postnatal Depression Score;
PRIME-MD, PHQ - Primary Care Evaluation of Mental Disorders Patient Health Questionnaire;
RDC - Research Diagnostic Criteria;
SADS - Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia;
SCID-I - Structured Clinical Interview for Axis I disorders.

ЛИТЕРАТУРА

1. Добряков И. В. Перинатальная семейная психотерапия // Системная семейная психотерапия/ под ред. Э. Г. Эйдемиллера. - СПб., 2002. - С. 265-285.
2. Добряков И. В., Колесников И. А. Перинатальная семейная психотерапия // Семья XXI века: сб. материалов международной научно-практической конференции. - Калининград: Янтарный сказ, 2004. - С. 156-159.
3. Кемпинский А. Меланхолия. - СПб., 2002. - 405 с.
4. Козловская Г. В. Психиатрия раннего возраста // Журн. невропат. и психиатр. - 1990. №8. - С. 118-120.
5. Козловская Г. В., Циркин С. Ю., Скобло Г. В. Влияние послеродовых материнских депрессий на психическое здоровье детей раннего возраста и методические подходы к исследованию // Мат. конф. - Роль биологического и психосоциального в возникновении психических заболеваний. - Пермь, 1993. - С. 40-43.
6. Скобло Г. В., Дубовик О. Ю. Система "мать-дитя" в раннем возрасте как объект психопрофилактики // Соц. и клин. психиатрия. 1992. N 2. - С. 75-78.
7. Смулевич А. Б. Депрессии в общей медицине. - М., 2001. - 256 с.
8. Попов Ю. В., Вид В. Д. Современная клиническая психиатрия. - СПб., 2000. - 402 с.
9. Филиппова Г. Г., Черткова И. Н., Сапарова И. М., и др. Исследование психологических особенностей переживания беременности у женщин с патологией беременности // Журнал практического психолога. № 4-5. 2003. - С. 64-81.
10. Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В., Никольская И. М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. - СПб.: Речь, 2003. - 336 с.
11. Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. - СПб.: Питер, 1999. - 656 с.
12. Abraham S. Obstetricians and maternal body weight and eating disorders during pregnancy. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2001. 22. P. 159-63.
13. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association. 1994.
14. Barrio L. M., Burt V. K. Depression in pregnancy: strategies for primary care management. Women's Health Prim Care. 2000. 3. P. 490-8.
15. Beck C. T. A meta-analysis of predictors of postpartum depression. Nurs Res. 1996. 45. P. 297-303.
16. Birndorf C. A., Madden A., Portera L., et al. Psychiatric symptoms, functional impairment, and receptivity toward mental health treatment among obstetrical patients. Int J Psychiatry Med. 2001. 31. P. 355-65.
17. Casper R. C., Fleisher B. E.,

- Lee-Ancas J. C., et al. Follow-up of children of depressed mothers exposed or not exposed to antidepressant drugs during pregnancy. *J Pediatr*. 2003. 142. P. 402-8.
18. Chambers C. D., Johnson K. A., Dick L. M., et al. Birth outcomes in pregnant women taking fluoxetine. *N Engl J Med*. 1996. 335. P. 1010-5.
19. Chokka P. Postpartum depression: part 1. *Can J CME*. 2002. 14. P. 37-48.
20. Chung T. K., Lau T. K., Yip A. S., et al. Antepartum depressive symptomatology is associated with adverse obstetric and neonatal outcomes. *Psychosom Med*. 2001. 63. P. 830-4.
21. Costei A. M., Kozer E., Ho T., et al. Perinatal outcome following third trimester exposure to paroxetine. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2002. 156. P. 1129-32.
22. Dayan J., Creveuil C., Herlicoviez M., et al. Role of anxiety and depression in the onset of spontaneous preterm labour. *Am J Epidemiol*. 2002. 155. P. 293-301.
23. Dean C., Kendell R. E. The symptomatology of puerperal illnesses // *Brit. J. Psychiatr*. 1981. Vol. 139, Aug. P. 128-133.
24. Doris A., Ebmeier K., Shajahan P. Depressive illness. *Lancet*. 1999. 354. P. 1369-75.
25. Farvolden P., Kennedy S. H., Lam R. W. Recent developments in the psychobiology and pharmacotherapy of depression: optimising existing treatments and novel approaches for the future. *Expert Opin Investig Drugs*. 2003. 12. P. 65-86.
26. Heather A. B., Einarson A., Taddio A., et al. Depression During Pregnancy. *Clin Drug Invest*. 2004. 24(3). P. 157-179.
27. Hendrick V., Smith L. M., Suri R., et al. Birth outcomes after prenatal exposure to antidepressant medication. *Am J Obstet Gynecol*. 2003. 188. P. 812-5.
28. Holcomb W. L., Stone L. S., Lustman P. J., et al. Screening for depression in pregnancy: characteristics of the Beck Depression Inventory. *Obstet Gynecol*. 1996. 88. P. 1021-5.
29. Horrigan T. J., Schroeder A. V., Schaffer R. M. The triad of substance abuse, violence, and depression are interrelated in pregnancy. *J Subst Abuse*. 2000. 18. P. 55-8.
30. Judd L. L., Akiskal H. S., Maser J. D., et al. A prospective 12-year study of subsyndromal and syndromal depressive symptoms in unipolar major depressive disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 1998. 55. P. 694-700.
31. Kelly R. H., Russo J., Holt V. L., et al. Psychiatric and substance use disorders as risk factors for low birth weight and preterm delivery. *Obstet Gynecol*. 2002. 100. P. 297-304.
32. Kelly R. H., Zatzick D. F., Anders T. F. The detection and treatment of psychiatric disorders and substance use among pregnant women cared for in obstetrics // *Am. J. Psychiatr*. 2001. Vol. 158. P. 213-219.
33. Kurki T., Hiilesmaa V., Raitasalo R., et al. Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstet Gynecol*. 2000. 95. P. 487-90.
34. Lundy B., Jones N. A., Field T., et al. Prenatal depression effects on neonates. *Infant Behav Dev*. 1999. 22. P. 119-29.
35. McElhatton P. R., Garbis H. M., Elephant E., et al. The outcome of pregnancy in 689 women exposed to therapeutic doses of antidepressants: a collaborative study of the European network of Teratology Information Services (ENTIS). *Reprod Toxicol*. 1996. 10. P. 285-94.

36. McKee M. D., Cunningham D., Jankowski K. R., et al. Health-related functional status in pregnancy: relationship to depression and social support in a multi-ethnic population. *Obstet Gynecol.* 2001. 97. P. 988-93.
37. McNeil T. F., Blennow G. A prospective study of postpartum psychoses in a highrisk group. 6. Relationship of birth complication and neonatal abnormality // *Acta Psychiatr. Scand.* 1988. Vol. 78, N 4. P. 478-484.
38. Misri S., Kostaras X. The use of SSRIs in pregnant and lactating women[abstract S5]. *Archives of Women's Mental Health.* 2001. 3(suppl 2). P. 2.
39. Murray D., Cox J. L. Screening for depression during pregnancy with the Edinburgh depression scale (EPDS). *J Reprod Infant Psychol.* 1990. 8. P. 99-107.
40. Nestler E. J., Barrot M., DiLeone R. J., et al. Neurobiology of depression. *Neuron.* 2002. 34. P. 13-25.
41. Nordeng H., Lindemann R., Perminov K. V., et al. Neonatal withdrawal syndrome after in utero exposure to selective serotonin reuptake inhibitors. *Acta Paediatr.* 2001. 90. P. 288-91.
42. Nulman I., Rovet J., Stewart D., et al. Child development following exposure to tricyclic antidepressants or fluoxetine throughout fetal life: a prospective controlled study. *Am J Psychiatry.* 2002. 159. P. 1889-95.
43. Pajulo M., Savonlahti E., Sourander A., et al. Antenatal depression, substance dependency and social support. *J Affect Disord.* 2001. 65. P. 9-17.
44. Perkin M. R., Bland J. M., Peacock J. L., et al. The effect of anxiety and depression during pregnancy on obstetric complications. *Br J Obstet Gynaecol.* 1993. 100. P. 629-34.
45. Orr S. T., James S. A., Blackmore Prince C. Maternal prenatal depressive symptoms and spontaneous preterm births among African-American women in Baltimore, Maryland. *Am J Epidemiol.* 2002. 156. P. 797-802.
46. Radloff L. S. The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Measure.* 1977. 1. P. 385-401.
47. Schmidt L. A., Greenberg B. D., Holzman G. B., et al. Treatment of depression by obstetrician-gynecologists: a survey study. *Obstet Gynecol.* 1997. 90. P. 296-300.
48. Spitzer R. L., Williams J. B., Kroenke K., et al. Validity and utility of the PRIME-MD patient health questionnaire in assessment of 3000 obstetric-gynecologic patients: the PRIME-MD patient health questionnaire obstetrics-gynecology study. *Am J Obstet Gynecol.* 2000. 183. P. 759-69.
49. Steer R. A., Scholl T. O., Hediger M. L., et al. Self-reported depression and negative pregnancy outcomes. *J Clin Epidemiol.* 1992. 45. P. 1093-9.
50. Wu J., Viguera A., Riley L., et al. Mood disturbance in pregnancy and the mode of delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2002. 187. P. 864-7.

ЛЕКЦИИ, МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ, РЕЦЕНЗИИ

РЕЦЕНЗИЯ НА УЧЕБНИК «ДЕТСКАЯ ПСИХИАТРИЯ» ПОД РЕДАКЦИЕЙ Э. Г. ЭЙДЕМИЛЛЕРА

Рецензируемый учебник¹ по детской психиатрии включает в себя 32 главы: аналитические и неаналитические теории развития и социализации личности детей и подростков, методы исследования психических расстройств – биологические, клинко-биографический, клинко-психотерапевтический, экспериментально-психологические. Многие психологические методы исследования разработаны или модифицированы авторами учебника – И. В. Добряковым, И. М. Никольской и Э. Г. Эйдемиллером.

В главе № 8 "Общая психопатология" подробно и систематизированно изложены симптомы и синдромы нарушений сфер психики – внимания, памяти, мышления, интеллекта, воли. Важно, что автор соотносит клиническую феноменологию с особенностями развития этих сфер в норме.

Описание клинической картины шизофрении, аффективных расстройств, эпилепсии, олигофрении и других психических расстройств подробны и даны в соответствии с критериями диагностики МКБ-10.

С нашей точки зрения, выглядит оправданным включение 18-й главы "Психосоматические расстройства" в данный учебник, так как этот важнейший раздел медицины и психологии, их взаимодействие традиционно рассматриваются в отечественной литературе психиатрами, а не педиатрами.

Самостоятельность главы № 20, посвященной психофармакотерапии психических расстройств у детей и подростков, с нашей точки зрения, оправдано, так как студентам лучше самостоятельно изучать основные классы лекарств, а затем на практических занятиях с преподавателем конкретизировать, при каких синдромах показано назначение тех или

иных психотропных препаратов, антидепрессантов или ноотропов.

Настоящий учебник принципиально отличается от других учебников психиатрии тем, что в нем очень подробно изложены современные методы психологической диагностики и психотерапии. Надо отметить, что этому посвящены 364 страницы из 1120 (32,5% от объема всей книги). Подробно изложены оригинальные модели аналитико-системной семейной психотерапии и краткосрочной аналитической психодрамы Э. Г. Эйдемиллера и Н. В. Александровой, игровой психотерапии И. В. Добрякова и др. Такое подробное освещение методов психотерапии, применяемых при лечении психических расстройств у детей и подростков, позволяет получить представление об основных их характеристиках, показаниях и противопоказаниях.

К относительным недостаткам учебника можно отнести некоторые повторы в изложении синдромов, фаз жизненного цикла семьи, схематичность в изложении диагностических признаков расстройств личности (психопатий), однако это не портит общее положительное впечатление.

Учебник написан хорошим литературным языком, богат иллюстрирован рисунками, схемами, таблицами, клиническими примерами и стенограммами сеансов психотерапии.

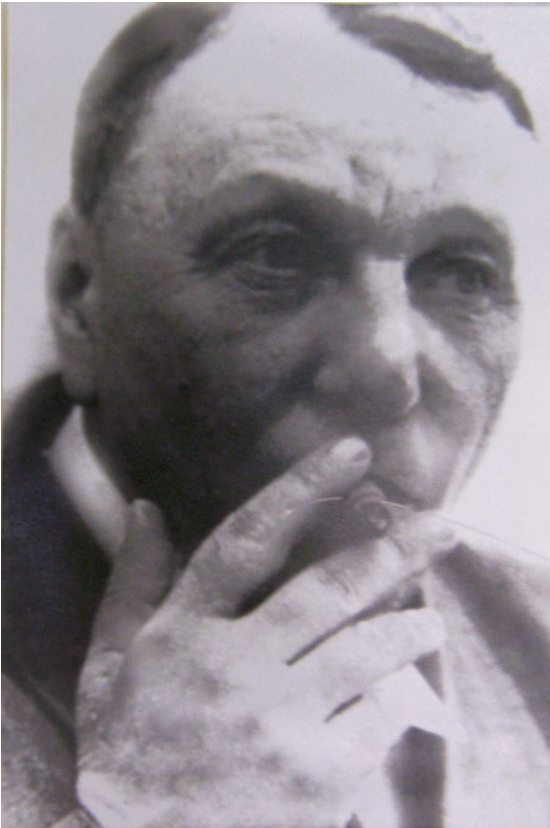
Учебник может быть рекомендован всем интересующимся психиатрией, психотерапией и клинической психологией.

Б. М. Микиртумов, профессор,
доктор медицинских наук

¹ Детская психиатрия: Учебник / Под ред. Э. Г. Эйдемиллера. – СПб: Питер, 2005. – 1120 с.

ОФИЦИАЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, ПРОЕКТЫ, ИНФОРМАЦИЯ

ПАМЯТИ НИКОЛАЯ ИВАНОВИЧА ОЗЕРЕЦКОГО (К 50-ЛЕТИЮ СО ДНЯ СМЕРТИ)



В 2005 г. исполняется 50 лет со дня смерти профессора и ректора 1-го Ленинградского медицинского института им. И. П. Павлова - Николая Ивановича Озерецкого (1893-1955).

Н. И. Озерецкий – выпускник медицинского факультета Московского университета. В 1928 г. он получает звание приват-доцента Московского университета, а через год избирается профессором, заведующим кафедрой психопатологии детского возраста в Ленинградском педагогическом институте им. А. И. Герцена. С 1938 г. Н. И. Озерецкий – заместитель директора по научно-учебной части I Ленинградского медицинского института. В 1942 г. он эвакуирует его младшие курсы в Кисловодск, организует там новый медицинский институт (впоследствии Кисловодский). При приближении немцев он вместе с профессорами, преподавателями и студентами совершает 480-километровый пеший поход до Тбилиси, откуда переправляет личный состав в

Красноярск. Там Николай Иванович организует еще один медицинский институт. С 1943 г. он директор I Ленинградского медицинского института.

Профессор Н. И. Озерецкий – автор оригинальных методов исследования психомоторики, применяемых как у нас, так и за границей. Среди его печатных трудов – работы по эпилепсии в детском и подростковом возрастах, по пограничным состояниям, травматическим заболеваниям. Учебник по психопатологии детского возраста Николая Ивановича Озерецкого выдержал несколько изданий и долгое время использовался в качестве учебного пособия во всех медицинских и педагогических институтах России.

Когда в 1937 г. в Париже проходил I Международный Конгресс по детской психиатрии, коллеги избрали члена-корреспондента Академии медицинских наук СССР профессора Н. И. Озерецкого почетным президентом Конгресса.

В период работы в Ленинградском педагогическом институте им. А. И. Герцена Н. И. Озерецким совместно с М. О. Гуревичем была написана книга «Психомоторика» (1930), которая явилась пионерской работой, положившей начало исследованиям в этой области и получившей мировое признание. Как писали авторы еще в 1930 г., «...недавно получивший распространение термин «моторика» соответствует до некоторой степени новому подходу к изучению двигательных функций, поскольку термин включает в себя понятие об их синтезе, определяющем структуру двигательных способностей организма. Моторикой определяется двигательный облик субъекта, способ его двигательного реагирования на внешние раздражения. Моторика является, таким образом, поистине функциональным свойством личности, и ее рассмотрение имеет особое значение в соотношении с другими конституциональными особенностями индивида. Связь между телосложением и характером должна быть дополнена изучением взаимоотношений между моторикой, с одной стороны, и телосложением и характером, - с другой. Таким образом,

изучение моторики имеет большое значение для концепции личности в ее нормальных и патологических проявлениях, в ее многообразных вариациях» [3, с. 6-7].

И часть этой книги «Методика исследования моторики» - написана целиком Н. И. Озерецким. Она посвящена исследованию двигательных функций (мотоскопии, мотометрии и мотографии). Автор отмечает, что в книге он ограничивает свою задачу описанием наиболее употребительных в повседневной практике тестов. Необходимость описания методики исследования моторики он обосновывал следующим:

- описание тестов разбросано по различным научным и прикладным дисциплинам (неврология, физиология, психология, психотехника и т.д.), что затрудняет практика в пользовании ими. Предлагаемое описание методики исследования моторики должно облегчить практику ориентировку в этом вопросе;

- в целом ряде тестов отсутствуют указания, для исследования каких двигательных компонентов они предназначены. Базируясь на анатомо-физиологических данных, автор группирует тесты и аппаратуру (как свои, так и других авторов) по признаку пригодности их для исследования того или иного компонента движения;

- методики исследования моторики засорены неправильными тестами, которые могут привести к неправильным обобщающим выводам.

Оценивая тесты, Н. И. Озерецкий использовал «только результаты, полученные на массовом материале» [3, с.5].

По мнению ученого, «...изучение моторики складывается: из описания сумм внешних признаков, полученных путем наблюдений и характеризующих состояние всего организма или отдельных его частей в покое и движении (мотоскопия); из данных специального исследования, измерения движений (мотометрия) и, наконец, из полученных изображений, оттисков, отпечатков движений...» [3, с.7]. Далее он подчеркивает, что «...изучение моторики должно быть построено на строго анатомо-физиологическом базисе и дополнено антропометрическими (в широком смысле этого слова) данными, необходимыми при изучении конституционных особенностей и особенностей темперамента...» [там же, с.8].

Методика Н. И. Озерецкого по настоящее время является наиболее употребляемой при оценке результатов танцевально-терапевтической работы с детьми за границей. Она известна как «моторные

тесты Brauning-Ozeretski» [4]. К сожалению, в России методика Н. И. Озерецкого в полном объеме используется редко. Анализируя литературу по психомоторике, мы нашли упоминание только о моторных тестах Лурия-Озерецкого. В то же время, по нашему мнению, моторные тесты Н. И. Озерецкого являются легкой в исполнении и дающей быструю оценку изменений моторной активности методикой. Они позволяют проследить динамику кинестетической работы у детей до 17 лет, взрослых людей.

В Центре восстановительного лечения Санкт-Петербургского объединения «Детская психиатрия» в Санкт-Петербурге методика Н. И. Озерецкого использовалась Н. Ю. Оганесян в полном объеме при проведении танцевальной терапии гиперактивных детей для тестирования их моторики. Моторные тесты Н. Толчинского для взрослых, разработанные под руководством Н. И. Озерецкого и описанные в его же книге, использовались для оценки динамики танцевальной терапии психотических пациентов в психиатрическом стационаре [2].

К сожалению, методика исследования моторики Н. И. Озерецкого в настоящее время почти забыта, хотя, по нашему мнению, она может являться фундаментом при исследованиях кинестетики детей и взрослых, больных психическими заболеваниями и заболеваниями опорно-двигательного аппарата. Надеемся, что современные исследователи-практики по достоинству оценят разработанные замечательным российским ученым Николаем Ивановичем Озерецким тесты и продолжат исследования моторики в контексте различных заболеваний, так как эта тема, несомненно, актуальна.

ЛИТЕРАТУРА

1. Биографический словарь профессоров 1-ого ленинградского бывшего женского медицинского института им. акад. И. П. Павлова за 50 лет (1897 - 1947). - Л.: Медгиз, 1947. - С. 86.
2. Гренлюнд Э., Оганесян Н. Танцевальная терапия: теория, методика, практика. - СПб.: Речь, 2004.
3. Озерецкий Н. И., Гуревич М. О. Психомоторика. - М.-Л.: Гос. мед. из-во, 1930. - Ч. 1. - 169 с., Ч. 2. - 174 с.
4. Gronlund E. Barns kanslor bearbetade i dans. Dansterapi for barn med tidiga stormingar. - Stockholm: Pedagogiska institutionen Stockholms universitet, 1994. - 502 с.

Н. Ю. Оганесян

**кафедра детской психиатрии и психотерапии Санкт-Петербургской
медицинской академии последипломного образования
(зав. кафедрой - доктор медицинских наук, профессор Э. Г. Эйдемиллер)**
приглашает врачей-психиатров, психотерапевтов, наркологов, семейных врачей,
валеологов, клинических психологов, психологов детских учреждений
пройти обучение на циклах профессиональной переподготовки (ПП),
общего (ОУ) и тематического (ТУ) усовершенствования:

1. Цикл ТУ. «**Перинатальная психотерапия. Психология и психотерапия семьи**» (для психотерапевтов, психиатров, семейных врачей, акушеров-гинекологов, валеологов, клинических психологов, психологов детских учреждений) с 16.01 по 15.02. - 216 часов.
 2. Цикл ОУ. «**Детская и подростковая психиатрия: клиника, диагностика, лечение и реабилитация**» - подготовка и прием экзамена на сертификат специалиста по специальности "Психиатрия" у психиатров (для психиатров, психотерапевтов, психиатров-наркологов, работающих с разными возрастными категориями) с 13.03 по 18.04. - 252 часа.
 3. Цикл ПП. «**Психотерапия**» - профессиональная переподготовка по специальности "Психотерапия" (для врачей-психиатров, имеющих сертификат специалиста по специальности "Психиатрия", работающих с разными возрастными категориями - детьми, подростками и взрослыми) - с 27.03 по 09.06. - 504 часа.
 4. Цикл ОУ. «**Психотерапия детей, подростков и взрослых**» - подготовка и прием экзамена на подтверждение сертификата специалиста по специальности "Психотерапия" (для психотерапевтов, психиатров, психиатров-наркологов, работающих с разными возрастными категориями) - с 03.05 по 09.06. - 252 часа.
 5. Цикл ОУ. «**Семейная психотерапия**» (для психотерапевтов, психиатров, семейных врачей, валеологов, клинических психологов, психологов детских учреждений) - с 11.09 по 21.10. - 288 часов.
 6. Цикл ТУ. «**Клиническая психология и психотерапия семьи и детства**» (для психиатров-интернов, психиатров-клинических ординаторов, психиатров, психотерапевтов, семейных врачей, валеологов, клинических психологов, психологов детских учреждений и центров оказания помощи семье и детству) с 08.11 по 08.12. - 216 часов.
- По окончании обучения выдаются удостоверения государственного образца. Специалисты учреждений здравоохранения России принимаются на обучение бесплатно при наличии заранее посланной заявки. Специалисты учреждений другого подчинения и частных структур обучаются на платной основе за наличный и безналичный расчет по расценкам СПб МАПО.
- Кафедра проводит обучение в интернатуре и клинической ординатуре с выдачей сертификатов специалистов по специальностям "Психиатрия" и "Психотерапия", в очной и заочной аспирантуре по указанным специальностям.
- Сотрудники кафедры проводят выездные семинары и циклы по тематике стационарных циклов, а также по нижеследующей:
1. "Современные формы супервизии и балинтовских групп: совершенствование профессиональных качеств психотерапевта" - 72 часа.
 2. "Аналитическая психодрама у детей, подростков и взрослых" - 72 часа.
 3. "Групповая и семейная психотерапия" - 72 часа.
 4. "Психология и психотерапия семьи" - 144 часа.
 5. "Возрастные аспекты психиатрии и психотерапии" - 144 часа.
 6. "Перинатальная психология и психотерапия" - 72 часа.
 7. "Игровая психотерапия" - 72 часа.
 8. "Психосексуальное развитие ребенка, профилактика отклонений" - 72 часа.
 9. "Современные методы аналитической психотерапии детей и подростков" - 144 часа.
 10. "Психотерапия супружества и развода" - 72 часа.
 11. "Детская и подростковая психиатрия: клиника, диагностика, лечение и реабилитация" (подготовка к экзамену на сертификат по специальности «Психиатрия») - 144 часа.
 12. "Танцевальная терапия" - 72 часа.

Возможно проведение циклов и по другой интересующей специалистов тематике.
Все справки у Нины Викторовны Александровой по телефонам 8 (812) 559-34-75, 567-94-17,

445-16-11 или по e-mail: dobriakov2001@mail.ru

Адрес: 191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., дом 41,

СПбМАПО,

кафедра детской психиатрии и психотерапии;

FAX 2751843, Э. Г. Эйдемиллеру.

e-mail: eidemiller_mapo@mail.ru; dobriakov2001@mail.ru

ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ПРОГРАММА НАЦИОНАЛЬНОГО ФОНДА ЗАЩИТЫ ДЕТЕЙ ОТ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ

БИБЛИОТЕКА «ПРОФИЛАКТИКА СОЦИАЛЬНОГО СИРОТСТВА»

Национальный фонд защиты детей от жестокого обращения совместно с издательством «Генезис» начинает выпуск Библиотеки «Профилактика социального сиротства». Финансовую поддержку этому начинанию оказывает Агентство США по международному развитию (USAID).

Необходимость создания Библиотеки вызвана тем, что на протяжении последнего десятилетия в России продолжается рост числа сирот, беспризорных и безнадзорных детей. Это является результатом разрушения института семьи, продолжающегося роста числа неблагополучных семей, отсутствия помощи семьям в преодолении тех трудностей, с которыми они не способны справиться без поддержки государства и общества.

Эксперты Национального фонда защиты детей от жестокого обращения отмечают, что приоритеты большинства государственных программ по-прежнему направлены на преодоление последствий сложившейся ситуации, а не на профилактику социального неблагополучия семьи, следствием чего является рост числа социальных сирот.

Опыт проведения системных изменений по профилактике социального сиротства, осуществляемых Фондом в рамках «Программы помощи детям-сиротам в России» (Программа АРО) будет отражен в книгах и методических пособиях Библиотеки. В Библиотеку войдут книги, в которых будет описана работа с неблагополучной семьей, технологии сопровождения ребенка с особыми нуждами, опыт социально-психологической поддержки выпускников интернатов. В книгах Библиотеки будет проведен системный анализ истоков социального неблагополучия семьи.

В библиотеке запланировано пять серий:

Неблагополучная семья: преодоление кризиса.

Ребенок группы риска: технологии оказания помощи.

Ребенок-сирота: семейное жизнеустройство и социализация.

Особый ребенок в семье: развитие услуг.

Российский опыт: инновации в практике.

В серии **«Неблагополучная семья: преодоление кризиса»** планируется выпускать книги об эффективных методиках и технологиях помощи семьям группы риска. Анализ и описание работы с семьей, где есть риск сиротства, поможет специалистам системы социальной защиты детства оказывать своевременную и эффективную помощь в преодолении кризисных явлений в таких семьях.

В серии **«Ребенок группы риска: технологии оказания помощи»** будут представлены книги, рассказывающие об опыте организации досуга детей и подростков, находящихся в трудной жизненной ситуации, описаны технологии сопровождения и педагогической поддержки детей и подростков группы риска, новые формы работы с ними в общеобразовательной школе и внешкольных учреждениях.

Книги серии **«Ребенок-сирота: семейное жизнеустройство и социализация»** расскажут о различных формах семейного жизнеустройства детей-сирот: усыновлении, об опекунской, патронатной семье. В этой же серии выйдут книги о постинтернатной социализации детей-сирот.

Издания серии **«Особый ребенок в семье: развитие услуг»** будут знакомить с опытом раннего вмешательства, создания интеграционной среды в образовательном пространстве, включенного образования, комплексного сопровождения.

дения ребенка-инвалида в образовательном процессе, а так же с методиками помощи детям с различными нарушениями развития, живущим в семьях.

Книги серии **«Российский опыт: инновации в практике»** представляют уникальный опыт создания муниципальных, региональных моделей профилактики социального сиротства, опишут существующие модели межведомственного взаимодействия, направленного на профилактику социального сиротства, механизмы формирования общественного мнения по вопросам профилактики социального сиротства.

В Библиотеке планируется издание научных монографий, научно-методических пособий, книг для специалистов (психологов, социальных работников, занятых в сфере помощи детям-сиротам и детям, лишенным попечения родителей, сопровождения детей с особыми нуждами, социализации выпускников интернатов), родителям, и всем, кому небезразлична судьба наших детей.

Первыми в «Библиотеке» выходят следующие издания:

Книга В.Н. Ослон **«Жизнеустройство детей-сирот: профессиональная замещающая семья»** открывает серию **«Ребенок-сирота: семейное жизнеустройство и социализация»**.

В серии **«Неблагополучная семья: преодоление кризиса»** выходит книга И.А. Алексеевой, И.Г. Новосельского **«Жестокое обращение с ребенком: последствия, помощь»**.

Курс лекций Н.М. Иовчук, А.А. Северного, Н.Б. Морозовой **«Детская социальная психиатрия для непсихиатров»** будут опубликована в серии **«Ребенок группы риска: технология оказания помощи»**.

В. Н. Ослон

«Жизнеустройство детей-сирот: профессиональная замещающая семья»

Монография посвящена малоизученной, но обладающей большим ресурсом для решения проблем социального сиротства теме: становлению и развитию замещающей профессиональной семьи.

В книге описаны результаты многолетнего экспериментального исследования замещающих семей, воспитывающих приемных детей на условиях замещающей профессиональной заботы. Автором анализируются те изменения, которые происходят с семьей как целостной системой, когда она принимает на воспитание детей – сирот и детей, лишенных родительского попечения. В монографии подробно описывается динамика структурных изменений, семейных ролей и коммуникаций, ценностей и правил семьи при ее переходе в статус замещающей, а также освещается влияние истории семьи, травматических переживаний ребенка-сироты на эффективность замещающей заботы. Автором описываются психологические механизмы интеграции ребенка в семью, анализируются системные и индивидуальные феномены, оказывающие влияние на эффективность приема. Особое внимание уделено механизмам психологической защиты замещающей семьи и способам актуализации системных ресурсов в процессе интеграции приемных детей. Излагается авторская технология социально-психолого- педагогической помощи принимающим семьям.

Монография предназначена для психологов, социальных педагогов и социальных работников. Она представляет интерес как для специалистов, занятых в сфере помощи детям-сиротам и детям, лишенным попечения родителей, так и для замещающих семей.

И. А. Алексеева, И. Г. Новосельский

«Жестокое обращение с ребенком: последствия, помощь»

Эта книга о том, как помогать детям, пострадавшим от физического, эмоционального и сексуального насилия. Ее ценность в том, что она написана на основе реальных российских случаев.

Книга – результат практического консультирования детей и семей, при

этом авторы пользуются опытом команды специалистов: психологов, врачей, социальных работников, педагогов, в деятельности которой преобладал психотерапевтический, а не диагностический подход, ориентация на помощь, а не на отчетность. Важно, что в поддержке нуждались не только дети, но и их родители.

В книге - три части. Первая посвящена описанию феномена насилия по отношению к детям, диагностике и практическим аспектам работы с детьми, пострадавшими от различных видов насилия.

Вторая часть описывает взаимосвязь социального сиротства и насилия, пути воспроизведения насилия из поколения в поколение; а также основные мишени психологической работы с детьми группы риска по социальному сиротству.

Третья часть затрагивает вопросы организации различных форм помощи детям, пострадавшим от насилия: кризисные службы, социально-реабилитационные центры, приюты, центры дневного пребывания и т.д; а также вопросы организации психологической помощи и привлечения к сотрудничеству родителей из неблагополучных семей; аспекты оказания психиатрической помощи.

Книга адресована слушателям системы повышения квалификации по специальности психология, педагогика, социальная работа, социология, а так же специалистам-практикам, работающим с детьми, руководителям социальных служб и даже самим детям.

Н. М. Иовчук, А. А. Северный, Н. Б. Морозова
«Детская социальная психиатрия для непсихиатров»

Курс лекций "Детская социальная психиатрия для непсихиатров" представляет собой первое в России учебное пособие, предназначенное для подготовки и усовершенствования специалистов – коррекционных педагогов, психологов, специалистов системы образования, социальных работников, социальных педагогов, врачей-педиатров - и в доступной для любого специалиста форме знакомящее их с основными проявлениями манифестных и пограничных психических расстройств у детей и подростков, обусловленными ими признаками социальной и школьной дизадаптации, методами их профилактики и коррекции.

Психические расстройства, особенно пограничная психическая патология, то есть мягкие психические расстройства личностного, невротического и аффективного уровней, чрезвычайно часты среди детского населения. Так, по некоторым данным, распространенность пограничных психических расстройств у детей в дошкольном возрасте достигает 50%, а среди школьников старших классов - 70-80%. Таким образом, всем специалистам, работающим с детьми и их семьями, так или иначе приходится сталкиваться с психическим неблагополучием, вырабатывать в этих случаях свою тактику поведения, коррекции, реабилитации и реадaptации ребенка или подростка. Между тем, как показывает длительный опыт работы в междисциплинарных коллективах образовательных и коррекционных учреждений для детей и подростков, педагоги, социальные педагоги, коррекционные педагоги, а зачастую и психологи крайне слабо ориентированы в проблемах душевного здоровья и нездоровья детей и подростков. Это обусловлено, в частности, отсутствием или чрезвычайной урезанностью курса психиатрии в высших учебных заведениях. Существующие руководства по детской психиатрии, как правило, доступны пониманию лишь врачей-психиатров из-за перегруженности специфическими терминами, историческими ссылками, этиопатогенетическими выкладками и малоинформативны для других специалистов, работающих с населением, поскольку основной акцент делается на описании острых и тяжелых форм психических заболеваний. Кроме того, специалисты, чья сфера деятельности охватывает различные периоды детства, обычно мало знакомы

с проявлениями возрастных кризовых периодов, особенно пубертатного криза. В связи с неправильной оценкой состояния ребенка (как лени, избалованности, интеллектуальной несостоятельности, физического заболевания, дурного характера, отрицательного влияния друзей, улицы и т. п.) его психические расстройства зачастую длительно не распознаются, и ребенок/подросток не только не получает помощи, но и подвергается неадекватным мерам воспитательного воздействия — вплоть до психологического и физического насилия. Длительно нераспознанные стертые психические расстройства, как правило, ведут к тяжелым и устойчивым формам школьной и социальной дизадаптации, требующим специальных методов коррекции.

Практика проведения спецкурса по детской социальной психиатрии показала, что студенты или курсанты, уже имеющие опыт работы с детьми и подростками, прослушав лекции (до 72 академических часов), подкрепленные клиническими иллюстрациями, демонстрациями конкретных случаев, и приняв участие в медико-психолого-педагогических консилиумах, достаточно легко ориентируются в вопросах психического здоровья детей и подростков. Выпускники ВУЗов и слушатели курсов повышения квалификации — психологи, педагоги, социальные и коррекционные педагоги и социальные работники — способны предположить наличие психической патологии у детей и подростков и своевременно направить их на консультацию к психиатру. Они также могут согласовать с психиатром тактику воспитания, семейной терапии, индивидуальной психотерапии таких детей.

Таким образом, становится очевидной актуальность курса социальной детской психиатрии, направленного на обучение сотрудников или будущих сотрудников детских учреждений основам детской и подростковой психиатрии с основным акцентом на наиболее часто встречающихся в детском и подростковом возрасте расстройствах, их причинах, прогнозе, методах лечения, обучения и коррекции, а также проблемах междисциплинарного взаимодействия.

Цель курса лекций заключается в предоставлении специалистам широкого профиля, работающим с детьми, подростками и их семьями, возможности расширить свой кругозор систематизированными знаниями в области пограничной психиатрии с акцентом преимущественно на социальных аспектах психических расстройств в детско-подростковом возрасте — механизмах школьной и социальной дизадаптации детей и подростков, социальном прогнозе, методах комплексной (междисциплинарной) профилактики, коррекции, реабилитации и реадaptации у детей и подростков с различными видами психической патологии.

Курс «Детская социальная психиатрия для непсихиатров» состоит из 22 лекций, в основном посвященных психическим расстройствам неглубокого уровня с акцентом на специфических для детей и подростков особенностях. Впервые в такого рода издании представлены некоторые судебно-психиатрические проблемы детско-подросткового возраста. Все лекции подкреплены клиническими иллюстрациями. В завершение курса приводится разработанный вместо традиционных экзаменационных вопросов комплекс тестовых задач, отражающих специфику основной профессии слушателей и направленных на практическое приложение полученных в области детской социальной психиатрии знаний. Экзамен по спецкурсу является завершающим, контрольным обучающим семинаром.

Книга содержит также список необходимой для обучения основам детской психиатрии литературы и модель организационной основы междисциплинарного взаимодействия - психолого-медико-педагогического консилиума.

Книга адресована, прежде всего, практикам, а также студентам, обучающимся соответствующим психологическим, педагогическим, социальным специальностям, т. е. всем тем, чья деятельность так или иначе связана с обеспечением психического и социально-психологического здоровья, позитивной социализации детей и подростков.

Приглашаем всех заинтересованных специалистов принять участие в
**III МЕЖДУНАРОДНОМ КОНГРЕССЕ «МОЛОДОЕ ПОКОЛЕНИЕ XXI ВЕКА:
 АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ»,**
 который организует Казанский государственный медицинский университет
 с 23 по 26 мая 2006 года в г. Казани.

Цель Конгресса: установление профессиональных контактов между специалистами Союза Независимых Государств, Балтии и Международного Сообщества, работающих в области охраны психологического здоровья детей, подростков и молодежи, для обмена практическим опытом и организации международного и междисциплинарного творческого взаимодействия.

ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН **III МЕЖДУНАРОДНОГО КОНГРЕССА «МОЛОДОЕ ПОКОЛЕНИЕ XXI ВЕКА: АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ»**

1. РЕБЕНОК И СЕМЬЯ:

- 1.1. семья как саногенный и патогенный фактор психического здоровья ребенка;
- 1.2. семейный контекст развития личности;
- 1.3. формирование психологической культуры личности и семьи;
- 1.4. воспитательные технологии в решении проблем ребенка и его семьи;
- 1.5. проблемы самопознания и самовоспитания на основных этапах онтогенеза;
- 1.6. дети, лишенные семьи, – проблемы адаптации и социально-психологической реабилитации.

2. РЕБЕНОК И ОБЩЕСТВО:

- 2.1. макросоциальные влияния на развитие и адаптацию подрастающего поколения;
- 2.2. проблемы и риски современного образования в социальном и психическом здоровье детей и молодежи;
- 2.3. СМИ и проблемы информационного воздействия на социально-психологическое здоровье подрастающего поколения;
- 2.4. позитивные и негативные тенденции в отношении современного социума к лечению ребенка с психическими расстройствами;
- 2.5. права ребенка в контексте охраны его психического здоровья и защиты от социальной стигматизации;
- 2.6. взаимосвязь психологического здоровья и психологической культуры личности;
- 2.7. культурно-психологические и здоровьесберегающие аспекты оценочной деятельности взрослых;
- 2.8. психосоциальные влияния детских и молодежных организаций;
- 2.9. формирование оптимального отношения человека к своему здоровью на основных этапах жизненного пути.

3. МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ:

- 3.1. организация служб психического, психологического и социального здоровья детей и подростков (традиционные и инновационные модели);
- 3.2. психолого-педагогические и психопатологические аспекты адаптации ребенка в учреждениях образования;
- 3.3. психосексуальные аспекты развития ребенка и подростка;
- 3.4. общие и парциальные задержки психического развития – патопсихология, психопатология, коррекционная педагогика;
- 3.5. аутистические и параутистические расстройства – диагностика, коррекция, абилитация;
- 3.6. междисциплинарные проблемы микросоциального стресса и совладающего поведения;
- 3.7. психология, психиатрия и коррекционная педагогика раннего возраста;
- 3.8. возрастные аспекты «психологического здоровья»: теория и практика.
- 3.9. клинические и параклинические проблемы психического развития ребенка;
- 3.10. возрастная психопатология – вопросы комплексной профилактики, диагностики и коррекции.

4. ПОМОЩЬ РЕБЕНКУ И СЕМЬЕ В СОХРАНЕНИИ И ВОССТАНОВЛЕНИИ ПОЗИТИВНОЙ СОЦИАЛИЗАЦИИ:

- 4.1. культурно-психологические аспекты лечебной педагогики, психотерапевтических технологий и консультативной работы;
- 4.2. игровая деятельность ребенка как определяющий фактор его развития и адаптации; влияние современной среды на особенности детской игры;
- 4.3. биологические и социально-психологические факторы зависимости и ее коррекции у детей и подростков (нарко- и токсикомании, гэмблинг, Интернет-зависимость, сектомании и др.);

- 4.4. ВИЧ-инфицирование у детей и подростков: социально-педагогические и психолого-психиатрические аспекты профилактики и реабилитации;
- 4.5. девиантное и делинквентное поведение несовершеннолетних: патогенетические и коррекционно-реабилитационные аспекты;
- 4.6. опыт и проблемы социально-педагогической и психолого-психиатрической помощи детям в чрезвычайных ситуациях;
- 4.7. эффективные модели социально-психологической помощи ребенку и семье;
- 4.8. социально-психологическая реабилитация соматически больных детей и подростков;
- 4.8. современная психофармакотерапия в детском и подростковом возрасте;
- 4.9. нейропсихология детского возраста: диагностические и коррекционные аспекты;
- 4.10. педагогическая, психокоррекционная и социально-реабилитационная работа с семьями психически больных и социально дезадаптированных детей и подростков.

5. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ И ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С РЕБЕНКОМ И СЕМЬЕЙ:

- 5.1. перспективы международного научно-методического и организационного взаимодействия в решении проблем охраны психического здоровья детей и подростков;
- 5.2. проблема организации реабилитационных сред;
- 5.3. стихийная адаптация в естественной социальной среде ребенка с патологическими особенностями развития;
- 5.4. междисциплинарная подготовка и взаимодействие педагогов, психологов, работников здравоохранения и социальных педагогов;
- 5.5. проблема «эмоционального выгорания» специалиста, работающего с детьми;
- 5.6. психогигиенические, психопрофилактические, психокоррекционные и социально-реабилитационные проблемы образовательных учреждений.
- 5.7. современное состояние и перспективы организации и нормативно-правового обеспечения психологической и психиатрической помощи детям и подросткам.

6. ОТКРЫТЫЕ ДИСКУССИИ:

- 6.1. профилактика социального сиротства и деинституционализация: современные модели, проблемы и перспективы;
- 6.2. опыт работы, законодательные и профессионально-правовые проблемы детских психологических и кризисных служб различных ведомств и организаций (психолого-педагогические медико-социальные Центры, социальные приюты, Центры реабилитации несовершеннолетних, употребляющих психоактивные вещества, и др.);
- 6.3. сферы влияния, точки соприкосновения и технологии взаимодействия социальной педагогики, психотерапии и психокоррекции в психолого-педагогическом консультировании;
- 6.4. социально-психологические проблемы ребенка в сельском социуме.

К открытию Конгресса издается сборник материалов (тезисов и докладов, присланных участниками Конгресса).

Предложения по проведению секционных заседаний, лекций, круглых столов, тезисы выступлений на русском / английском языках (до 3 стр., 30 строк на стр.) в электронном варианте на дискете (редактор Word 95 и выше, шрифт Times New Roman Cyr, размер 14) и в двух экземплярах на бумажном носителе направляются по адресу: **125009, г. Москва, Тверская ул., 12, строение 8, Институт Гармоничного Развития и Адаптации («ИГРА»), Оргкомитет Конгресса;** либо электронным письмом в виде вложения (attachment) по адресу: **<igramsk@mail.ru>** и **<acpp@online.ru>**.

Материалы, пересылаемые электронной почтой, перед отсылкой необходимо **строго проверить на возможность заражения вирусом**, т. к. защитная программа при приеме отсекает вложения, подозрительные на заражение вирусом.

Срок подачи программ секционных заседаний, лекций, круглых столов и тезисов **– до 15 марта 2006 года.**

Материалы, поступившие после 15 марта 2006 г., **рассматриваться не будут.** Заявки на участие в работе Конгресса по прилагаемой форме просьба подавать **не позже 15 марта 2006 года.**

Тел. для справок: +7 095 251 4306; тел./факс +7 095 251 4306; +7 095 229 4629.

После 1 декабря 2005 г. информация о Конгрессе будет размещена на сайте: **<www.igramsk.ru>**.

ОРГКОМИТЕТ

**Национальный фонд защиты детей от жестокого обращения
начинает подготовку
Второй Всероссийской научно-практической конференции,
посвященной проблемам профилактики социального сиротства.**

На конференции планируется обсудить следующий круг вопросов:

1. Неблагополучная семья: преодоление кризиса.
 - эффективные методики и технологии помощи семьям группы риска,
 - помощь в преодолении кризисных явлений в семьях группы риска,
2. Ребенок группы риска: технологии оказания помощи.
 - опыт организации досуга детей и подростков, находящихся в трудной жизненной ситуации,
 - технологии сопровождения и педагогической поддержки детей и подростков группы риска,
 - новые формы работы с ними в общеобразовательной школе и внешкольных учреждениях.
3. Ребенок-сирота: семейное жизнеустройство и социализация.
 - формы семейного жизнеустройства детей-сирот,
 - постинтернатная социализации детей-сирот,
4. Особый ребенок в семье: развитие услуг.
 - опыт раннего вмешательства,
 - создания интеграционной среды в образовательном пространстве,
 - включенное образование для особого ребенка,
 - сопровождение ребенка-инвалида в образовательном процессе.
5. Российский опыт: инновации в практике.
 - создание муниципальных, региональных моделей профилактики социального сиротства,
 - модели межведомственного взаимодействия, направленного на профилактику социального сиротства,
 - механизмы формирования общественного мнения по вопросам профилактики социального сиротства.

На конференции будет широко представлен опыт работы Программы «Помощь детям-сиротам в России» (Программа АРО)

Проведение Конференции планируется на октябрь 2006 года.

К участию в конференции приглашаются психологи, педагоги, психотерапевты, врачи, философы, культурологи, историки, социологи, социальные работники, социальные педагоги, работники психологических служб, интернатных учреждений и другие специалисты, занимающиеся данной проблемой.

Оргкомитет конференции просит сообщить о вашем желании участвовать в конференции на адрес: conference2006@aro.ru Материалы конференции будут опубликованы.

Более подробная информация будет сообщена на сайте www.aro.ru

Заказ № 338

ЛР № 065725 от 11.03.98
Издательско-полиграфический центр «Глобус»
123056, Москва, ул. Большая Грузинская, д. 70
Тел.: 545-4705, 545-4704

Подписано в печать 30.10.2005. Формат 70х100/16.

Бумага газетная. Гарнитура «Тайме».

Объем 9,2 п. л. Тираж 1000 экз.

ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ. 2005 (5), № 2.

Отпечатано в 000 «ГЕО-ТЭК»
г. Красноармейск, Московской области.
Тел.: 584-1623.