

АССОЦИАЦИЯ ДЕТСКИХ ПСИХИАТРОВ И ПСИХОЛОГОВ

**ВОПРОСЫ
ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ
ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

**(Научно-практический журнал
психиатрии, психологии, психотерапии
и смежных дисциплин)**

2009 (9), № 2

Москва. 2009

УДК 616Ю89

ББК 88.37

Ж 15

**ВОПРОСЫ
ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ
ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
(НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
ПСИХИАТРИИ, ПСИХОЛОГИИ, ПСИХОТЕРАПИИ
И СМЕЖНЫХ ДИСЦИПЛИН)**

Главный редактор Н.М. Иовчук

Редакционная коллегия:

**Т.А. Баилова, И.В. Добряков, С.А. Игумнов, И.В. Макаров,
В.Д. Менделевич, Л.Е. Никитина, И.М. Никольская,
А.А. Северный (зам. Главного редактора), Е.О. Смирнова,
В.С. Собкин, Н.К. Сухотина, Ю.С. Шевченко, А.М. Щербакова,
Э.Г. Эйдемиллер (зам. Главного редактора)**

Ответственный секретарь Л.Ю. Данилова

Свидетельство о регистрации ПИ № 77-17348 от 12.02.04 г.

ISBN 5-94668-004-7

© Ассоциация детских психиатров и психологов. 2009

Спонсор выпуска - Институт Гармоничного Развития и Адаптации («ИГРА»)

СОДЕРЖАНИЕ

ПЛЕНАРНЫЕ ДОКЛАДЫ **I МЕЖРЕГИОНАЛЬНОЙ** **НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ** **«ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ И ПОГРАНИЧНЫЕ** **НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА** **В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ»** **(4-6 МАРТА 2008 Г., НОВОСИБИРСК)**

Н.М. Иовчук	6
ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И ИХ ПРОГНОЗ У ДЕТЕЙ-СИРОТ В ИНТЕРНАТНОМ УЧРЕЖДЕНИИ И ЗАМЕЩАЮЩЕЙ СЕМЬЕ	
С.Г. Кривошеков, Л.Т. Ковтун, Н.В. Некипелова	14
ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПРИМЕНЕНИЯ РЕГУЛЯЦИИ ДЫХАНИЯ В КОРРЕКЦИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ	

ПЛЕНАРНЫЕ ДОКЛАДЫ **IV МЕЖДУНАРОДНОГО КОНГРЕССА** **«МОЛОДОЕ ПОКОЛЕНИЕ XXI ВЕКА:** **АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ** **СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ»** **(22-24 СЕНТЯБРЯ 2009 Г., КИРОВ)**

В.Л. Малыгин, А.С. Искандирова, Е.А. Смирнова, Н.С. Хомерики	23
НЕХИМИЧЕСКИЕ АДДИКЦИИ. ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ГЕМБЛИНГ, ЗАВИСИМОСТЬ ОТ АЗАРТНЫХ КОМПЬЮТЕРНЫХ ИГР, ИНТЕРНЕТ- ЗАВИСИМОСТЬ. КЛИНИКА, ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ, КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ	
И.М. Никольская	35
МЕТОД СЕРИЙНЫХ РИСУНКОВ И РАССКАЗОВ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОДИАГНОСТИКЕ	
Е.О. Смирнова	44
СОВРЕМЕННАЯ ДЕТСКАЯ СУБКУЛЬТУРА В АСПЕКТЕ ПСИХОЛОГИИ РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА	
Ю.С. Шевченко, А.А. Северный	53
СУДЬБА ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ В СОВРЕМЕННЫХ КЛАССИФИКАЦИЯХ	

ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ, **СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА И СМЕЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ**

С.В. Борисова	59
СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ УЧАЩИХСЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ УЧИЛИЩ - ГОРОДСКИХ И СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ	
М.Ю. Городнова	69
ПРОБЛЕМЫ ВОСПИТАНИЯ В СЕМЬЯХ БОЛЬНЫХ НАРКОМАНИЕЙ	

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

Е.Н. Котышева	75
ПСИХОКОРРЕКЦИЯ СРЕДСТВАМИ МУЗЫКИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРА СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ	
Л.О. Пережогин, Н.В. Вострокнутов	83
НЕХИМИЧЕСКИЕ ЗАВИСИМОСТИ И ИХ КОРРЕКЦИЯ В ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	
Ю.С. Шевченко	91
КЛЕПТОМАНИЯ: ЭТОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ АСПЕКТЫ	

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

М.П. Билецкая, М.И. Шендрик	102
СОВЛАДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ И ОСОБЕННОСТИ СЕМЬЙ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ	
Бородкина Л.В.	106
ОСОБЕННОСТИ ВОСПРИЯТИЯ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ВЗАИМОДЕЙСТВИЙ ПРИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ	
А.А. Воронцов	110
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАЩИТА И СОВЛАДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ У ЛИЦ, ИДЕНТИФИЦИРУЮЩИХ СЕБЯ КАК ПРАВОСЛАВНЫЕ ХРИСТИАНЕ	
С.И. Желнова	114
СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МАТЕРИНСКОЙ ПОТРЕБНОСТНО-МОТИВАЦИОННОЙ СФЕРЫ ДЕВУШЕК-ВОСПИТАННИЦ ЗАКРЫТЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ	
М.Е. Калашникова	117
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ, ПЕРЕЖИВШИМ СМЕРТЬ ИЛИ ТЯЖЕЛУЮ БОЛЕЗНЬ ЧЛЕНА СЕМЬИ	
Е.Д. Красильникова	120
РОЛЬ СЕМЬИ В РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПРОЦЕССЕ РЕБЕНКА С ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	
С.Л. Леончук	124
ЭВОЛЮЦИОННАЯ ПСИХОБИОЛОГИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ НЕВРОЗА КАК БОЛЕЗНИ АДАПТАЦИИ	
В.В. Пушина	128
ПРОБЛЕМА ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ, БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ, С ПОЗИЦИИ БИОПСИХОСОЦИАЛЬНОГО ПОДХОДА	
Н.К. Спицына, И.М. Никольская	133
ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ МАТЕРИНСКО-ДЕТСКИХ ОТНОШЕНИЙ В СЕМЬЯХ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ И НАРУШЕНИЕМ РИТМА СЕРДЦА ПО ТИПУ ЭКСТРАСИСТОЛИИ	

ОФИЦИАЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, ПРОЕКТЫ, ИНФОРМАЦИЯ

МЕМОРАНДУМ IV МЕЖДУНАРОДНОГО КОНГРЕССА 141

**«МОЛОДОЕ ПОКОЛЕНИЕ XXI ВЕКА: АКТУАЛЬНЫЕ
ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ»**

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПЕРЕПОДГОТОВКА - 143

«ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВАЯ И СЕМЕЙНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ»

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.**

ПЛЕНАРНЫЕ ДОКЛАДЫ
I МЕЖРЕГИОНАЛЬНОЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
«ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ И ПОГРАНИЧНЫЕ
НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА
В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ»
(4-6 МАРТА 2008 Г., НОВОСИБИРСК)

Н.М. Иовчук

**ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И ИХ ПРОГНОЗ
У ДЕТЕЙ-СИРОТ В ИНТЕРНАТНОМ УЧРЕЖДЕНИИ
И ЗАМЕЩАЮЩЕЙ СЕМЬЕ**

Ассоциация детских психиатров и психологов, Московский городской психолого-педагогический университет (Москва).

Современное позорное явление социального сиротства в России, приобретающее характер настоящей национальной катастрофы, продолжает нарастать и до сих пор не получило ни внятной научной интерпретации, ни обоснованных организационно-методических разработок, способных сократить этот рост и обеспечить позитивную социализацию детей, оставшихся без попечения биологических родителей. В последние годы детей-сирот в России насчитывается более 700 тысяч, среди них социальные сироты составляют 95–96 %. Количество беспризорных и безнадзорных детей в России колеблется от 1,5 до 2,5 миллионов. Социальные сироты – это дети, оставшиеся без попечения родителей при живых родителях: дети, от которых отказалась мать в родильном доме, дети-подкидыши, «отказные» дети-инвалиды, дети, родители которых лишены прав материнства и отцовства в связи с невыполнением ими родительских обязанностей, жестоким обращением, аморальным поведением.

За годы с момента лишения родителей и до начала самостоятельной жизни ребенок-сирота проходит несколько сиротских учреждений: больницу и дом ребенка (в случае раннего отказа от материнства), дошкольный детский дом, школьный детский дом, а иногда и детский дом для детей старших классов. В случае установления ему диагноза задержки психического развития или умственной отсталости (как мы выявили в своих исследованиях, далеко не всегда правомерного) он переводится в соответствующее интернатное учреждение, при определении инвалидности – в профильный интернат для детей-инвалидов (пожизненно), при несоответствии места пребывания прописке биологических родителей – в интернат по месту жительства. Таким образом, число интернатных учреждений, в которых воспитывается ребенок-сирота, еще больше увеличивается. Как нехорошая шутка в этих случаях выглядит вывешенный почти на каждом интернатном учреждении плакат “Наш дом – семья”. Ведь настоящая здоровая семья никогда не отдаст своего заблуждавшегося ребенка, ребенка с умственной отсталостью или подросшего ребенка в другую семью. Такое перемещение детей-сирот по интернатным учреждениям пагубно сказывается прежде всего на их эмоциональном развитии. При

этом отмечено, что чем дольше ребенок прожил в семье, даже в патологической, десоциализированной семье, но с родной матерью, тем более сохранной остается его эмоциональная сфера. То же можно сказать и о помещении в замещающую семью: чем раньше это происходит, тем более эмоционально живым и адекватным растёт ребенок.

Подростки и юноши–выпускники сиротских учреждений страдают или из-за чрезмерной доверчивости, недифференцированной склонности принимать любое внимание за дружбу, из-за своей излишней откровенности, назойливости, или испытывают страх перед социальными контактами, эгоцентричны, насторожены, лишены созвучности и сопереживания. Их эмоциональные реакции, лишённые синтонности, порой трудно прогнозировать, что крайне затрудняет их общение после выхода из интернатского учреждения. Выпускники интернатных учреждений, как правило, лишены гибкости, пластичности при смене обстановки и окружения, не справляются с общепринятыми правилами поведения, часто лишены такта, даже при достаточной обученности “правилам хорошего тона”.

В результате воспитания в сиротском учреждении большинство детей на пороге самостоятельной жизни не имеет достаточных навыков социальной жизни, не ориентировано во многих бытовых вопросах, которые без труда и специального обучения усваивает ребенок в обычной семье. Кругозор воспитанников интернатных учреждений крайне узок, запас знаний и представлений недостаточен, суждения наивны. Даже при хорошей успеваемости, после окончания средней школы подростки плохо ориентированы в истории страны, имеют весьма поверхностные представления об отечественном политическом строе, о быте людей за рубежом, о сущности профессий, о формах профессионального обучения и т. д. Кроме указанных особенностей, у преобладающего числа воспитанников и выпускников сиротских учреждений отмечается неумение планировать свою деятельность, прогнозировать свое будущее, ставить себе цель и последовательно добиваться ее осуществления.

При обследовании детей и подростков в интернатных учреждениях у большинства отмечается отсутствие адекватных представлений о будущей семье, о супружеской жизни, семейных обязанностях, функциях женщины и мужчины в семье, мужчины как главы семьи, а часто - и активный протест против вступления в брак; нет мечты о настоящей любви; отмечается равнодушие или даже неприязнь к маленьким детям.

У большинства девочек-подростков выражены маскулинные черты во всем внешнем облике: резкость, угловатость, размашистость движений; грубоватость речи, изобилие «крутых» выражений, мальчишеские одежда и повадки; отсутствие кокетства, нежности, изящества. Все это, по-видимому, объясняется одинаковым для детей-воспитанников разного пола стиля воспитания в домах ребенка и интернатах, а также необходимостью с раннего возраста без помощи взрослых «защищаться» от сверстников (а порой и от персонала). У большинства обследованных девочек представления о возможности избежать нежелательной беременности полностью отсутствуют или весьма расплывчаты.

При сопоставлении детей-сирот в интернатном учреждении и детей-сирот, воспитывающихся в семье (приемной, патронатной, опекунской), обнаружи-

ваются существенные различия: дети в замещающей семье, кроме более адекватной эмоциональности, обладают также более широким кругозором, целенаправленностью, работоспособностью, хорошо ориентированы в социальной сфере и в быту, свободно ориентируются в выборе профессии, учитывая свои склонности и способности, проявляют собственную инициативу в планировании свободного времени. Очевидно, что в этом случае большую роль играют возраст, в котором ребенок был помещен в семью, его личностные особенности, психическое и физическое здоровье и, что особенно важно, характер замещающей семьи, ее полноценность.

Следует отметить еще одну особенность, связанную с возрастом лишения ребенком матери: при ранних отказах от материнства ребенок, никогда не знавший матери, как правило, по достижении пубертатного или юношеского возраста не высказывает желания ее искать; дети, несколько лет прожившие в семье или вдвоем с матерью, несмотря на психологическое, физическое, сексуальное насилие, пережитое в неблагополучной семье, чаще всего выражают настойчивое желание найти мать после выхода из детского дома, невзирая даже на ее асоциальный статус; дети, лишившиеся отца и/или матери в связи с лишением их родительских прав, в большинстве случаев стараются описать семейную ситуацию в более радужных красках, чем она была на самом деле («да, мама пила, но она была хорошая, ласковая, красивая, любила, вкусно кормила...»), «да, в доме очень часто были посторонние мужчины, они, бывало, били, выгоняли, но мама никогда не обижала, ласковая была...» и т. п. У детей школьного возраста в интернате или приемной семье почти всегда с собой или на столе находится фотография матери. При возможности свиданий с матерью (или другими родными) дети всегда ждут таких встреч с радостью и надеждой, хотя потом и огорчаются из-за того, что мама не соответствует все же представлениям и фантазиям, сложившимся в ее отсутствие. Все это еще раз подтверждает, что биологическая семья для каждого ребенка является самой комфортной и наиболее эмоционально значимой и что лишение его биологической семьи практически всегда сопровождается многолетней, а возможно, и пожизненной душевной травмой.

Все перечисленные особенности детей-сирот, воспитывающихся в сиротском учреждении или семье, не относятся к проявлениям психической патологии, а лишь определяют общие психологические черты детей-сирот.

Психические нарушения среди социальных сирот, как показывает их психиатрическое обследование, являются весьма распространенными как в интернатном учреждении, так и в замещающей семье. Наиболее распространенными психическими расстройствами у детей-социальных сирот являются остаточные явления раннего резидуально-органического поражения ЦНС; патологические черты характера различной степени выраженности, постепенно, с течением времени формирующиеся в психопатии; невротические депрессии, задержки психического развития. Значительно реже, но все же чаще, чем в популяции, выявляются эндогенные психические расстройства (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз).

Остаточные явления ранней резидуально-органической церебральной недостаточности выявляются в преобладающем большинстве случаев у детей-социальных сирот и в 100% случаев у детей-сирот, воспитывающихся

в интернате вспомогательного типа. Такая высокая распространенность этой патологии связана с множеством неблагоприятных факторов: физическим неблагополучием, в том числе интоксикациями, прежде всего обусловленными употреблением алкоголя или наркотиков будущими родителями в период зачатия ребенка, беременности, родов; сниженным эмоциональным фоном матери во время беременности; ее попытками избавиться бытовыми способами от нежелательной беременности; тяжелым физическим трудом матери во время беременности; ее поздним обращением в медицинское учреждение и, соответственно, отсутствием надлежащего медицинского наблюдения и медицинской помощи; частыми простудными заболеваниями ребенка в первые недели его жизни. Все эти факторы приводят к интоксикации или кислородному голоданию плода во внутриутробном периоде, недоношенности, родовым травмам, физической ослабленности младенца.

Наиболее тяжелые последствия отмечаются при употреблении алкоголя матерью ребенка во время беременности. Известно, что 8% случаев умственной отсталости у детей обусловлено именно алкоголизацией матери. Употребление алкоголя во время беременности приводит поражению нервных клеток эмбриона и плода, а также вызывает поражение нейроэндокринной, костной систем и внутренних органов. **Алкогольный синдром плода** (или **фетальный алкогольный плод**) характеризуется комплексом врожденных пороков развития (неврологических и соматических). У таких детей прежде всего обращают на себя внимание множественные дисплазии во внешнем облике: череп неправильной формы, маленькая голова, широкое переносье, эпикант, выступающий лоб с выраженными буграми, короткий нос, неправильный рост волос, зубов, косо расположенные, большие уши, недоразвитие верхней челюсти, что делает очень характерным лицо ребенка («вогнутый профиль»), короткопалость, птоз, укорочение глазных щелей, косоглазие, а иногда и расщелины верхней губы и неба («заячья губа», «волчья пасть») и т. д.; отставание в росте, которое по мере взросления ребенка становится все более и более заметным. Отмечаются уродства со стороны внутренних органов, в том числе пороки сердца, почек, органов пищеварения. В первые же месяцы жизни становится очевидной задержка психомоторного развития; особенно выраженной оказывается задержка в интеллектуальном и речевом развитии. В 85% случаев при алкогольном синдроме плода у детей отмечается интеллектуальная недостаточность различной степени выраженности, вплоть до случаев глубокой умственной отсталости, осложненной церебральными расстройствами или энцефалопатией. Нередко в этих случаях дети имеют высокую предрасположенность к патохарактерологическому развитию и высокий риск декомпенсации, особенно у детей-сирот. Церебральные и энцефалопатия (повышенные утомляемость, истощаемость, раздражительная слабость, недержание аффекта, нарушения памяти и внимания, чрезмерная двигательная активность, гипертормозимость) создают серьезные трудности в обучении и социальной адаптации даже при незначительно выраженном интеллектуальном недоразвитии.

Социальный прогноз у детей с остаточными явлениями раннего резидуально-органического поражения ЦНС, воспитывающихся в условиях сиротских учреждений, значительно хуже, чем у детей, воспитывающихся в заме-

шающей семье, где приемные родители своевременно прибегают к адекватной медико-психолого-педагогической помощи. В отсутствие индивидуального подхода и постоянной профессиональной поддержки у детей с резидуально-органическим поражением ЦНС рано возникают школьная неуспешность и отвлечение к учебе, что влечет за собой различного рода нарушения поведения.

Развитие **патологических черт характера** обусловлено сочетанием трех основных факторов: биологического (генетическая предрасположенность), резидуально-органического (интоксикации, кислородное голодание плода, родовые травмы, инфекционные заболевания, операционный наркоз, повторные черепно-мозговые травмы) и социально-психологического (условия воспитания ребенка, психотравмирующие обстоятельства в течение жизни). Является очевидным, что у детей-социальных сирот все перечисленные факторы носят неблагоприятный характер. Практически каждый такой ребенок имеет наследственную отягощенность патологическими чертами характера, алкоголизмом, наркоманией, а иногда и манифестными душевными заболеваниями; большинство социальных сирот имеет, как было показано выше, признаки раннего резидуально-органического поражения ЦНС; условия их жизни в патологической семье, а потом – без семьи, в сиротском учреждении, причем далеко не всегда высокого качества, – также составляют значительную, а иногда, возможно, основную причину уродливого формирования характера.

Наиболее распространенными среди детей-сирот и наиболее опасными в плане нарушения социальной адаптации являются патологические черты характера возбудимого, эпилептоидного и неустойчивого круга или их сочетания, выступающие в виде мозаичной психопатии. Предотвращение закрепления патологических черт характера является весьма трудной задачей даже при семейном воспитании, а в отсутствие индивидуального подхода и психологической поддержки становится почти неразрешимой проблемой. Важную коррекционную роль в некоторых случаях играют воспитатели, неофициально выбранные самим ребенком/подростком для индивидуального кураторства. Патологические черты характера являются той почвой, на которой легко возникают разнообразные нарушения поведения (особенно при невысоком интеллекте или его явном снижении) в виде уходов, побегов, бродяжничества, краж, сексуальной распущенности, ранней алкоголизации, употребления наркотиков, связей с асоциальной или антисоциальной компанией, криминальных актов.

Депрессивные состояния у детей-сирот чаще всего проявляются в рамках реактивного или невротического состояния, наступая вслед за острой психотравмой или на фоне пролонгированной (хронической) неблагоприятной ситуации. Чаще всего затяжное тусклое депрессивное состояние возникает в момент передачи ребенка в сиротское учреждение как реакция на утрату семьи или в связи с неблагоприятной обстановкой в замещающей семье из-за нарушения межперсональных отношений с приемной матерью или другими детьми. Роль острой психотравмы играют чаще всего такие обстоятельства, как повторный отказ от усыновления, смерть родной матери, разлука с братьями, сестрами (при их помещении в другое сиротское учреждение или другую замещающую семью) и т. д.

При описании депрессии у ребенка-сироты невозможно избежать упоминания **анаклитической депрессии Шпитца**, развивающейся у младенцев,

полностью отделенных от матерей и испытывающих эмоциональный дефицит. После отрыва от матери дети, до этого момента активные, веселые, доверчивые, общительные, становятся плаксивыми, пугливыми, раздражительными, перестают активно играть. Стадия сопротивления сменяется стадией истощения: прогрессирует потеря интереса к окружающему, исчезает плаксивость, присоединяется аутоэротическая активность. Состояние младенца резко ухудшается: отмечаются бессонница, снижение аппетита или полный отказ от еды, потеря массы тела, а также нарастание склонности к простудным заболеваниям и экземе. Такие состояния наблюдались Р. Шпитцем между 6 и 11 месяцами жизни. В классических описаниях анаклитической депрессии отмечается, что при «возвращении» матери ребенку в течение 3 месяцев симптоматика полностью редуцируется и ребенок продолжает нормально развиваться. Если мать или лицо, ее замещающее, не возвращается к ребенку, наступает грубое искажение развития, вплоть до тяжелых форм умственной отсталости («ажитированной идиотии»). Медицинские карты интернатных учреждений и социальные карты не содержат, как правило, никаких указаний на перенесенное в младенчестве депрессивное состояние в случае раннего отказа от ребенка, но есть основания считать, что многие случаи умственной отсталости и выраженных задержек психического развития у отказных детей-сирот являются результатом таких депривационных депрессий. Имеется ряд наблюдений детей, помещенных в дом ребенка не в младенческом, а в младшем дошкольном возрасте, и перенесших состояния, во многом сходные с анаклитической депрессией, что позволяет думать о более широких возрастных границах ее возможного начала.

Причины задержек психического развития и умственной отсталости, распространенной среди детей-социальных сирот, по существу совпадают с таковыми при раннем резидуально-органическом поражении ЦНС и дополняются рано перенесенными депривационными депрессиями. Впрочем, диагноз умственной отсталости среди воспитанников сиротских учреждений ставится значительно чаще, чем это есть в действительности, что подтверждается комплексным квалифицированным медико-психолого-дефектологическим обследованием. Об этом свидетельствует ряд сплошных обследований воспитанников вспомогательных интернатов для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Так, при проведенном нами обследовании одного из московских интернатов для детей со сниженным интеллектом диагноз легкой умственной отсталости подтвердился лишь в 35% случаев. В остальных наблюдениях имели место остаточные явления резидуально-органического поражения ЦНС с задержкой психического развития (прежде всего обусловленной педагогической запущенностью в дошкольном и младшем школьном возрасте) и осложненные формированием патологических черт характера, эпилептиформным синдромом или неврозоподобной симптоматикой. Среди детей, воспитывающихся во вспомогательном интернате, отмечался также ряд случаев шизофрении, в основном в неактивном периоде, со сформировавшимся шизофреническим дефектом олигофреноподобного типа. У этих детей активный период болезни был уже завершен, и клиническая картина характеризовалась своеобразными личностными особенностями, в том числе эмоциональными изменениями, психическим инфантилизмом, снижением активности, замкнутостью.

По данным историй болезни и результатов опроса больных психическим заболеванием воспитанников, симптомы болезни относились в основном к дошкольному и младшему школьному возрасту. В этих случаях дети в школьном возрасте уже не требовали активного психотропного лечения, но, имея сохранный интеллект, не могли реализовать свои способности и так и оставались навсегда с диагнозом умственной отсталости и, соответственно, с образованием, полученным в рамках программы вспомогательной школы.

Как показывают динамические наблюдения, неблагоприятными факторами постинтернатной социальной адаптации, по-видимому, являются снижение активности, инициативы, эмоциональная нивелировка, чрезмерная открытость и доверчивость, а главное - психопатические черты: возбудимость, неустойчивость, ранние сексуальные и патологические влечения (лживость, бродяжничество, воровство и т. п.), особенно при их сочетании с интеллектуальным снижением.

В случаях пограничной психической патологии у воспитанников сиротских учреждений очень важным и прогностически благоприятным является правильное, целенаправленное, последовательное, варибельное лечение в детском и пубертатном возрасте (ноотропные препараты, дегидратация, седативные травы, витамины, корректоры поведения), что позволяет купировать основные психопатологические расстройства к юношескому возрасту. Между тем условия интернатного учреждения не позволяют проводить такое лечение, подкрепленное квалифицированной психологической поддержкой. Как правило, при декомпенсации, а в основном при усилении поведенческих расстройств ребенка стационарируют в психиатрическую больницу, часто недостаточно обоснованно. Там он всесторонне обследуется и принимает лекарства, но после выписки не получает поддерживающей, профилактической или необходимой курсовой терапии или получает без учета изменившегося состояния однообразное лечение, рекомендованное врачами стационара. До сих пор в некоторых интернатных учреждениях бесконтрольно и необоснованно, часто без врачебного назначения детям производятся инъекции нейролептиков (как правило, аминазина) при нарушениях поведения и оппозиционных реакциях. Таким образом, ни о какой варибельности и последовательности лечения в данном случае речи идти не может.

Значительно более благоприятный прогноз при пограничных психических расстройствах можно отметить у сирот, воспитывающихся в замещающей семье. Заинтересованные в высоком уровне социализации ребенка приемные родители соблюдают рекомендации врачей, психолога, дефектолога, стараются провести лечение амбулаторно, добиваясь улучшения самочувствия, настроения, успеваемости, поведения в домашних условиях и не прерывая школьного обучения.

Впрочем, очевидно, что прогноз социальной адаптации приемного ребенка в будущем преимущественно от особенностей замещающей семьи, в которой нередко психологические особенности матери, ее психические нарушения и конфликтные отношения с другими членами семьи создают неразрешимые трудности для правильного воспитания детей, особенно если это касается детей-сирот, имеющих различного рода и уровня психическую патологию.

Вопросы, которые мы затронули, представляют лишь малую долю проблем сиротства, но и они остаются до настоящего времени не решенными. Система государственной поддержки детей-социальных сирот далека от со-

вершенства. Разработанные и успешно осуществленные проекты в различных регионах России имеют локальный характер и в основном направлены лишь на одну из составляющих проблемы социального сиротства. Комплексная мультидисциплинарная (социально-медико-психолого-педагогическая) поддержка социальных сирот, несмотря на единодушное понимание ее необходимости, до сих пор крайне затруднена из-за недостатка средств, отсутствия соответствующих организационных условий, необходимых специалистов и недостаточной их квалификации. Тем не менее борьба с безнадзорностью, беспризорностью, социальным сиротством составляет сегодня приоритетную междисциплинарную проблему. В процессе ее решения, по нашему мнению, необходимо исходить из следующих приоритетных задач:

- Разработки системы профилактической помощи социально неблагополучной биологической семье для сохранения в ней детей.
- Организация реально функционирующей и эффективной системы семейного устройства детей-сирот с основным акцентом на раннее помещение в замещающую семью.
- Создание системы профессионального контроля и многофункциональной поддержки семьи, воспитывающей ребенка-сироту.
- Реорганизация интернатных учреждений в центры семейного устройства детей-сирот.
- Разработка противопоказаний для претендентов на роль патронатных воспитателей, приемных родителей, опекунов.
- Создание системы отбора и комплексной подготовки потенциальных замещающих родителей.
- Разработка и раннее внедрение в практику сиротских учреждений (начиная с дома ребенка) социально-педагогических программ, приближенных к основным принципам адекватного семейного воспитания и направленных на профилактику постинтернатной дизадаптации¹.
- Создание системы медико-психолого-социально-педагогического патронажа выпускников детских домов и интернатов для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.
- Широкое развитие социальной рекламы по проблеме социального сиротства для попытки привлечения кандидатов на роль замещающего родителя, привлечения волонтеров, средств, предоставления возможностей полноценного досуга, профессионального обучения и рабочих мест для выпускников детских интернатных учреждений.

¹ Понятие нарушенной, искаженной адаптации следует обозначать как «**дизадаптация**» вместо более распространенного в последнее время «дизадаптация». Употребление термина «**дизадаптация**» в данном контексте более адекватно, что подтверждается и литературными источниками, и справочными изданиями. Впервые в отечественной справочной литературе нарушенная адаптация была обозначена именно термином «**дизадаптация**» (см. Энциклопедический словарь медицинских терминов. Т. 1. – М.: Советская энциклопедия. – 1982. – 464 с.); то же: Большой толковый психологический словарь (Arthur S. Reber. The Penguin Dictionary of Psychology. 2nd Edition). Пер. Е.Ю. Чеботарева. – М.: Вече, Аст, 2001. – Т. 1. – С. 238; то же на сайте www.glossary.ru. В других зарубежных справочных изданиях и словарях (таких, как Springer Lexikon Medizin, Marriam-Webster's Medical Dictionary, и др.) и в различных монографиях понятие нарушенной адаптации также обозначается как дизадаптация (dysadaptation).

С.Г. Кривошеков, Л.Т. Ковтун, Н.В. Некипелова
ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ
ПРИМЕНЕНИЯ РЕГУЛЯЦИИ ДЫХАНИЯ
В КОРРЕКЦИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ
ГУ НИИ Физиологии СО РАМН (Новосибирск).

У высших организмов дыхательная система теснейшим образом связана с эмоциональным и физическим состоянием, чутко реагируя на все внешние и внутренние сигналы соответствующими изменениями. В свою очередь, дыхание оказывает влияние на ЦНС, модулируя эмоциональное состояние и уровень работоспособности. В результате неспецифических влияний активности дыхательного центра на ЦНС изменяются параметры работы сердца, гладкомышечный тонус сосудов, время двигательной реакции, характер электроэнцефалограммы и ряда других рефлексов и физиологических показателей. Недыхательное действие дыхательных упражнений сказывается прежде всего через упорядоченное и усиленное (или ослабленное) ритмическое влияние афферентных импульсов, поступающих от рецепторов растяжения дыхательных мышц, легких и хеморецепторов дыхательного аппарата. Такая импульсация оказывает общее тонизирующее действие на ЦНС. Поскольку при этом изменяется общая возбудимость ЦНС, то открываются возможности опосредованного нейро- и психогенного влияния на состояние всего организма. Подтверждение этого положения мы видели у обследованных в нашей лаборатории пловцов, практикующих длительные задержки дыхания [24]. Дыхательная система уникальна тем, что является единственной висцеральной системой организма, поддающейся волевому контролю, поскольку дыхательные мышцы являются в то же время скелетными и ими можно управлять произвольно. Это дает возможность, изменяя дыхание, выполняющее непосредственную основную функцию – доставку кислорода тканям и удаление углекислого газа, влиять на физическое и психологическое состояние. На этом свойстве дыхательной системы основаны многовековые традиции различных дыхательных техник, призванных изменять состояние организма. Например, хорошо известно, что умелое применение дыхательной паузы регулирует эмоции, так же как и медленное неглубокое дыхание с удлинненным выдохом — успокаивает. Хотя механизмы воздействия на организм человека медитативных дыхательных упражнений изучены слабо, их обоснование с позиций современной медицины и физиологии можно представить следующим образом. Импульсы из центрального регулятора дыхания, irradiируя по ЦНС, оказывают влияние на тонус коры большого мозга, динамику корковых потенциалов и периодичность альфа-ритмов, что в свою очередь вызывает изменение регуляции работы практически всех систем и органов организма в целом. Доказано, что с помощью медитативно-дыхательных упражнений можно добиться понижения возбудимости многих нервных центров, в частности, снижения двигательной активности, оказать общее тормозное влияние на нервную деятельность, вызвать успокоение и стабилизацию психоэмоционального состояния. Необходимо отметить, что на психологическое состояние организма можно воздействовать многими способами, в том числе и физическими упражнениями, различными способами релаксации и т. д. Не случайно для достижения лучшего лечебного и оздоровительного эффекта сочетают физические и дыхательные упражнения.

В последние десятилетия XX века интерес к дыхательным тренировкам заметно усилился, и возникло много самых разнообразных техник дыхания в Америке и Европе. Существующие в настоящее время дыхательные техники В.А. Сафонов [31] систематизирует следующим образом:

1. универсальные и специализированные древние восточные системы - йога-пранаяма (Индия), Цигун, Цзянь-фей (Китай), Кум-ньай (Тибет), Зыонг-шинь (Вьетнам);

2. системы, связанные с изменением отдельных фаз или общей структуры дыхательного цикла - 3-х фазное дыхание по Бутейко К.П. (1983) и др., «рыдающее дыхание» Вилунаса Ю.Г. (1997), дыхание при смехе и т. д.;

3. системы, использующие увеличение механического сопротивления дыханию - от создания внешнего искусственного сопротивления, дополнительного мертвого пространства до различных дыхательных тренажеров Фролова В.Ф (1999) и др.;

4. системы более активного воздействия на газовый состав крови: вдыхание гипоксических смесей (Колчинская А.З. (1992), Стрелков Р.Б., Чижов А.Я. (1985)), гиперкапнических смесей (Агаджанян Н.А., Полунин И.Н. и др. (2001));

5. системы так называемого целевого действия на общее состояние организма - дыхание успокаивающее, укрепляющее, восстанавливающее, снижающее утомление, укрепляющее нервную систему, нормализующее деятельность внутренних органов, тонизирующее, бодифлекс, сжигающее жир и т. д.;

6. упражнения с доминирующей ролью дыхания через нос - дыхание через одну ноздрю или каждую по очереди;

7. упражнения, благоприятствующие профессиональной, спортивной и другой специализации (спорт, хореография, обучение речи, дикции, пению и др.)

К этой классификации можно добавить отдельную группу дыхательных упражнений, основанных на длительных задержках дыхания, произвольной гипервентиляции (свободное дыхание, включающее холотропное дыхание, вайвейшн, ребефинг), которые позволяют достичь измененного состояния сознания.

Богатейший опыт и академической, и традиционной медицины подтверждает, что наиболее эффективны те методы оздоровления и профилактики, в которых сам пациент принимает активное участие и в которых задействована личность пациента, его сознание.

Существуют общие требования к тренирующемуся при выполнении дыхательных упражнений:

- большое желание, воля, терпение и дисциплинированность;
- отрешенность и мысленное отключение из окружающей обстановки;
- концентрация внимания и внутренняя сосредоточенность только на дыхательном процессе, четкое выполнение дыхательных движений;
- строгая систематичность, регулярность занятий.

Несколько слов о регуляции дыхания. Дыхательный центр, или как более правильно его называть - центральный регулятор дыхания (ЦРД) [5], вырабатывает ритмические стимулы, которые вызывают сокращение дыхательных мышц. Он локализован в продолговатом мозге и работает под непрерывным влиянием сигнализации от двух контуров регуляции - хеморецепторного и механорецепторного. Хеморецепторы, расположенные в дуге аорты, месте разветвления общей сонной артерии, а также в различных местах продолговатого мозга контролируют состояние химизма внутренней среды (содержания O_2 , CO_2 , pH крови), а механорецепторы грудной клетки, воздухоносных путей контролируют биомеханику дыхательных движений. Через

систему обратных связей определяется соответствие между легочной вентилацией и потребностями организма, а также оптимальный, наиболее экономичный режим дыхания. Особо отметим, что на дыхательные движения могут влиять, минуя ЦРД, вышележащие надстволовые и корковые центры, реагирующие на температуру тела, мышечную активность, эмоциональное состояние и т. д. Таким образом происходит оптимизация дыхания в соответствии с потребностями организма.

Система дыхания тесно связана с другими функциональными системами организма - прежде всего с мышечной и сердечно-сосудистой. Кроме того, она обеспечивает работу обонятельного анализатора, а также звуковыражение у животных и речь у человека.

Из литературы известны факты, иллюстрирующие влияние дыхательных ритмов на ЦНС:

- Из ЦРД в спинной мозг иррадиируют импульсы, вызывающие ритмические изменения возбудимости спинальных нейронов [28, 33].

- ЦРД оказывает возбуждающее действие на нейроны средних слоев коры, связанных с восприятием афферентных импульсов [29].

- Установлено, наличие интероцептивных влияний с рецепторов легких на кору больших полушарий, обнаружено представительство диафрагмального нерва и рефлексогенной зоны верхних дыхательных путей в коре [5].

- Дыхательные ритмы зарегистрированы в коре головного мозга: в фазу вдоха происходит усиление активности нейронов коры [30].

- Установлено влияние различных типов дыхания на функциональное состояние ЦНС [37].

- При некоторых заболеваниях на ЭЭГ появляются дыхательные ритмы [38].

- При увеличении периода дыхательного цикла (гипервентиляции, коротких задержках дыхания, периодическом дыхании и т. п.) дыхательные ритмы обнаруживаются на ЭЭГ и у здоровых людей [14].

Способность произвольно контролировать дыхание основана на особом положении респираторных мышц – они, в сущности, имеют двойное подчинение. Как висцеральный эффектор центрального регулятора дыхания эти мышцы управляются ритмической активностью ЦРД, т. е. на бульбарном уровне. С другой стороны, дыхательные мышцы, как и вся скелетная мускулатура, подчиняются командам, в том числе осознанным. Команды эти исходят из моторной зоны коры больших полушарий. В исключительных случаях произвольный контроль дыхания, являясь чисто поведенческой функцией, может прийти на помощь в случае нарушения дыхательного автоматизма при выходе из строя ЦРД в стволе мозга. При этом (если не парализована респираторная мускулатура) сохраняется способность человека совершать дыхательные движения произвольно. Однако если человек засыпает, легочная вентиляция прекращается (синдром «проклятия Ондины»).

При выполнении дыхательных упражнений произвольные возмущения привносятся в эффекторы механорецепторного контура регулирования дыхания. Дыхательные упражнения через механо- и хеморецепторы задают определенные условия для навязываемого ритма дыхания. Экспериментально доказано, что такое навязывание вполне возможно в диапазоне физиологических отклонений напряжения O_2 и CO_2 , не доводимых до императивного стимула. Значит, возможен постепенный перевод центрального автогенератора на более редкий и экономичный ритм, сопряженный с иной афферентной сигнализацией, задаваемой произвольно. Под влиянием таких упражнений,

формируются однотипные реакции: CO_2 накапливается в альвеолярном газе и частично аккумулируется в тканях, а утилизация O_2 значительно возрастает. Накопление CO_2 в тканях вызывает физиологические эффекты на уровне мозговой гемодинамики [1].

В соответствие с современными исследованиями, нейронные механизмы, входящие в состав ЦРД, по своим особенностям имеют много общего со структурами, локализованными в высших отделах ЦНС. Это проявляется в «дыхательной памяти» [5], обеспечивающей самообучаемость дыхательной системы.

Изменения в центральном и исполнительном звеньях регуляции дыхательных движений закономерно приводят к изменению напряжения газов в крови, последующему отклонению в работе хеморецепторного контура и постепенному адаптивному перекодированию управления в центральном звене этого контура, т. е. к новому режиму работы хеморегулятора. Наряду с этим, вследствие изменения сигнализации от механо- и хеморегуляторов неизбежно подстраивается на новый ритм работы и автогенератор дыхательного центра. При этом количественно изменяются частота и глубина дыхательных движений, соотношение фаз дыхательного цикла, но общие закономерности регуляции и принципы управления сохраняются. Результаты исследований нашей лаборатории [19, 23, 26] демонстрируют условно-рефлекторную перестройку дыхания и подтверждают мысль о существовании «дыхательной памяти».

Показаны следующие физиологические реакции компенсации при нормобарических гипоксических воздействиях:

- реакции со стороны систем вентиляция и кровообращения (выражены слабо);
- компенсаторная перенастройка аппарата афферентного входа;
- перераспределение вегетативной регуляции в сторону первоначального усиления регуляторной роли симпатической активности и последующего усиления парасимпатической активности при понижении локальной кожной термочувствительности;
- перераспределение периферического кровотока.

Эти реакции свидетельствуют о появлении «следовых» изменений в механизмах регуляции во всех звеньях газотранспортной системы (неспецифические механизмы компенсации с начальными элементами адаптивных перенастроек).

В результате 20-дневных тренировок методом прерывистой нормобарической гипокситерапии (ПНГ) происходит формирование долговременных механизмов адаптации. Обнаруживается усиление симпатического типа вегетативной регуляции сердечной мышцы в течение ПНГ, в то время как в восстановительном периоде усиливается парасимпатическая регуляция. Динамика периферического кровоснабжения верхней конечности (артериальный кровоток и венозная емкость) указывает на закономерное его снижение в течение многодневной гипоксической тренировки и в периоде восстановления [23]. Результаты исследования ЭЭГ-активности говорят о том, что в коре формируются узлы переработки информации, связанные с уровнем CO_2 [26].

Исследования, проведенные в восстановительном периоде после двадцатидневных тренировок сеансами ПНГ, показали сохранение изменений вентилаторной чувствительности к гипоксическому и гиперкапническому воздействиям, что свидетельствует о формировании новой адаптивной функциональной системы контроля газового гомеостаза - «дыхательной памяти». По-

лученные эффекты могут служить основой для применения ПНГ в лечении ряда психосоматических заболеваний.

В табл. 1. систематизированы результаты клинических эффектов применения направленной регуляции дыхания с помощью метода ПНГ.

Таблица 1.

Клинические эффект ПНГ		
Патология	Клинические эффекты	Источник
нарушение функции ЦНС	- улучшение пульсового кровенаполнения мозговых сосудов и повышении тонуса артериол и венул при исходно выявляемых признаках сосудистой гипотонии	[25]
	- улучшение качества внимания и мышления	[15]
	- снижение психоэмоционального напряжения	[13]
	- увеличение объема и устойчивости оперативной памяти	[21]
	- достоверное снижение показателей уровня реактивной тревожности в тесте Спилбергера	[10]
ВСД, артериальная гипертензия	- снижение эмоционального напряжения в нейродинамической психомоторной сфере	[10]
	- уменьшение симпатoadреналовых влияний на сердечный ритм	[10]
	- оптимизации самого типа сердечно-сосудистой реактивности и снижения симпатикотонических влияний - повышение тонуса парасимпатического отдела вегетативной нервной системы	
бронхиальная астма	- снижение суточных показателей АД	[4]
	- возрастание объемных показателей функции внешнего дыхания	
	- снижение потребности в бронхолитических и гормональных препаратах	
	- нормализация функциональной активности супрессорных лимфоцитов, регулирующих реакции иммунного гомеостаза;	
анемия	- снижение титра Ig E.	[11]
	- повышение количества эритроцитов и содержания гемоглобина	[27]
снижение иммунитета	- увеличение количества субпопуляций Т-лимфоцитов (СД3)	
	- уменьшение СД4, СД8-клеток	
	- снижение ЦИК,	
	- увеличении IgA сыворотки	
атопический дерматит	- нормализация IgMi IgG.	
	- уменьшение степени тяжести АД по шкале SCORAD	
гипотиреоз	- увеличение содержания Т3 и Т4 в крови	
	- снижение уровня ТТГ	
эпилепсия	- урежение приступов	[34, 35]
	- снижение длительности и тяжести приступов	
	- проявление нейрофизиологической нормализации ЭЭГ	

язвен- ная бо- лезнь желуд- ка и 12- перст- ной кишки	- улучшение репаративных свойств - заживление без грубого рубца - ускорение сроков заживления язвенных поражений - последующая более стойкая ремиссия	[7, 8]
эндо- генные депрес- сии	- редукция депрессивной симптоматики по шкале Гамиль- тона (при тоскливой депрессии - 84%, при апатической де- прессии 70% при тревожной депрессии - 52%)	[18]
ревма- тоид- ный артрит	- уменьшение продолжительности утренней скованности - уменьшение артралгий - уменьшение объема противовоспалительной терапии - снижение острофазовых белков плазмы	[22] [27]

Другим примером закрепления измененного паттерна дыхания являются результаты наблюдения за больными, использующими дыхательные тренировки с аппаратом Фролова [16], который представляет собой систему, создающую гипоксически-гиперкапническую смесь и дополнительное сопротивление дыханию. Нами [19] было предпринято исследование сочетанного воздействия гипоксии, гиперкапнии и дополнительного сопротивления дыханию, создаваемого с помощью дыхательного тренажера Фролова. Испытуемые применяли диафрагмальное дыхание, вдох и выдох осуществлялся ртом через тренажер. В процессе тренировок вдох оставался коротким и активным, а выдох медленным, прерывистым и все более длительным. Воздействие гипоксии и гиперкапнии возрастало пропорционально росту длительности выдоха.

В результате дыхательных тренировок существенно снизилась частота дыхания с 16-18 до 6-8. Урежение произошло преимущественно за счет удлинения фазы выдоха: вдох увеличился на 31.5%, выдох - на 102.6%. Частота сердечных сокращений снизилась на 18%. Время восстановления потребления кислорода после стандартной физической нагрузки сократилось на 67%. Существенно изменились параметры газообмена. В покое возрос коэффициент утилизации O_2 и процент содержания CO_2 в альвеолярном воздухе, а значит и в артериальной крови. Эти изменения оказались еще более выраженными при физической нагрузке. В целом, изменение паттерна дыхания, увеличение содержания CO_2 в альвеолярном воздухе свидетельствуют о том, что произошла перенастройка хеморецепторов – снизилась их чувствительность к углекислому газу, изменилась установка для дыхательных нейронов. В конечном счете, произошла перенастройка дыхательного центра. В результате тренировок произошла оптимизация альвеолярной вентиляции, минимизация функции дыхания и кровообращения.

Исследования М.В. Балуда [3] показали эффективность респираторного тренинга на аппарате Фролова у больных бронхиальной астмой средней степени тяжести. Лечебно-оздоровительный эффект заключался:

1. В улучшении бронхиальной проходимости и снижении повышенной воздушности легких, что связано с создаваемым аппаратом Фролова положительным давлением на выдохе, приводящим к предупреждению экспираторного коллапса мелких дыхательных путей и снижению выраженности

трахеобронхиальной дискинезии.

2. В восстановлении нарушенных вентиляционно-перфузионных отношений и оптимизации газообмена.

Так когда же возникает необходимость в перенастройке паттерна дыхания? Казалось бы, рисунок дыхания заложен генетически и любое вмешательство может нарушить динамическое равновесие совместной работы систем организма. Однако известно, что в результате эмоционального стресса, постоянных мышечных напряжений, а также различных патологических процессов происходит перенастройка паттерна дыхания, когда дыхание или не обеспечивает потребности организма в газообмене или процесс дыхания идет с излишними энергозатратами. Представляется, что в результате практически всех психосоматических расстройств паттерн дыхания также перестает быть адекватным. Применение какой-либо дыхательной техники для разрушения памяти патологического стереотипа в таких случаях вполне оправдано, и искусство врача должно заключаться в том, чтобы правильно выбрать методику и дозировку воздействия. Совершенно оправдано применение дыхательных упражнений ситуативно — для расслабления или, наоборот, активизации общего состояния.

Необходимость в большой длительности и высокой интенсивности проведения дыхательных упражнений, отмеченная в разных системах, указывает на то, что при этом не только вырабатывается новый навык реализации дыхательных движений, а, вероятно, происходит перенастройка каких-то глубоких основополагающих процессов в организме в целом и, в частности, в ЦНС. Происходит разрушение патологического стереотипа и за счет этого — избавление от заболеваний.

Мы применяли метод периодических гипоксических тренировок у детей разных возрастов на базе педиатрического отделения клиники ИФ СОРАМН в составе комплексного лечения ряда заболеваний психосоматической природы. Наряду с клиническим улучшением по основному заболеванию у всех детей, получавших курс интервальных нормобарических гипоксических тренировок (ИНГТ), отмечалась оптимизация общего состояния, улучшение сна, повышение работоспособности, улучшение настроения и снижение общего эмоционального напряжения. Тестовый контроль подтверждает также снижение уровня личностной тревожности после курса ИНГТ. По сравнению с группой детей, не получавших в составе лечебных мероприятий ИНГТ, улучшение состояния здоровья оказалось более выраженным.

Все вышесказанное указывает на то, что применение дыхательных тренировок может быть полезно в практике коррекции психосоматических расстройств, в том числе у детей и подростков.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агаджанян Н.А., Степанов В.К., Стрелков Д.Г., Русейкина О.Т. Оценка функциональных резервов организма человека на основе метода ультразвуковой доплерографии // Физиология человека, 2008, т. 34, № 3. - С. 65-69.
2. Агаджанян Н.А., Полунин И.Н., Степанов В.К., Поляков В.Н. Человек в условиях гипоксии и гиперкапнии. - Астрахань—Москва, 2001. - 340 с.
3. Балуда М.В., Демидов Ю.И., Серов В.В. Результаты применения индивидуального дыхательного тренажера ТДИ-01 у больных бронхиальной астмой / Теория и практика оздоровительного дыхания. Под ред. Н.И. Цирельникова: http://www.universalinternetlibrary.ru/book/kak_stat_del/3.shtml
4. Борукаева И.Х. Эффективность интервальной гипоксической тренировки при бронхиальной астме у детей и подростков // Педиатрия, 2007, т. 86,

№ 4. - С. 29-34.

5. Бреслав И.С., Ноздрачев А.Д. Дыхание. Висцеральный и поведенческий аспекты. - СПб.: Наука, 2005. – 309 с.

6. Бутейко К.П. Способ лечения гемогипокарбии. (А.С. № 1067640. 1983)

7. Валуи В.Т. Использование периодической гипоксической тренировки в комплексном лечении больных язвенной болезнью // Вестник ВГМУ, 2002, № 2, т. 1. – С. 60-67.

8. Валуи В.Т., Кузнецов В.И., Федоров Н.Е. и др. Положительное влияние адаптации к периодической гипоксии на длительность ремиссии язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки / Современные подходы и внедрение новых методик в диагностике. Сб. матер. посвящ. 10-летию ВДЦ. - Витебск, 2005. – С. 30-33.

9. Вилунас Ю.Г. Дыхание, несущее здоровье. - СПб.: Комплект, 1997. – 347 с.

10. Власенко А.В., Долгих В.В., Рычкова Л.В., Бугун О.В. Влияние нормобарической гипокситерапии на эмоциональное состояние детей и подростков с артериальной гипертензией // Бюлл. ВСНЦ СО РАМН, 2007, № 3. - С. 29-31.

11. Геппе Н. А., Курчакова Т. В., Богданова Т. А. Влияние интервальной гипоксической тренировки на качество жизни детей с бронхиальной астмой // Медицинская помощь, 2003, № 3. - С. 29-32.

12. Геппе Н.А., Богданова Т.А. Контроль эффективности интервальной гипоксической тренировки у детей с бронхиальной астмой. Прерывистая нормобарическая гипокситерапия / Доклады Международной академии проблем гипоксии. Т. IV. Под ред. Р.Б. Стрелкова. - М.: Бумажная галерея, 2005. – 232 с.

13. Глазачев О.С., Орлова М.А., Бабилов В.И., Федянина Н.Г. Индивидуальный подход к системной реабилитации школьников методом интервальной нормобарической гипоксии // Вестник Новгородского государственного университета, 1998, № 8.

14. Гора Е.П. Изменения функционального состояния систем организма (кардиореспираторной системы и ЦНС) при произвольном управлении дыханием. - М., 1989. – 149 с.

15. Горанчук В.В., Сапова Н.И., Иванов А.О. Гипокситерапия. - СПб.: Элби-СПб, 2003. – 536 с.

16. Зиннатулин С.Н. Дыхательный тренажер Фролова в медицине и валеологии. Информационно-методические материалы. - Новосибирск, 1999. – 53 с.

17. Каримулаев И.А., Калинин В.В., Мосолов С.Н. Клиническая эффективность метода адаптации к периодической нормобарической гипоксии (АПНГ) при лечении постпсихотической депрессии у больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия, 2003, т. 13, № 4. – С. 37-41.

18. Каримулаев И.А., Мосолов С.Н. Метод адаптации к периодической нормобарической гипоксии в терапии эндогенных депрессий: http://www.psychiatry.ru/book_show

19. Ковтун Л.Т., Кривошеков С.Г. Сочетанное действие дополнительного сопротивления дыханию, гипоксии и гиперкапнии на организм женщин / Мат-лы II международной конференции «Теория и практика дыхания на тренажере Фролова» - Новосибирск, 2000. - С. 31-32.

20. Колчинская А.З. (ответ. ред.) Интервальная гипоксическая тренировка. Эффективность. Механизмы действия. – Киев: ММиС Украины, 1992. – 160 с.

21. Кондрыкинская И.И., Касаткин В.Н., Чичельницкая С.М. и др. Интервальная гипоксическая тренировка в лечении астенического синдрома у детей // Нур. Мед. J., 1993, т. 1, № 3. - С. 26-28.

22. Котлярова Л.А., Эренбург И.В., Кондрыкинская И.И., Горбаченков А.А. Интервальная гипоксическая терапия в комплексном лечении ревматоидного артрита // Нур. Мед. J., 1993, т. 1, № 3. - С. 17-19.
23. Кривошеков С.Г., Леутин В.П., Диверт В.Э. и др. Системные механизмы адаптации и компенсации. - Бюллетень СО РАМН, 2004, № 2. - С. 148-154.
24. Кривошеков С.Г., Диверт Г.М., Диверт В.Э. Реакция тренированных к задержке дыхания лиц на прерывистую нормобарическую гипоксию // Физиология человека, 2007, т. 33, № 3. - С. 75-80.
25. Кроливец Н.А., Глазачев О.С. Влияние интервальной гипоксической тренировки на реоэнцефалографические показатели у младших школьников // Нур. Мед. J., 1995, т. 3, № 2. - С. 15-17.
26. Леутин В.П., Платонов Я.Г., Диверт Г.М., Кривошеков С.Г. Изменение центрального контроля функции внешнего дыхания после однократного сеанса прерывистой нормобарической гипоксии // Физиология человека, 2003, т. 29, № 1. - С. 13-15.
27. Огородова Л.М., Безносов О.Г. Противовоспалительный эффект интервальной гипоксической тренировки при ювенильном артрите // Нур. Мед. J., 1993, т. 1, № 2. - С. 26-28.
28. Орбели Л.А. Лекции по физиологии нервной системы. - Л.: Медгиз, 1938. - 312 с.
29. Павлов И.П. Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных. - М.: Наука, 1973. - 664 с.
30. Ройтбак А.И., Таварткиладзе Б.В. О физиологических механизмах явления «мертвой точки» // Теория и практика физ. Культуры, 1954, т. XVII, вып. 1. - С. 35-45.
31. Сафонов В.А. Как дышим, так и живем. - М.6 Национальное обозрение, 2004. - 135 с.
32. Свинцова Л.И., Филиппов Г.П. Возможность использования адаптации к гипоксии для коррекции вегетативных нарушений у детей с сердечно-сосудистой патологией / Конгресс «Детская кардиология» 2000: <http://www.ecg.ru/conf/childcardio2000/oglav.html>
33. Сергиевский М.В. Дыхательный центр млекопитающих животных. - М.: Медгиз, 1950. - 450 с.
34. Старых Е.В., Федин А.И. Использование нормобарической гипоксии при лечении эпилепсии // Журнал неврологии и психиатрии, 2002, № 1. - С. 46-48.
35. Старых Е.В. Электроэнцефалографический контроль эффективности гипокситерапии как дополнительного метода в лечении эпилепсии // Журнал неврологии и психиатрии, 2003, № 7. - С. 27-30.
36. Стрелков Р.Б., Караш Ю.М., Чижов А.Я. и др. Метод повышения неспецифической резистентности организма с помощью нормобарической гипоксической стимуляции. Методические рекомендации. - М., 1985. - 10 с.
37. Фролов В.Ф. Эндогенное дыхание — медицина третьего тысячелетия. - Новосибирск: Динамика, 1999. - 226 с.
37. Gillam P.M. Patterns of respiration in human beings at rest and during sleep // Bull Physiopathol Respir (Nancy). 1972 Sep-Oct;8(5):1059-70.
38. Isaev G, Murphy K, Guz A, Adams L. Areas of the brain concerned with ventilatory load compensation in awake man // J Physiol. 2002 Mar 15;539 (Pt 3): 935-45.

ПЛЕНАРНЫЕ ДОКЛАДЫ
IV МЕЖДУНАРОДНОГО КОНГРЕССА
«МОЛОДОЕ ПОКОЛЕНИЕ XXI ВЕКА:
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ
СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ»
(22-24 СЕНТЯБРЯ 2009 Г., КИРОВ)

В.Л. Малыгин, А.С. Искандирова, Е.А. Смирнова, Н.С. Хомерики
НЕХИМИЧЕСКИЕ АДДИКЦИИ. ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ГЕМБЛИНГ,
ЗАВИСИМОСТЬ ОТ АЗАРТНЫХ КОМПЬЮТЕРНЫХ ИГР,
ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТЬ.

КЛИНИКА, ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ, КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ²

Московский государственный медико-стоматологический университет, кафедра психологического консультирования, психокоррекции и психотерапии (Москва).

Аддитивное поведение, по определению Ц.П. Короленко [5], характеризуется стремлением к уходу от реальности посредством изменения своего психического состояния. Данное определение отражает скорее направленность поведенческих реакций, но не отражает клинической сути патологического процесса. Совершенно очевидна необходимость разграничения понятий «аддитивного поведения» и «болезней зависимости». В свое время на строгом разграничении аддитивного поведения как формы девиантного поведения и аддикции как болезни настаивал А.Е. Личко [8]. В отечественной литературе англоязычный термин аддитивное поведение (addictive behavior) начал использоваться более двух десятков лет назад в том значении, которое давали его авторы: злоупотребление различными веществами, изменяющими психическое состояние, включая алкоголь и курение табака, до того, как от них сформировалась зависимость. Т. о., аддитивное поведение, как психопатологический феномен следует рассматривать как донозологическую (доболезненную) форму девиантного поведения.

Первую классификацию типов нехимической зависимости в России предложил Ц.П. Короленко [7]. Он выделил непосредственно нехимические аддикции, к которым отнес азартные игры (гемблинг), аддикцию отношений, сексуальную, любовную аддикции, аддикцию избегания, аддикцию к трате денег, ургентную аддикцию, а также работоголизм [6] и промежуточные (по отношению к нехимической и химической зависимости) аддикции, например, аддикцию к еде (переедание и голодание), характеризующиеся тем, что при этих формах задействованы непосредственно биохимические механизмы. Кроме перечисленных, в настоящее время описано значительное количество других нехимических аддикций: зависимость от компьютера и Интернета, от

² Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ в рамках научно-исследовательского проекта РГНФ «Психологические и социальные факторы риска формирования и развития патологической зависимости от азартных игр», проект № 08-06-00733-а.

упражнений (спортивная), духовный поиск и «состояние перманентной войны» [13], синдром Тоада (зависимость от «веселого автовождения»). А.Ю. Егоров [4] предлагает следующую рабочую классификацию нехимических форм зависимого поведения:

1. Патологическое влечение к азартным играм (гемблинг)
2. Эротические аддикции:
 - 2.1. Любовные аддикции
 - 2.2. Сексуальные аддикции
3. «Социально приемлемые» аддикции:
 - 3.1. Работоголизм.
 - 3.2. Спортивные аддикции (аддикция упражнений)
 - 3.3. Аддикция отношений
 - 3.4. Аддикция к трате денег (покупкам)
 - 3.4. Религиозная аддикция
4. Технологические аддикции:
 - 4.1. Интернет-аддикции
 - 4.2. Аддикция к мобильным телефонам
 - 4.3. Другие технологические аддикции (телевизионная аддикция, тама-гочи-аддикция и другие гаджет-аддикции).
5. Пищевые аддикции:
 - 5.1. Аддикция к перееданию
 - 5.2. Аддикция к голоданию.

Особой формой зависимого поведения, возможно, является распространенная среди юношества увлеченность ролевыми играми, сочетающая в себе признаки такой аддикции, как духовный поиск, и аддикцию отношений.

К настоящему времени имеются четкие диагностические клинические критерии химических зависимостей. В тоже время из всех выделяемых нехимических аддикций лишь зависимость от азартной игры признана болезнью и имеет свои диагностические критерии в МКБ-10. Несмотря на активное лоббирование американскими психологами и психиатрами, Интернет-зависимость не была включена в американскую классификацию болезней. Все это свидетельствует отнюдь не о том, что не существует иных болезней зависимого поведения (в частности Интернет-зависимости), а скорее о том, что до настоящего времени данные расстройства недостаточно клинически изучены и описаны.

Патологическая зависимость от азартных игр.

Патологическую зависимость от азартных игр можно рассматривать как модель нехимических аддикций с присущими болезням зависимости объектами патогенного влечения, четкими психопатологическими проявлениями в картине болезни, наличием клинически очерченных абстинентных расстройств, динамикой течения болезни (периодического или прогрессиентного). В МКБ-10 патологическая зависимость от азартных игр рассматривается в разделе F60-F69 «Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте» и относится к рубрике «Расстройства привычек и влечений». Как известно, в этиопатогенезе расстройств зрелой личности и поведенческих расстройств (к примеру, расстройств привычек и влечений) основную роль играют личностно-характерологические особенности пациентов, сформировавшиеся в про-

цессе социализации. В то же время вопрос о значении акцентуированных черт характера в формировании игровой зависимости до настоящего времени остается дискуссионным [3, 9]. Так Папырин В.Д. [12] отмечает более быстрое формирование игровой зависимости у больных с гипертимными чертами характера по сравнению с пациентами, характеризующимися гипотимными особенностями. Напротив, Молчанова Ю.Ю. [10] считает, что процесс формирования зависимости от игры одинаков как для лиц девиациями характера, так и для лиц с «нормальной» психологической predisпозицией и в большей степени обусловлен искажением ценностной иерархии, существующей в части общества. До настоящего времени остается недостаточно изученной психопатологическая симптоматика, сопровождающая зависимость от азартных игр.

Проведенное нами исследование 110 патологических азартных игроков выявило следующее. Средний возраст зависимых от игры составляет $26,8 \pm 6,3$ г. Большая часть (74,5%) патологических азартных игроков имеет общее среднее и средне-специальное (как правило, ПТУ) образование и лишь 25,4% - высшее и незаконченное высшее. Т. о., наибольшей возрастной группой риска являются лица в возрасте от 21 до 30 лет (период социального становления). Выявлено, что почти половина зависимых от игры (46,4%) разведены или холосты, а среди состоящих в браке 21,1% испытывали кризис семейных отношений и половина из них в период обращения за помощью проживала раздельно, что свидетельствует о нарушенной социальной адаптации.

Из всех обратившихся за помощью 39 человек (36,0%) имели в прошлом проблемы с алкоголем и проходили соответствующую терапию. Более чем у половины наблюдавшихся (53,6%, $n=59$) наследственность отягощена алкогольной зависимостью по линии родителей. В контрольной группе эти показатели составили 5,2% ($n=4$) ($p < 0,05$) и 20,8% ($n=16$) ($p < 0,05$). Можно предположить, что в данных случаях имевшееся ранее расстройство в виде патологической зависимости не редуцируется, а происходит лишь смена одной формы зависимости на другую.

Итак, среднестатистический портрет российского патологического азартного игрока может быть представлен следующим образом. Это мужчина в возрасте 21-30 лет, в половине случаев холостой или разведенный (47,9%), со средним образованием (71,1%) отягощенный наследственностью в виде алкогольной зависимости (52,1%) и в трети случаев (35,6%) страдавший сам зависимостью от алкоголя.

В группе патологических азартных игроков достоверно чаще, по сравнению с контрольной группой (83,6% и 14,3% соответственно) отмечались сильно выраженные характерологические черты, что подчеркивает значение заостренности определенных черт характера в нарушении адаптации и формировании зависимого поведения от азартной игры как варианта патологической адаптации. Наиболее часто отмечались возбудимая и гипертимная акцентуации характера (27,3% и 23,6% случаев соответственно), в 11% случаев был выявлен тревожный тип акцентуации, в 10,9% - циклотимный тип. Данные характерологические особенности затрудняли социальную и трудовую адаптацию обследованных. Нами выявлено, что в стрессовых ситуациях патологические азартные игроки достоверно чаще, по сравнению с контрольной

группой используют такие механизмы психологической защиты (МПЗ), как отрицание, вытеснение, проекция и регрессия, что указывает на «слабоадаптивный» тип поведения. Ведущими копинг-стратегиями в стрессовых ситуациях у патологических игроков являются: конфронтация, дистанцирование и бегство-избегание, относящиеся к дизадаптивным, и неуспешным стратегиям, препятствующим преодолению трудной ситуации. Для патологических гэмблеров был характерен субъектно-ориентированный стиль поведения, являвшийся следствием эмоционального реагирования на конфликтную ситуацию, не сопровождавшийся конкретными действиями, и проявлявшийся в виде попыток не думать о проблеме вообще, вовлечения других в свои переживания, желания забыться в процессе игры, а в некоторых случаях и присоединения других аддикций (в частности, алкогольной).

Нами выявлено, что для характерологических типов с преобладанием возбудимых черт наиболее свойственными являются конфронтационные копинг-стратегии преодоления стресса и МПЗ по типу отрицания и вытеснения. Для гипертимного типа также наиболее свойствен конфронтационный копинг, а наиболее часто используемые защитные механизмы – проекция и отрицание. Для тревожного типа характерны копинг-стратегии дистанцирования и МПЗ в виде регрессии. Патологическими игроками наиболее часто использовались такие МПЗ, как вытеснение, регрессия и отрицание и проекция. Полученные данные свидетельствуют, что напряженность вытесняющих механизмов у гэмблеров значимо выше, чем в группе контроля. Наиболее часто вытеснялись связанные с патологическим пристрастием свойства, характерологические качества и поступки, не делающие личность привлекательной в глазах себя и других: агрессивность, необязательность, лживость. При этом содержательная сторона психотравмирующей ситуации в виде факта неблагоприятного поступка, спровоцированного игровой зависимостью, не осознавалась, но сохранялось вызванное им эмоциональное напряжение, субъективно воспринимавшееся как немотивированная тревога. Как известно регрессия относится к наиболее дизадаптивным и связанным с патологией механизмам. Выраженность регрессии у патологических азартных игроков была в 2,1 раза выше, чем в группе контроля. В период проигрыша обследованные предпочитали искать у окружающих сочувствия, вместо того чтобы предпринимать действия, направленные на решение проблем. Импульсивность и слабость эмоционально-волевого контроля, свойственные этим личностям, определялись актуализацией именно этого МПЗ на общем фоне изменения мотивационно-потребностной сферы в сторону их большей упрощенности и доступности. Две базисные эмоции, связанные с идентичностью, – это принятие и отвержение. Основная группа достоверно отличалась от контроля по степени выраженности и, соответственно, использования обоих этих защитных механизмов. В момент обращения за помощью, на высоте дистресса, обусловленного проигрышем, возникала проблема самовосприятия себя как неудачника (при имеющихся сверхценных идеях покорить весь мир), что являлось неприемлемым, фрустрирующим и могло привести к разрушению «Я». Использование защитного механизма отрицания отвергало подобную идентификацию и способствовало снижению уровня тревоги.

Изучение клинико-психопатологических феноменов, сопровождающих

зависимость от азартной игры, выявило следующее. В момент обращения пациентов за помощью ($n=110$) на этапе прерывания игрового цикла 92,7% больных, ($n = 102$) находились в состоянии глубокого дистресса с преобладанием депрессивных расстройств (чувством вины, за создавшуюся ситуацию, ощущением, что будущее безнадежно, и чувством собственной никчемности вплоть до наличия суицидальных мыслей); с высоким уровнем тревоги; обсессивно-компульсивными расстройствами (неприятными неотвязными мыслями, связанными с проблемами, вызванными игрой), враждебностью и паранойальностью (легко возникающим раздражением, неконтролируемыми вспышками гнева, порой импульсивным желанием причинить телесные повреждения кому-либо, ощущением, что другие люди «наблюдают за мной» или «говорят обо мне»). Фобическая симптоматика была тесно спаяна с психотравмирующими факторами (в частности, с наличием долгов) и проявлялась необходимостью избегать некоторых мест или действий, иногда чувством страха на улице. У 6 пациентов (5,5%) на фоне депрессии, обусловленной крупными материальными потерями и разрушением семьи, отмечались симптомы, соответствующие посттравматическому стрессовому расстройству: яркие, красочные воспоминания (в период засыпания или во сне) об участии в игре и сопровождающиеся переживанием тревоги; избегание мест, напоминающих о стрессовой ситуации; повышенная раздражительность, нарушение засыпания. Следует отметить, что в 101 случае (91,8%) степень выраженности расстройств, по данным опросника SCL 90R, достигала уровня дистресса, что свидетельствует о значительной глубине нарушений. В процессе клинико-психопатологического обследования у 35 пациентов (31,8%) выявлялись симптомы, которые, очевидно, следует расценивать, как явления деперсонализации – ощущение измененности и отчужденности собственного «Я», ощущения, что «кто-то другой играет в эту игру, а не я». Большинство пациентов (81,8%, $n=90$) на момент обращения за помощью отмечало своеобразную отрешенность от повседневных забот, чувственную притупленность и погруженность в мир собственных переживаний, связанных с игрой, описывая это как своеобразную «заколдованность» или состояние гипноза, транса. Возникновение данного состояния отмечалось пациентами непосредственно (в течении 1-2 суток) перед игрой, в период игры и в первые дни после окончания игры. Указанная психопатологическая симптоматика, возможно, может быть расценена как состояние измененного (суженного) сознания с характерной для него концентрацией внимания на избранном объекте, поглощенностью объектом внимания с одновременной отстраненностью от окружающей действительности.

Проведенное нами исследование 23 пациентов, совершивших в период терапии от одного до трех игровых циклов, позволило выявить и описать своеобразие динамики психопатологических феноменов на различных этапах игрового цикла. Так, вслед за описанным нами этапом проигрыша с выраженным дистрессом, проявлявшимся сложным психопатологическим комплексом (сочетание тревожно-депрессивных, обсессивно-компульсивных и паранойальных симптомов) следовал период умеренно выраженных депрессивных расстройств с постепенной редукцией тревожных и обсессивно-компульсивных нарушений. Общая интенсивность состояния, соответствующую

щая количеству симптомов, в этот период также снижалась; дополнительно отмечались абстинентные расстройства с нервозностью, раздражительностью, нарушением сна, беспокойством, неустойчивым фоном настроением, внутренним напряжением, нарушением концентрации внимания, головными болями. Спустя 10–20 дней ($14,6 \pm 8,2$) с момента обращения за помощью психическое состояние характеризовалось стойкими субдепрессивными расстройствами, сопровождавшимися неглубокими астеническими или апатическими симптомами и повышенным порогом чувствительности к внешним раздражителям, которое описывалось пациентами как состояние «скуки». В последующем астенические и апатические симптомы сменялись симптомами неясной, немотивированной тревоги с моторным беспокойством, внутренним напряжением. Появлялась симптоматика умеренной дисфории. В дальнейшем тревожная и дисфорическая симптоматика нарастала, вновь появлялась обсессивно-компульсивные проявления с элементами суженного сознания в виде навязчивых мыслей и представлений об игре, вплоть до гипнагогических галлюцинаций (неконтролируемого калейдоскопа картинок игры). В момент срыва к игре состояние описывалось пациентами как ощущение полной погруженности в представления о предстоящей игре с отрешенностью от окружающей действительности.

Следовательно, можно выделить следующие клинико-психопатологические периоды игрового цикла (рис. 1): 1) период игры; 2) период дистресса, следующий сразу за игрой, как правило, развивавшийся после проигрыша, – этап проигрыша; 2) период умеренно выраженных тревожно-депрессивных расстройств, трансформирующихся в субдепрессию с гиперестезией, преобладанием астении или апатии – этап абстинентных расстройств; 4) период тревожных и дисфорических расстройств в сочетании с субдепрессией – этап предвестников срыва; 5) период суженного сознания, предшествующий непосредственно срыву, – этап транса игры.



Рисунок 1.

Зависимость от компьютерных игр. Все компьютерные игры можно условно разделить на неролевые и ролевые. Природа и механизм образования психологической зависимости от тех или иных игр имеют отличия. Неролевые компьютерные игры - игры таких жанров, как логические игры, игры на быстроту реакции и сообразительность, карточные игры, игры-имитаторы игровых автоматов, - не только не наносят урон психике, но и полезны. Аркадные игры — разного рода «бегалки» и «стрелялки». Здесь играющий в большей степени ориентирован не на процесс игры, а на результат, на азарт «прохождения» и (или) набирания очков.

Ролевые компьютерные игры. Это игры, в которых играющий принимает на себя роль компьютерного персонажа, т. е. сама игра обязывает играющего выступать в роли компьютерного героя. Психологическая зависимость от ролевых компьютерных игр является самой мощной по степени своего влияния на личность играющего. Ролевая игра должна располагать играющего к «вхождению» в роль компьютерного персонажа. Когда говорят о психологической зависимости от компьютерных игр, имеются в виду ролевые компьютерные игры. Только в случае с ролевыми играми наблюдается некий «эго-распад» на «Я виртуальное» и «Я реальное», нарастание диссонанса между которыми влечет усиление дизадаптации и нарушения в сфере психических состояний.

Лица, склонные к зависимости от компьютерных азартных игр, неоднородны по выбору жанра. Около 53% из них предпочитают игры-«шуттеры» («стрелялки» - Counter Strike), а около 47% - «ролевые» игры (Line Age). В данном исследовании изучены группа подростков с симптомами зависимого поведения, предпочитающая игры-«шуттеры», и группа подростков, предпочитающих «ролевые» игры.

Исследование выявило, что лица, склонные к зависимости от компьютерных игр (игры-«шуттеры») наиболее близки по своим характерологическим свойствам и клиническим проявлениям зависимого поведения к патологическим гэмблерам. В частности, среди них так же, как и среди патологических гэмблеров, отмечено преобладание возбудимых, гипертимных и тревожных черт характера. Клинические проявления зависимого поведения характеризовались следующими психопатологическими особенностями: выраженные обсессивно-компульсивные, тревожные и депрессивные симптомы, высокая экстрапунитивность реакций на фрустрирующие стимулы окружающей среды с фиксацией на удовлетворении потребностей, низкая степень социальной адаптации, выраженный экстернальный локус контроля, преобладание стратегий совладающего поведения конфронтации и дистанцирования. Особенно характерны такие психопатологические особенности личности, как враждебность и преобладание конфронтативного копинга. Лицам, склонным к зависимости от компьютерных игр, предпочитающим «ролевые» игры, особенно свойственно преобладание стратегии дистанцирования.

Исследование корреляционных взаимосвязей характерологических свойств, копинг-стратегий и психопатологических проявлений зависимого поведения выявило следующее. Среди игроков-«шуттеров» ведущим параметром является повышенная враждебность, которая, входя в характерологические особенности «шуттеров» (возбудимая и с гипертимная акцентуация

$r=0,401$; $p \leq 0,01$), значимо связана отрицательными корреляциями с депрессией ($r=-0,309$; $p \leq 0,05$), степенью социальной адаптации ($r=-0,311$; $p \leq 0,05$) и копинг-стратегией дистанцирования ($r=-0,361$; $p \leq 0,05$). Т. о., враждебность игроков-«шуттеров» сочетается с их низкой депрессивностью, при этом психопатологический феномен враждебности снижает их адаптивные возможности, т. к. игроки-«шуттеры» вовсе не дистанцируются при стрессовой ситуации, а выливают свою враждебность в виде конфронтации, направленной во вне. Это подтверждают значимые положительные корреляции данного показателя с конфронтативным копингом ($r=0,477$; $p \leq 0,01$) и экстрапунитивностью ($r=0,334$; $p \leq 0,01$).

Для зависимых «ролевики» ведущим параметром является тревога, которая глубоко вплетена в характерологические особенности ($r=0,614$; $p \leq 0,001$ с тревожностью и $r=0,410$; $p \leq 0,01$ с возбудимостью), тесно связана, в первую очередь, с ведущей копинг-стратегией дистанцирования ($r=0,411$; $p \leq 0,01$). Эти две характеристики становятся основными психопатологическими особенностями личности «ролевики». Так, их тревога значимо связана положительными корреляционными связями с экстрапунитивностью ($r=0,344$; $p \leq 0,05$). Можно говорить, что их особенностью является то, что, будучи довольно тревожными, они «сливают» свои агрессивные паттерны в компьютерной игре и уклоняются (дистанцируются) от решения своих жизненных проблем. Дальнейшие исследования выявили, что именно в группе лиц, предпочитающих ролевые игры, наиболее часто формируется Интернет-зависимость, где наиболее широко представлена возможность доступа к данному виду игр. В свою очередь, обнаружено, что игроки-«шуттеры» наиболее часто в последующем становятся зависимыми от азартных электронных игр на деньги.

Интернет зависимость

Появление широкого доступа в Интернет повлекло за собой существенные изменения в жизни современного человека, обусловленные удобством использования Всемирной Сети и широким спектром предлагаемых услуг. Однако за все получаемые преимущества и выгоды общество вынуждено «платить». Эта плата представляется в виде новой, на данный момент только формирующейся проблемы патологического использования Интернета, или Интернет-зависимости (IAD - Internet Addiction Disorder). В самом общем виде Интернет-зависимость определяется как «нехимическая зависимость от пользования Интернетом» [1]. Ее характеризует навязчивое желание войти в Интернет, находясь off-line (вне сети), и неспособность выйти из сети, будучи on-line (в сети). Первыми с Интернет-зависимостью столкнулись психотерапевты, а также компании, использующие в своей деятельности Интернет и несущие убытки в случае, если у сотрудников появляется патологическое влечение к пребыванию в сети. K.S. Young [15] охарактеризовала пять основных типов Интернет-зависимости:

1. Обсессивное пристрастие к работе с компьютером (играм, программированию или другим видам деятельности).
2. Компульсивная навигация по WWW, поиск в удаленных базах данных.
3. Патологическая привязанность к опосредованным Интернетом азартным играм, он-лайнovým аукционам или электронным покупкам.
4. 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.

5. Зависимость от «киберсекса», т. е. от порнографических сайтов в Интернете, обсуждения сексуальной тематики в чатах или закрытых группах «для взрослых».

В то же время продолжается широкая дискуссия по поводу данного расстройства. Диагностические критерии Интернет-зависимости, сформулированные K.S. Young 15 лет назад, подвергнуты серьезной критике. В частности [2] отмечается, что количественный подход K.S. Young (количество часов, которые нужно провести он-лайн) явно недостаточен, чтобы быть признанным «зависимым». Указывается, что количественные данные о «норме» или ее превышении, относящиеся к 1998 или 1999 гг., совершенно не показательны для среднего пользователя Интернета в 2009 г. Кроме того, специалистам редко удается отфильтровать (или учесть каким-то иным образом) тех, кто применяет Интернет на постоянной основе для выполнения работы или для учебы, и тем самым результаты неизбежно остаются смещенными в сторону завышения количества часов он-лайн. По мнению М. Гриффитса [1], технологические зависимости могут рассматриваться как разновидность поведенческих зависимостей: они включают такие ключевые компоненты всякой зависимости, как «сверхценность» (salience), модификация настроения (mood modification), конфликт с окружающими и с самим собой (conflict) и рецидив (relapse). Большая часть тех, кто избыточно применяет Интернет, не является зависимыми непосредственно от Интернета, для них Интернет – это своего рода питательная среда для поддержания других зависимостей. Следует проводить различие между зависимостью непосредственно от Интернета и зависимостями, связанными с применениями Интернета. Для многих аддиктов Интернет – это не более чем место, в котором они осуществляют излюбленное ими (аддиктивное) поведение. В то же время в ряде кейс-исследований выявляется, по всей видимости, зависимость непосредственно от Интернета. Большая часть таких индивидуумов пользуется теми функциями Интернета, которые отсутствуют вне этой среды – к примеру, сервисами чатов или разнообразных ролевых игр.

По мнению М. Гриффитса [1], если зависимость от Интернета и существует на самом деле, то она затронула не более чем относительно небольшой процент пользователей Интернета. При этом остается неясным, каковы конкретные свойства Интернета, которые способствуют возникновению и развитию зависимостей. Д. Морэйхан-Мартин [11] отмечает, что излишнее применение Интернета (Internet Abuse) – тема противоречивая. Некоторые люди задаются вопросом о том, насколько вообще реален данный феномен. При том что собрано немало ценных свидетельств Internet abuse, все же осталось немало вопросов и нерешенных проблем. Для изучения Internet abuse специалистами разработаны несовпадающие между собой критерии, используется разная терминология. Из большого числа предложенных измерительных шкал ни одна не может считаться универсальной и лишь немногие валидизированы. За различиями в применяемых критериях и в терминологии стоят значительно более фундаментальные разногласия: следует ли рассматривать излишнее применение Internet abuse как заболевание, подходит ли для него

объяснительная модель развития аддикции? В ряде исследований была выявлена прямая зависимость между уровнем социальной тревоги и количеством времени, проводимом за компьютерными играми [14]. Отмечается, что высокий уровень личностной и социальной тревожности в сочетании с чувством проницаемости собственных границ и неумением строить межличностные контакты, подкрепляемые амбивалентной позицией матери по отношению к сепарации и взрослению подростка, приводят к замещению реальной жизни виртуальным пространством. «Уход» в компьютерную игру позволяет снизить уровень тревоги за счет иной структуры деятельности. Отмечается, что существенное значение имеет возможное наличие коморбидной патологии, в частности, депрессивных расстройств; в то же время неясна распространенность данных психопатологических нарушений. По нашим предварительным данным, коморбидность с аффективными расстройствами может составлять не менее 25% обращающихся за помощью.

По нашему глубокому убеждению, в настоящее время необходимо получить ответ на вопрос: является ли Интернет-зависимость во всех ее разнообразных проявлениях болезненным пристрастием (аддиктивным поведением), способом адаптации дизадаптивной (аномальной) личности, отдельной нозологической единицей (болезнью) с присущими ей клиническими проявлениями и течением или синдром (проявление) другой болезни? Пока не описаны психопатологические феномены, особенности течения болезни, ее исход - вряд ли мы можем говорить о такой болезни, как Интернет-зависимость. Однако это не мешает нам рассматривать Интернет-зависимость как одну из форм аддиктивного поведения в понимании его как доблезненного расстройства в рамках девиантного поведения.

Проведенное нами исследование позволило выявить некоторые особенности личностных свойств интернет-зависимых. В ходе исследования с помощью теста на Интернет-зависимость была выявлена группа подростков (25 человек), набравших более 50 баллов и по данному показателю склонных к Интернет-зависимости. Группой сравнения являлись подростки с отсутствием склонности к Интернет-зависимости (22 человека), набравшие менее 50 баллов. Основываясь на сравнении двух групп, был составлен психологический портрет подростка, склонного к развитию Интернет-аддикции:

Статистически значимые отличия ($p < 0,05$, $p = 0,009$) наблюдаются по фактору поиска новых ощущений (Цукерман). Показатели у группы склонных к развитию зависимости существенно выше, чем у представителей контрольной группы. Как и при любых других формах химических и нехимических аддикций, данный фактор является одним из первичных, лежащих в основе формирования зависимости. Подобный результат позволяет предположить определенную схожесть механизмов формирования Интернет-аддикции с другими видами аддиктивного поведения. Существенные отличия ($p < 0,05$) между двумя группами наблюдались по показателям уровня коммуникативной компетентности и качества сформированности основных коммуникативных навыков и умений (тест Михельсона). Так, подростки контрольной группы в сравнении с группой зависимых демонстрируют более компетентный стиль общения ($p < 0,05$, $p = 0,032$), характеризующийся адекватным реагированием в ситуациях межличностного взаимодействия, удачным сочетанием до-

пустимой агрессии и эмпатии, понимания другого человека. В группе склонных к Интернет-зависимости преобладает агрессивный стиль ($p < 0,05$, $p = 0,021$), характеризующийся повышенной тревожностью, уязвимостью и, как следствие, оборонительно-нападающей позицией, часто исключаящей близость в общении. С данными показателями соотносимы результаты по методике Хобфолла, диагностирующей основные стратегии преодоления стрессовых ситуаций. Так, для группы склонных к Интернет-зависимости характерна асоциальная стратегия преодолевающего поведения, включающая асоциальные и агрессивные действия ($p < 0,05$, $p = 0,005$). Данный стиль копинг-стратегии характеризуется импульсивностью и резкостью поведения, демонстрацией собственного превосходства над другими людьми, часто заниженной самооценкой. Такие люди боятся сокращать дистанцию с окружающими: человеческая близость, как им кажется, несет в себе угрозу. С этой точки зрения, общение, опосредованное Интернетом, представляется безопасным, т. к. участник беседы может в любой момент решить, продолжать ли ему общение или прекратить его.

Для подростков, склонных к Интернет-зависимости, характерны следующие показатели (по данным опросника Кеттелла): эмоциональная отчужденность (фактор А, $p < 0,05$, $p = 0,001$); неустойчивость эмоциональных проявлений, снижение способности управлять эмоциями и настроениями, находить им адекватное объяснение (фактор С, $p < 0,05$, $p = 0,001$); конформность поведения (фактор Е, $p < 0,05$, $p = 0,009$); зависимость от группы (фактор Q2, $p < 0,05$, $p = 0,006$); робость в межличностном общении, низкая стрессоустойчивость (фактор Н, $p < 0,05$, $p = 0,003$); повышенная степень озабоченности (фактор F, $p < 0,05$, $p = 0,001$); склонность к чувству вины (фактор О, $p = 0,001$). В контрольной группе обнаружена тенденция к проявлению противоположных свойств.

Т. о., предварительно обобщая полученные результаты, можно со статистической достоверностью говорить о различиях, касающихся эмоционально-волевой сферы испытуемых, стилях межличностного взаимодействия, коммуникативных навыков, способах совладания со стрессовыми ситуациями. Полученные данные могут быть использованы при построении профилактической работы с подростками с целью предотвращения возможных негативных последствий, связанных с использованием Интернета.

Результаты исследования стиля воспитания подростков с компьютерной зависимостью и особенностей их коммуникации с матерями указывают на то, что компьютерная зависимость у подростков нередко возникает на фоне дисгармоничной коммуникации с матерью. В исследовании приняли участие 27 подростков в возрасте от 13 до 16 лет (17 мальчиков и 10 девочек) и 8 матерей (у шестерых в исследовании участвовали сыновья, у двоих – дочери). Результаты исследования показали, что в семьях подростков со склонностью к Интернет-зависимости воспитание характеризуется дефицитом требований, запретов и наказаний. При стремлении одного или обоих членов диады к психологической близости в 75% случаев между матерью и подростком наблюдается значительная эмоциональная дистанция, которую они не могут преодолеть, т. е. готовность к близости не приводит к ее возникновению. В остальных 25% случаев наблюдаются, наоборот, симбиотические связи между детьми и родителями. Контакт между подростками и отцами гораздо сла-

бее, чем между подростками и матерями. Девочки в 90% случаев чувствуют большую дистанцию между собой и отцом. Мальчики обычно общаются с отцом и матерью одинаково близко, но при этом в их представлении отцы лишены традиционного мужского авторитета. Матери говорят о большей близости между собой и детьми, чем между собой и мужьями. 26% женщин испытывают недоверие к мужчинам. У 64% подростков с компьютерной зависимостью ведущей потребностью является вовлечение в процесс насыщенного эмоционального взаимодействия. В семьях подростков с компьютерной зависимостью преобладали следующие варианты воспитания с чертами гиперпротекции/гипопротекции: 1) придерживающиеся стиля воспитания с чертами гипопротекции (75%) семьи делятся на два подтипа: эмоционально отвергающие детей или воспринимающие их как равных партнеров; 2) придерживающиеся стиля воспитания с чертами гиперпротекции (25%) семьи также разделяются на доминирующих и потворствующих подростку.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гриффитс М. Тезисы дистантных зарубежных участников симпозиума «Интернет-зависимость: психологическая природа и динамика развития». - МГУ, 2009.
2. Грохол Д. Тезисы дистантных зарубежных участников симпозиума «Интернет-зависимость: психологическая природа и динамика развития». - МГУ, 2009.
3. Егоров А.Ю. К вопросу о новых теоретических аспектах аддиктологии / Наркология и аддиктология. Сб. науч. трудов / Под. ред. проф. В.Д. Менделевича. - Казань: Школа, 2004. - С. 80-88.
4. Егоров А.Ю. Нехимические аддикции. - СПб., 2007.
5. Короленко Ц.П. Аддиктивное поведение. Общая характеристика и закономерности развития // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. – 1991, № 1. - С. 8-15.
6. Короленко Ц.П. Работоголизм – респектабельная форма аддиктивного поведения // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. – 1993, № 1. - С. 17-29.
7. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Социодинамическая психиатрия. - М.: Академический Проект, Екатеринбург, Деловая книга, 2000. - 460 с.
8. Личко А.Е. Подростковая психиатрия. - Л.: Медицина, 1985.
9. Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения: Учебн. Пособ. - М.: МЕДпресс, 2001. - 432 с.
10. Молчанова Ю.Ю. К вопросу о психологических особенностях личности игроков / Современные достижения наркологии. Материалы конференции, посвященной 20-летию Национального научного центра наркологии. – М., 2005. - С. 80-81.
11. Морэйхан-Мартин Д. Тезисы дистантных зарубежных участников симпозиума «Интернет-зависимость: психологическая природа и динамика развития». - МГУ, 2009.
12. Папырин В.Д. К вопросу зависимости от азартных игр / Современные достижения наркологии. Материалы конференции, посвященной 20-летию Национального научного центра наркологии. – М., 2005 - С. 87-88.
13. Постнов В.В., Дереча В.А., Карпец В.В. Аддиктивное поведение в

форме «состояния перманентной войны» в структуре расстройств адаптации у больных алкоголизмом – ветеранов боевых действий / Новые методы лечения и реабилитации в наркологии (заместительная терапия, психофармакотерапия, психотерапия) / Сб. мат-лов междунар. конф. Под. общ. ред. проф. В.Д. Менделевича. - Казань, 2004. - С. 291-295.

14. Sara E.A., von Wahlde L., Shockley T., Gabbard G.O. The Development of the Self in the Era of the Internet and Role-Playing Fantasy Games // The American Journal of Psychiatry, 2006, vol. 163. - P. 381-385.

15. Young K.S. Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder // CyberPsychology and Behavior, 1998, vol. 1, № 3. - P. 237-244.

И.М. Никольская

МЕТОД СЕРИЙНЫХ РИСУНКОВ И РАССКАЗОВ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОДИАГНОСТИКЕ

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования, кафедра детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии (Санкт-Петербург).

Метод серийных рисунков и рассказов – это новая арт-терапевтическая технология, которая первоначально была разработана нами для изучения и коррекции внутреннего мира детей от 7 до 13 лет [5, 8, 9, 18]. Использование серийных рисунков и рассказов облегчает контакт между психологом и клиентом; позволяет сделать зримыми его значимые проблемы, личностные и средовые ресурсы; создает условия для самораскрытия и отреагирования психотравмирующих переживаний; развивает самосознание; формирует опыт взаимодействия со специалистом. В настоящее время мы используем этот метод не только в работе с детьми, но также в консультировании и психотерапии подростков, взрослых и семьи в целом [3, 5-7, 12].

Метод разработан на основе обобщения опыта работы автора с детьми младшего школьного возраста на уроках психологии в школе, а затем – в процессе родительско-детского консультирования [1, 2, 10, 11]. Он позволяет за короткое время собрать важную с диагностической точки зрения информацию и, при необходимости, осуществить психологическое воздействие на личность.

Описание метода и процедура его использования

В течение одного сеанса консультирования или психотерапии клиенту предлагают создать серию проективных рисунков на заданные темы, а затем составить в диалоге с психологом устные или письменные рассказы о том, что на рисунках изображено. Цель работы - отражение в продуктах творческой деятельности особенностей внутреннего мира и поведения клиента: представлений о себе и окружающих; желаний, стремлений и фантазий; значимых конфликтов; психотравмирующих переживаний; механизмов психологической защиты и стратегий совладающего поведения; перспективы будущей жизни. Результат - осознание и отреагирование клиентом своих проблем посредством их визуализации, вербализации, обсуждения и разделения с другим человеком

Темы для рисования задаются («навязываются») клиенту психологом. Обычно они сформулированы от первого лица (содержат местоимения «я», «мой», «мне» и пр.) и являются эмоционально-насыщенными (указывают на переживание ряда эмоций и чувств).

После того как сделан рисунок на первую заданную тему, специалист с помощью уточняющих вопросов побуждает клиента составить по рисунку рассказ. Он задает вопросы по типу: «Что тут на рисунке происходит?», «Где ты (этот человек) находится?», «Что ты (этот человек) делаешь (-ет)?» «Какое у тебя (у этого человека) здесь настроение?», «О чем ты (этот человек) думаешь (-ет)?» и пр. При работе с детьми психолог фиксирует свои вопросы и ответы ребенка, при работе с подростками и взрослыми клиент нередко сам дает письменные ответы на вопросы психолога. Т. о., рассказы по рисункам создаются клиентом в диалоге с психологом.

После того как рассказ записан, клиенту предлагают новый лист бумаги и следующую тему для рисования. По завершении всей серии заданий специалист и клиент совместно обсуждают результаты проделанной работы (подведение итогов содержания и подведение итогов чувствам).

В настоящее время технология работы на сеансе структурирована и включает три этапа. Определена примерная очередность заданий, которые психолог предлагает клиенту.

1 этап. Рисунки и рассказы на тему «Мой автопортрет в полный рост», «Моя семья» («Семейная социограмма»), «Если бы у меня была волшебная палочка...» Эти задания позволяют: а) познакомиться с клиентом, б) исследовать его образ-Я, представления о семейном окружении и самочувствии в семье, в) осуществить присоединение за счет обсуждения «безопасной» и насыщенной позитивными эмоциями темы желаний, стремлений и фантазий, г) ввести в работу, т. е. создать определенный настрой.

2 этап. Рисунки и рассказы на тему «Я переживаю», «Я боюсь», «Сон, который меня взволновал», «Я об этом не хочу вспоминать». Эти рисунки и рассказы несут основную эмоциональную нагрузку и стимулируют проявление интенсивных чувств и воспоминаний. С их помощью происходит выявление отрицательных переживаний и связанных с ними трудных жизненных ситуаций, внутриличностных и межличностных конфликтов, механизмов психологической защиты и стратегий совладающего поведения. В процессе исследования психотравмирующих переживаний за счет коррекции механизмов психологической защиты осуществляется отреагирование отрицательных эмоций либо отчуждение от них.

3 этап. Рисунки и рассказы на тему «Я такой довольный, я такой счастливый», «Мне 25 лет, я взрослый и работаю на своей работе» (для детей), «Светлое будущее» (для взрослых). Задания направлены на снятие возникшего напряжения, дают заряд оптимизма, чувство уверенности в себе, ощущение способности справиться с трудностями, формируют образ позитивного будущего.

Список тем и их формулировки могут изменяться с учетом анамнеза, индивидуально-психологических особенностей клиента и выявляемой в процессе непосредственного взаимодействия в ситуации «здесь и теперь» значимой проблематики. Чаще всего изменения имеют место на втором этапе ри-

сования. Однако важно, чтобы была соблюдена последовательность выше перечисленных этапов, которая продуцирует у клиента определенную динамику эмоционального состояния. Задача первого этапа – присоединиться к клиенту и ввести его в работу, задача второго – «заставить» клиента «переживать», задача третьего – вывести из мира переживаний, снять эмоциональное напряжение предыдущего этапа и создать позитивный настрой.

Важнейшим принципом взаимодействия психолога с клиентом в процессе серийного рисования является безусловное одобрение и принятие всех продуктов творческой деятельности независимо от их содержания, формы и качества. Получая безусловное положительное подкрепление, клиенты достаточно быстро втягиваются в работу. С третьего–четвертого по счету рисунка они начинают, как правило, рисовать быстро, уверенно и сами дают устные или письменные комментарии к своим рисункам. В какой-то момент они могут отказаться рисовать и просто рассказывают или записывают рассказ на заданную тему.

Метод серийных рисунков и рассказов используется как однократная процедура (все рисунки и рассказы создаются в течение одного сеанса консультирования или психотерапии длительностью от 60 до 90 мин.). Однако затем полученные материалы могут использоваться на последующих сеансах, в течение длительного времени для глубокой и детальной проработки вскрытых психотравмирующих проблем и отслеживания динамики изменений.

Цели применения метода

В настоящее время мы определили следующие цели использования метода серийных рисунков и рассказов:

- Уточнение диагноза
- Исследование внутреннего мира
- Выявление и реагирование скрытых проблем и конфликтов
- Определение психологических причин трудностей в межличностном взаимодействии (в том числе, в детско-родительских, супружеских и в семейных отношениях в целом)
- Кризисное консультирование и психотерапия (в том числе консультирование в ситуации переживания утраты и психотерапия лиц с посттравматическими стрессовыми расстройствами).

Случай Маши К.

В качестве иллюстрации использования данного метода в клинической психодиагностике рассмотрим случай Маши К.

Маша К., 7,5 лет, ученица 1 класса, направлена на прием к медицинскому психологу педагогом-психологом для уточнения диагноза «в связи с тем, что врач-психиатр заподозрил у девочки шизофрению».

На приеме с матерью, 41 г. И мать, и дочь очень встревожены и напряжены. Еще в состав семьи входит отец, 37 лет, и младшая сестра Лида, 5 лет.

Со слов матери, летом, за 1 месяц до поступления девочки в школу, «всей семьей попали под машину». Отец получил травмы, с места происшествия его увезли в больницу, и дочь за него очень переживала. Сама Маша отделалась «царапинами», ее даже не обследовали. Она «плохо помнит, что произошло». Однако после этого происшествия у Маши появились страхи, и потому она стала заниматься с педагогом-психологом. «Сейчас, через 3 меся-

ца после происшествия», - сказала мама, - «мы переходим дорогу и не боимся». Но когда Маша едет в троллейбусе, то все равно напряжена.

2 недели назад Маша стала «бояться кушать». Боится кушать даже мороженое, шоколадки. Ей кажется, что плохо пахнет, что испорчено. За это время похудела. Еще она жалуется, что «теплый пол». Психиатр, который проконсультировал Машу, сказал «что у нее склонность к шизофрении», и прописал лекарства. Узнав мнение психиатра, педагог-психолог направила девочку на психодиагностику к медицинскому психологу.

В школе у Маши успеваемость хорошая. Но она всегда стесняется, если дети на нее смотрят, когда она читает перед классом стихи.

После разговора с мамой медицинский психолог (далее – П) предложила Маше порисовать. Мама, по просьбе девочки, осталась в той же комнате.

Данные наблюдения: девочка выглядит печальной и напряженной. Лицо - как маска. Но, отвечая на вопросы, улыбается, и лицо сразу становится «теплым». Работоспособность хорошая. Рисует медленно, детализировано, старательно. Часто обменивается взглядом с мамой, сразу улыбается. Переживает, когда, как ей кажется, ошибалась в рисунке. Говорит, что все должно быть красиво, расстраивается, что «некрасиво».

Приводим рассказы девочки по рисункам, созданные в диалоге с П.

Рассказ по рисунку «Автопортрет в полный рост».

На рисунке Маша изобразила себя в полный рост, улыбающейся, с бантом в волосах, в платье с красивым воротником. Она назвала себя своим именем и указала, что ей 7 лет. Улыбалась, отвечая на вопросы: *«Я дома. Просто стою. Думаю о Новом годе - что попрошу Деда Мороза подарить куклу, которой можно делать прически. Настроение хорошее - потому что мечта сбудется».*

Рассказ по рисунку «Моя семья».

На рисунке последовательно изображены папа, мама, Маша и Лидя.

М.: *«Папа, мама, я и Лидя - дома. У нас хорошее настроение. Папа - не знаю, о чем думает. Мама думает, как папа делает гардеробную. Я думаю о Новом годе. Лидя - не знаю, о чем думает.»*

Примечание. Из-за того, что Маша все время смотрит на маму, когда отвечает, эмоционально зависима от нее, П. придумывает предлог и просит маму перейти в другую комнату.

Задание «Семейные социогаммы»

По просьбе П. девочка нарисовала две семейные социогаммы. В соответствии со стандартной инструкцией «Нарисуй в этом круге самого себя и других членов семьи в форме кружков» [17] на первой из них (классической) она нарисовала себя в окружении многочисленных родственников: двух бабушек, тети, дяди, двоюродной сестры, мамы, Лиды и папы. Кружок Маши располагался практически в центре социогаммы и по размеру соответствовал кружкам других членов семьи. Ближе всего к Маше оказались бабушка и мама, а дальше всех – папа. При этом кружок бабушки помещался над, а кружок мамы – под кружком, который обозначал девочку.

На второй социогамме по заданию П. девочка нарисовала только тех членов семьи, с которыми живет вместе. На этом рисунке в верхней части круга располагались кружки родителей, а в нижней – кружки детей. Самым

далеким от Маши членом семьи оказалась мама, а сама девочка была изображена наименьшим по размеру кружком. Лида, младшая сестра, оказалась к маме значительно ближе, чем Маша, при этом размер ее кружка соответствовал размеру кружков родителей.

Рассказ по рисунку «Если б у меня была волшебная палочка, я бы превратилась...».

М.: «Если бы у меня была волшебная палочка, я бы ни в кого не превращалась.»

П.: «А что бы ты сделала? - М.: «Единорога с крылышками.»

Рисует крылатого единорога.

П.: «Зачем тебе единорог?»

М.: «Поиграла бы с ним, покаталась. Полетала бы. Хочу дальние страны посмотреть, на Венецию - мама говорит, что это очень красиво.»

П.: «Как тебе там, в небе?»

М.: «Там, в небе, - птички, интересно. Только летала бы там, где воздух. Улетела бы на полдня.»

П.: «А кого бы ты взяла с собой?»

М.: «Маму, сестричку и папу. С мамой хорошо, спокойно.»

П.: «Кто будет Единорогом управлять?»

М.: «Мама будет управлять.»

Рассказ по рисунку «Сон, который меня взволновал».

Услышав тему задания, уточнила: «Сон - страшный?» - *П.: «Рисуй страшный.»*

М. изобразила горящий лист бумаги: «Летом приснился кусок бумаги - как горит. Летала над городом горящая бумага. Была она как волна - и прилетела на дачу. Мы ее камнем, водой, а она накрыла наше крылечко. Боялась очень пожара.»

П.: «Чем сон кончился?»

М.: «Не знаю.»

П.: «Ты где видела пожар?»

М.: «Смотрела кино - там часто пожар, и я боялась.»

П.: «Чего ты еще боишься?»

М. (доверительно): «Кушать боюсь. Пожаров. Воров.»

П.: «А в школе чего боишься?»

М.: «В школе - ничего не боюсь.»

П.: «А в магазине?»

М.: «В магазине боюсь, что дверь кто-то закроет на ключ, и я в магазине останусь.»

П.: «А в троллейбусе?»

М.: «В троллейбусе - что врежусь.»

П.: «А дома чего боишься?»

М.: «Дома кушать боюсь. За маму боюсь - как у нее дела?»

П.: «За папу, за Лиду страшно?»

М.: «За папу, за Лиду - не страшно.»

Рассказ по рисунку «Я об этом не хочу вспоминать».

На картинке была изображена машина.

М.: «Я не хочу вспоминать об аварии. Я об аварии ничего не помню -

просто «скорая помощь» приехала и папу увезла. Не хочу вспоминать, что папа поранился. Не хочу вспоминать того дядю, который наехал. Мама говорит, что он цыган.»

П.: «Что там было самое неприятное?»

М.: «Неприятно, что наехал. Не хочу вспоминать, как папу в больницу повезли - могла быть серьезная рана. Долго тогда надо в больнице лежать, долго не быть дома.»

П.: «Что ты помнишь об аварии?»

М.: «Та машина была серебристого цвета и у нее были разбиты переднее стекло и фары.»

Рисунок на тему «Я боюсь» рисовать отказалась. Сказала: «Я кушать боюсь.»

П.: «Почему боишься?»

М.: «У бабушки болел живот - она съела плохую сосиску.»

П.: «Ну и что?»

М.: «Мама сделала рыбную котлету, и там было зеленое. Я маме по телефону позвонила, спросила - что это зеленое? Испугалась зеленого.»

П.: «Из-за чего испугалась?»

М.: «Не хочу в больницу, не хочу, чтобы что-то болело. Не хочу, чтобы болел живот. Не хочу, чтобы было больно. Не хочу в больницу. Поэтому кушаю с мамой, когда она это попробует. С мамой - не так страшно.»

Примечание. Далее обнаружилось, что девочка отказывается кушать именно дома. В школе кушает, хотя маленькие кусочки оставляет.

Рассказ по рисунку «Я и моя мама».

На картинке были изображены мама и Маша.

П.: «Вы где?»

М.: «Мы дома.»

П.: «Что вы дома делаете?»

М.: «Стоим.»

П.: «Какие вы тут, с мамой, на рисунке?»

М.: «Мы - хорошие.»

П.: «Что мама тебе говорит?»

М.: «Нужно думать о хорошем.»

П.: «А ты что говоришь?»

М.: «Я хорошая.»

П.: «Как тебе тут, на рисунке, рядом с мамой?»

М.: «С мамой лучше - мама защищает.»

Рассказ по рисунку «Мне 25 лет, я взрослая и работаю на своей работе.»

На картинке был нарисован дом.

М.: «Я взрослых девочек не могу рисовать - нарисую здание. Я там на работе сижу и с Лидой говорю по телефону.»

Анализ рисунков и рассказов девочки показывает, что Маша – девочка чувствительная, впечатлительная, внушаемая, с развитой фантазией. Она легко может вообразить полет в Венецию, о которой ей рассказала мама («Если бы у меня была волшебная палочка»), представить пожар на даче после просмотра кинофильма («Сон, который меня взволновал»). Эти качества могут объяснить, почему у девочки возник ее симптом («кушать боюсь»). В его ос-

нове - страх отравиться и попасть в больницу, возникший после того, как бабушка отравилась, съев просроченную позеленевшую и уже плохо пахнущую сосиску, а папа попал в больницу после аварии.

Важно, что все страхи Маши – ситуационно обусловленные и потому вполне объяснимые. Страх переходить дорогу и ездить на транспорте у нее возник после аварии. Страх «кушать» - после отравления бабушки. Страх «остаться в магазине» - после того, как она чуть в магазине не потерялась. Эти данные указывает на психогенную природу возникшего у девочки симптома «кушать боюсь».

Изучение семейного контекста показало, что самый значимый член семьи для Маши – это ее мама. На это указывают следующие факты: 1. Девочка знает, о чем думает мама, и не знает, о чем думают папа и Лида («Моя семья»). 2. Ей с мамой «хорошо и спокойно», она хочет, чтобы именно мама «управляла» в полете единорогом («Если бы у меня была волшебная палочка»). 3. Она беспокоится за маму и не переживает за папу и Лиду («Я боюсь»). 4. После того как у Маши появился страх отравиться и попасть в больницу, дома она кушает только после того, как мама пищу попробует. 5. В будущем Маша хочет быть похожей на маму («Мне 25 лет»).

Однако субъективно Маша ощущает себя менее значимой, чем другие члены семьи, ей кажется, что она находится от мамы дальше, чем папа и Лида (социограмма членов семьи, с которыми девочка вместе живет). Поэтому для Маши очень важно быть рядом с мамой и чувствовать себя под ее защитой («Я и моя мама»), управлять мамой и вообще находиться в центре внимания своих родных (классический вариант социограммы).

По результатам психодиагностики педагогу-психологу была дана рекомендация продолжить работу не только с девочкой, но также с мамой с целью коррекции материнско-детских отношений. Маме было предложено продолжить наблюдение девочки у психиатра с учетом полученных данных, а также обследовать дочь у невролога. Необходимость этой консультации была обоснована тем, что у девочки после аварии наблюдается частичная амнезия происшедшего, а также имеется расстройство ощущений (ей кажется, что «теплый пол»), с связи с чем следует уточнить природу этих нарушений.

Теоретические основы метода серийных рисунков и рассказов

Метод серийных рисунков и рассказов мы прежде всего определяем как арт-терапевтическую технологию, поскольку рисование и сочинение историй – широко известные методы арт-терапии [4, 13]. Эффективность включения искусства в контекст лечения основана на том, что это позволяет экспериментировать с эмоциями, их исследовать и выражать на символическом уровне [14]. Творческое переживание должно способствовать притоку эмоциональности и стать первой ступенью психотерапии. Преимущественное использование «языка» визуальной и пластической экспрессии делает зримыми и доступными для понимания даже те стороны внутреннего мира человека, которые не всегда возможно выразить (описать) словами.

Основываясь на анализе литературных источников и собственном опыте использования арт-методов, мы считаем, что применение искусства в лечебных целях может помочь решить следующие задачи [18]:

- Предоставить материал для интерпретаций и диагностических заклю-

чений. Продукты художественного творчества относительно долговечны, и клиент не может отрицать факт их существования. Содержание и стиль художественных работ дают большую информацию о клиенте, который сам тоже может помочь в интерпретации своих произведений.

- Облегчить процесс выражения и осознания своих эмоций - конкретных проявлений скрытых проблем и конфликтов и, тем самым, ускорить прогресс психотерапии. Неосознаваемые конфликты порою легче выразить в образах и пластической экспрессии, чем озвучить в беседе. Невербальное поведение легче ускользает от цензуры сознания.

- Дать социально приемлемый выход отрицательным эмоциям. Творческое самовыражение - относительно безопасный способ разрядки напряжения.

- Позволить работать с мыслями и чувствами, которые кажутся непреодолимыми. Иногда невербальное средство – это единственный инструмент, не только вскрывающий и проясняющий интенсивные чувства и мысли, но также постепенно освобождающий от них.

- Наладить отношения между психотерапевтом и клиентом, между клиентами в группе. Совместная деятельность улучшает коммуникацию, создает атмосферу симпатии и принятия.

- Развить чувство внутреннего контроля, порядка и перспективы. Художественная работа предусматривает необходимость достижение хорошей формы, создание целостной и гармоничной структуры произведения.

- Развить художественные и творческие способности, повысить самооценку и самоуважение, актуализировать себя.

На современном этапе своего развития арт-терапия интегрирует методы различных направлений психотерапии. Теоретической основой метода серийных рисунков и рассказов мы считаем интеграцию элементов психодинамического, суггестивного и нарративного (описательного) подходов.

В рамках психодинамического подхода внимание сосредоточено на исследовании отрицательных переживаний, конфликтов, сновидений, образов воображения [14, 18]. С помощью направленного использования механизмов сублимации и катарсиса ведется работа по выявлению и отреагированию подавленных психотравмирующих переживаний либо отчуждению от них.

В рамках суггестивного подхода, прежде всего за счет «навязывания» определенного ритма и содержания работы, у клиента формируют состояние выраженной концентрации внимания. Это укрепляет связь (словесный контакт) между специалистом и клиентом. Благодаря этому прорабатываемая тема начинает занимать все поле сознания клиента, вытесняя все другие, в данный момент не значимые чувства и мысли. Такая «поглощенность внутренними восприятиями» побуждает «Я» пациента проявляться автоматически, что можно трактовать как достижение измененного, или трансового состояния сознания (по М. Эриксону) [13].

Элементы нарративного (описательного) подхода используют при построении диалога по рисункам [15]. В его основу, с одной стороны, положены традиционные техники активного слушания, ободрения, постановки вопросов (закрытых, открытых и альтернативных), выяснения, дальнейшего развития мыслей собеседника, отражения и выяснения чувств. С другой стороны, важной особенностью беседы по рисункам является постоянный учет

контекста происходящего в ситуации «здесь и теперь», воплощенного в его словесных описаниях клиента.

Известно, что контекст характеризуется несимметричностью, в результате чего так называемая «периферия» может оказаться более значимой, чем «центр» бытия. Обращая внимание на незначительные детали рисунка и рассказа и расшифровывая скрытые значения образов и слов («что это означает?»), специалист создает условия для достижения клиентом инсайта и катарсиса. В результате взаимно созданного и взаимно разделяемого контекста переживаний между специалистом и клиентом возникает состояние близости, поддержки и понимания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бардиер Г.Л., Никольская И.М. Что касается меня... Сомнения и переживания самых младших школьников. – СПб.: Речь, 2005. – 208 с.
2. Грановская Р.М., Никольская И.М. Защита личности: психологические механизмы. – СПб.: Знание, 1999. – 352 с.
3. Добряков И.В., Никольская И.М. Опыт оказания психотерапевтической помощи семьям, пострадавшим во время теракта в Беслане / Материалы научно-практической конференции «Ананьевские чтения-2006». – СПб.: изд. СПбГУ, 2006. – С. 577-579.
4. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. – М.: Медицина, 1985. – 304 с.
5. Никольская И.М. Арт-методы в семейном консультировании и психотерапии / Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. – СПб.: Речь, 2003. – С. 223-268.
6. Никольская И.М. Метод серийных рисунков и рассказов в реабилитации детей с посттравматическими стрессовыми расстройствами / Актуальные вопросы реабилитации в педиатрии. Материалы научно-практической конференции, посвященной 100-летию Детского санатория – Реабилитационного центра «Детские Дюны». – СПб.: Изд. Медицинская пресса, 2006. – С. 298-306.
7. Никольская И.М. Механизмы психологической защиты в психотерапии лиц, переживших потерю близких / Материалы научно-практической конференции «Ананьевские чтения-2006». – СПб., изд. СПбГУ, 2006. – С. 585-587.
8. Никольская И.М. Рисунок и рассказ в работе с детьми с внутриличностными конфликтами / Творческая реабилитация детей, подростков и молодых людей с особыми потребностями. Материалы международной научно-практической конференции. – СПб.: ГАООРДИ, 2001. – С. 51-53.
9. Никольская И.М. Серийные рисунки и рассказы в психологическом консультировании детей и родителей / Системная семейная психотерапия / Под ред. Э.Г. Эйдемиллера. – СПб.: Питер, 2002. – С. 242-265.
10. Никольская И.М., Бардиер Г.Л. Уроки психологии в начальной школе. 2 изд., дополн. и перераб. – СПб.: Речь, 2004. – 190 с.
11. Никольская И.М., Грановская Р.М. Психологическая защита у детей. – СПб.: изд. Речь, 2000. – 507 с.
12. Никольская И.М., Калашникова М.Е. Психодиагностика и психотерапия детей и членов их семей в ситуации смерти или тяжелой болезни близких // Мнухинские чтения. Успехи детско-подростковой психиатрии и психотерапии (исторический и междисциплинарный подход) / Материалы конфе-

ренции. - СПб.2007. - С.138-141.

13. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б.Д. Карвасарского. – 3-е изд., перераб. и доп. – СПб.: Питер, 2006. – 944 с.

14. Рудестам К. Групповая психотерапия. Психокоррекционные группы: теория и практика. - М.: Просвещение, 1993. - 368 с.

15. Эйдемиллер Э.Г. Нарративная (конструктивистская) семейная психотерапия // Системная семейная психотерапия / Под ред. Э.Г. Эйдемиллера. – СПб.: Питер, 2002. – С.187-242.

16. Эйдемиллер Э.Г., Никольская И.М. Психотерапия // Немедикаментозная терапия / Под ред. Н.А. Белякова. - СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2005. – Т.1. – С. 97-148.

17. Эйдемиллер Э.Г., Никольская И.М. Семейная социограмма // Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. – СПб.: изд. Речь, 2003. – С.

18. Эйдемиллер Э.Г., Никольская И.М., Беляков Н.А. Арт-терапия – терапия искусством и творческим самовыражением // Немедикаментозная терапия / Под ред. Н.А. Белякова. - СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2005. – Т.1. – С. 149-232.

Е.О. Смирнова

СОВРЕМЕННАЯ ДЕТСКАЯ СУБКУЛЬТУРА В АСПЕКТЕ ПСИХОЛОГИИ РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА

**Московский городской центр психолого-педагогической экспертизы
игрушек и игровых материалов (Москва).**

В последние десятилетия кардинальным образом изменились условия жизни и взросления детей. Стремительный переход к постиндустриальному, информационному обществу, который переживаем мы все, с особой остротой коснулся современного детства. Очевидно, что технический прогресс отражается не только на средствах информации и коммуникации, но и на психологии человека. При этом чем моложе человек, тем большее влияние на него оказывает окружающая среда и тем легче он впитывает и присваивает все веяния времени. Особо открытой и чувствительной группой, безусловно, являются дошкольники, поскольку они не просто растут – они формируются и развиваются в совершенно новых условиях. В данной статье мне бы хотелось рассмотреть некоторые общие тенденции развития социокультурной ситуации современного детства, зафиксировать некоторые ее противоречия и парадоксы и поразмышлять о том, как эти инновации могут отражаться на развитии детей.

Первый парадокс заключается в **противоречии между возрастающей значимостью детства и полным игнорированием специфики детского возраста**. Высокая значимость детства выражается прежде всего в повышенном внимании к детям и чрезвычайно высокой потребительской привлекательности детской и родительской аудитории. В настоящее время чрезвычайно широко разворачивается производство самых разных товаров для детей – от гигиенических средств и питания до компьютерных программ. Огромные корпорации, концерны, синдикаты специализируются на производстве това-

ров для детей. Сами названия торговых фирм свидетельствуют о размахе производства и потребления (Империя детства, Мир детства, Детский мир, Планета детства и пр.) Лозунг «Все лучшее – детям» поистине вошел в нашу жизнь. С первых месяцев современный ребенок сталкивается с благами цивилизации, о которых не подозревали его сверстники 20-30 лет назад. Памперсы, радио-няни, электронные игры, компьютеры, интерактивные игрушки, детские мобильные телефоны, видеофильмы стали повседневными атрибутами жизни наших детей начиная с первых месяцев их жизни. Красочные детские книжки – и классические и современные – издаются в огромном количестве. Детские магазины переполнены самыми разными игрушками. Ассортимент товаров и услуг для детей растет быстрее, чем другие сегменты рынка.

Вместе с тем производство этих товаров, как правило, не ориентировано на возрастные особенности детей. Подавляющее большинство из них (в особенности информационных) абсолютно не соответствует возрастным особенностям детей раннего и дошкольного возраста и полностью игнорирует специфику детства.

Прежде всего стремительно опускаются границы возрастных требований к различным способностям и умениям детей. Самым ярким примером нарушения возрастных возможностей детей являются развивающие видеофильмы для младенцев. За последние годы было выпущено значительное количество развивающих компьютерных и DVD-программ для самых маленьких. Среди наиболее популярных можно отметить американские варианты: Baby Einstein, (с 2002 г.). Нижняя возрастная планка опустилась в них до рекордной отметки – фильмы маркированы отметкой 0+ – т. е. рекомендованы для развития детей с рождения. В последнее время отечественные производители выпустили российский вариант данного продукта – серию развивающих видеофильмов для детей от 3 месяцев – «Я все могу» (2006).

Авторы утверждают, что данная продукция основана на методике «Вообрази-Сообрази-Преобрази», разработанной «ведущими российскими учеными, педиатрами и психологами». Однако, нам не удалось найти ни одного автора этой прогрессивной методики. На данный момент ссылку на ведущих ученых можно рассматривать просто как рекламный ход для родителей, которые доверяют мнению «специалистов». Такое положение вещей требует содержательной психолого-педагогической экспертизы этой программы.

Программа включает 12 дисков с увлекательными и многообещающими названиями типа: «Учимся говорить», «Воображаем, думаем, соображаем» и пр. Наш анализ показал, что за 20 минут эфирного времени младенцу в возрасте 3-12 месяцев предлагается порядка 160-170 эпизодов на 70 сюжетов по каждой выбранной тематике. Даже взрослому человеку за 20 минут очень интенсивной новостной программы предлагается порядка 5-7 тем, раскрытых в 70-90 эпизодах. Такая интенсивность предлагаемого видеоряда естественно ведет к катастрофической перегрузке головного мозга. И соответственно несет не развивающий, а разрушающий характер. Отдельного медицинского анализа и обсуждения заслуживает нагрузка на зрительный анализатор ребенка, у которого только начинают формироваться многие зрительные системы.

Авторы фильма утверждают, что фильм способствует речевому развитию ребенка (несмотря на то, что в самом фильме не произносится ни звука

человеческой речи), а также развитию воображения и образного мышления. Якобы фильм скомпонован так, что после просмотра ребенок начнет задавать вопросы и сам придумывать, как связаны между собой разрозненные кадры. Но авторы игнорируют тот очевидный факт, что младенцы не способны задавать вопросы! А говорить о воображении и образном мышлении ребенка в 3-4 месяца по меньшей степени необоснованно. В общем, с научной (психологической и педагогической) точки зрения такая продукция не выдерживает никакой критики и конечно же не приносит никакой пользы. Но беда даже не в том, что такие фильмы никак не способствуют развитию детей, а в том, что они деформируют сознание родителей и **блокируют традиционные и действительно развивающие формы активности ребенка. Известно, что главным условием развития ребенка и ведущей деятельностью в младенческом возрасте является непосредственное, ситуативно-личностное общение со взрослым. Младенец нуждается прежде всего во внимании близких взрослых.**

Вместе с тем, данная серия легитимизирует отчуждение детей от родителей. Опросы родителей и наблюдения за ситуацией просмотра показывают, что многие родители с восторгом отзываются о данном медиа-продукте, утверждая, что «мой ребенок с удовольствием смотрит эти фильмы». И это действительно так. Подобные фильмы сделаны с использованием так называемых «трансовых» эпизодов, которые сняты и смонтированы в режиме клипового восприятия - мелькание сюжетов завораживает. «Ребенок 20 минут занят, и – хорошо» - так звучит самый распространенный аргумент в пользу этой серии. Родители, даже самые любящие, мечтают о минутной передышке от забот. Развивающий фильм, который обещает безо всяких усилий сделать из ребенка гения, подойдет как нельзя кстати. Получив «20 минут тишины и покоя» (так звучат 80% отзывов родителей), они с радостью приобретают следующие серии. И очень скоро безобидные 20 минут просмотра превращаются в 40, потом в 60, и т. д.... Когда-то лозунг О. Бендера «Свободу материнству от младенчества!» звучал как анекдот, но с помощью данной «развивающей» программы он стал реальностью.

На сегодняшний момент нет полномасштабных и мультидисциплинарных исследований о влиянии «развивающих» фильмов, компьютерных, телевизионных программ на маленького ребенка. Вопрос о влиянии видеоинформации на маленького ребенка остается открытым и нерешенным. Появление и массовое распространение на рынке видео-продукции, адресованной самому нежному возрасту человека - младенчеству, ставит этот вопрос особенно остро.

Однако фильмы для младенцев – далеко не единственный пример нарушения возрастных особенностей детей. Наша экспертиза показала, что производители детских книжек, игрушек, мультфильмов крайне небрежно относятся к специфике того возраста, для которого адресована их продукция. В большинстве своем она не рассчитана на детей дошкольного возраста. На рынке игрушек явно преобладают «взрослые» куклы (Барби, Брэк, Синди и пр.) Найти куклу, изображающую ребенка дошкольного возраста, с которой ребенок мог бы отображать свой собственный опыт, практически невозможно, в то время как полки магазинов переполнены взрослыми разукрашенными красавицами. Фильмы для дошкольников по своей форме и содержанию не

рассчитаны на детское восприятие: слишком быстрый темп, мелькание несвязанных кадров, перегруженность экзотичными эффектами, невнятность и отрывочность речи персонажей не позволяют ребенку понять, осмыслить и пережить содержание фильма. А без этого просмотр превращается в бессмысленное и даже вредное времяпрепровождение. Многие современные книжки написаны недетским языком и не соответствуют интересам и возможностям понимания маленьких детей.

Искусственное «овзросление» очевидно и в изменении внешнего облика маленького ребенка, которое предлагает современная социальная среда. Взрослые стараются специально одевать дошкольников по взрослой моде, предлагают 4-5-летним девочкам средства для макияжа, учат их петь и танцевать «как взрослые», словом делают все, чтобы дети как можно раньше перестали быть детьми и почувствовали себя взрослыми.

Ярче всего это проявляется в **увлечении ранним обучением**. Начало целенаправленного обучения (которое именуется как раннее развитие) спускается все ниже. В последнее десятилетие одной из явных тенденций в воспитании маленьких детей стала мода на раннее развитие. Начиная с 2-3 лет, а то и раньше, родители озабочены тем, чтобы целенаправленно, систематически и как можно раньше развивать своего ребенка. Во многом этому способствует состояние современного образовательного рынка. В настоящее время функционирует много новых центров раннего развития, прогимназий, школ для малышей, специализированных детских садов и пр. Появляется все больше методик, авторы которых обещают родителям развить у младших дошкольников, а то и у младенцев, внимание, память, логическое мышление, научить их читать и считать, причем все это очень быстро и очень рано. Об этом, в частности, свидетельствуют сами названия некоторых методик: «Читать раньше, чем ходить», «Математика с пеленок», «Энциклопедические знания с пеленок» и пр. Прилавки книжных и детских магазинов буквально переполнены различными пособиями для детей от 6 месяцев до 5-6 лет, которые призывают родителей как можно раньше научить малышей читать, писать, считать, логически мыслить. Как правило, эти пособия представляют собой красиво иллюстрированные издания, в которых содержатся сведения, очевидные для взрослых, но пока что неизвестные маленьким детям, о величине, форме, цвете и, конечно же, буквах и цифрах. Характерной тенденцией последних лет является фактическое приписывание **развивающих функций только дидактическим игрушкам**. Большинство игрушек, которым приписывается название «развивающих», представляет собой наборы для знакомства с новой информацией и тренировки памяти или каких-либо навыков. Это может свидетельствовать о том, что развитие ребенка с точки зрения родителей и производителей игрушек сводится к обучению и накоплению различных знаний. Эмоциональная и социальная сфера ребенка, его самостоятельное творчество при этом как бы не связываются с понятием «развитие», что конечно же глубокое заблуждение.

Естественно, родители покупают своему малышу эти дидактические пособия, сажают малыша перед собой и «развивают». Обычно такие «сеансы развития» выглядят как специальные занятия, на которых взрослый сообщает малышу новую для него информацию (или воспроизводит инструкции, пред-

ставленные в пособиях). В лучшем случае такое усвоение информации можно назвать научением.

Интересно, что повышенная требовательность к умственному развитию и к учебным навыкам малыша сочетается с чрезмерно бережным, **щадящим отношением к его телесности и самостоятельности**. Сейчас нередко можно встретить слишком продолжительное грудное вскармливание (до 2-3-лет), позднее приучение к опрятности (после 3-4 лет), недоразвитие навыков самообслуживания (в 4-5 лет дети не умеют одеваться, чистить зубы и пр.) Совершенно невозможным стали самостоятельные прогулки ребенка со сверстниками (до 12-13 лет) и пр. Все делается для того, чтобы облегчить малышу жизнь, обезопасить его от всяких рисков, усилий и трудностей. Тенденция к облегчению детской жизни в последнее время достигла своего максимального выражения. Игрушки полностью содержат все необходимое для использования. Ничего не надо придумывать и изобретать. Даже, запуская мыльные пузыри, уже не надо дуть, а можно просто нажать кнопку, и они сами полетят. Примеров такого облегчения детской жизни можно привести множество. Дети ограждены от любых рисков, они живут под защитой взрослых, как под колпаком, отгораживающим их от реальной жизни. Их задача – усваивать знания и «развиваться».

В результате ребенку просто негде проявить инициативу и самостоятельность. Все готово к потреблению и использованию. У детей не остается пространства для проявления своей инициативы и самостоятельности, в широком смысле для самореализации. А это сводит жизнь детей к бессмысленному для них потреблению готовых благ и запоминанию готовой информации. В пределе данная ситуация исключает развитие мотивационно-волевой сферы, самосознания и личности в целом.

Развитие, согласно философскому определению данного понятия, это всегда возникновение нового качества, появление чего-то **качественно нового**. В приложении к детскому развитию это означает появление новых способностей, новых желаний, интересов, мотивов и побуждений к действию. Все это всегда отражается и выражается в детской **инициативности и самостоятельности**, когда ребенок сам что-то придумывает, создает, к чему-то сам стремится. Действия под диктовку взрослого, как и ответы на его вопросы (даже правильные), не имеют никакого отношения к развитию ребенка. Напротив, они могут стать тормозом такого развития, поскольку выполнение заданий и инструкций взрослого лишает малыша собственной активности. Дети могут утратить собственную инициативу и интерес к обучению, если их жизнью дирижируют родители и непрерывно подталкивают их к достижениям. Достижения в конкретных знаниях и умениях (таких, как умение читать и знание цифр) не дают никаких преимуществ в умственном развитии и в освоении школьной программы. Основная проблема в обучении маленьких детей состоит в том, что тем знаниям и умениям, которые взрослые пытаются вложить (а иногда с успехом вкладывают) в их головы, нет места в их детской жизни. Все это для него – формальные, чужие и не нужные в его жизни упражнения. Маленький ребенок не может чувствовать себя свободным, активным и самостоятельным, когда его учат. В таких занятиях он не может стать источником, автором своей активности, своих фантазий, своих переживаний, своего выбора. Поэтому такого

рода «раннее развитие» не только не способствует, но и препятствует действительному развитию личности ребенка.

Еще одну общую тенденцию происходящих трансформаций можно обозначить как превращение средств деятельности в ее цели и мотивы **и, соответственно, потерю смыслов детской деятельности**. Так, СМИ становятся для дошкольников не средством получения информации или приобщения к широкой действительности, а источником сенсорных впечатлений, потребление которых превращается в самостоятельный род занятий. Телевизионный или компьютерный экран все больше подменяет для маленького ребенка игру, активную продуктивную деятельность, общение с близкими взрослыми.

Анализ рынка современных игрушек показывает, что большинство из них не только перестало быть средством игры, но и препятствует развитию игровой деятельности.

Игрушки и атрибуты роли не должны перетягивать на себя внимание ребенка. Они нужны не для того, чтобы поразить или удивить, а для того, чтобы **почувствовать себя** другим, создать и реализовать свой замысел. Соответственно, лаконичность, условность или «знаковость» - важнейшие требования к игрушкам для сюжетной игры.

Д.Б. Эльконин многократно подчеркивал: чем более детализированным и развернутым является практическое действие, тем более свернутым и неосознанным становится план ролевых отношений, т. е. смысл игры. Свернутость или развернутость игрового практического действия во многом зависит от игрушки – от степени ее сложности и реалистичности. Между тем многие современные игрушки (утюги, микроволновые печи, пистолеты и пр.) буквально являются действующими копиями реальных предметов. Они перетягивают на себя все внимание ребенка и уже не требуют никакого замысла. В строгом смысле эти вещи уже являются не игрушками, т. е. условными обозначениями предметов, а реальными предметами или тренажерами для отработки навыков.

Разговор о качествах игрушки особенно важен в настоящее время, когда появилось новое поколение игрушек. Большинство из них, к сожалению, мало пригодно для игры, а потому и не выполняет свою развивающую роль.

Главное качество хорошей игрушки – **ее открытость для разнообразных действий и переживаний малыша**. Игрушка должна открывать возможность для «внесения» в нее собственной активности ребенка - своего голоса, своих движений. Необходимым качеством такой игрушки является возможность любых превращений и настроений. Только в этом случае игрушка может стать не просто предметом манипуляций, но «вторым Я», объектом заботы и партнером по общению.

Между тем развитие рынка игрушек идет в направлениях, закрывающих возможность игрушки стать предметом игры и психологическим орудием. Игрушка все более становится не средством игры, а **самодостаточной вещью**, призванной вызывать удивление, восхищение и любопытство. Играть с такими игрушками совсем не обязательно. Нужно просто взять куклу в руки и делать то, что она «велит». А это закрывает саму возможность самостоятельной творческой игры. Ребенок как бы становится приставкой к игрушке – она сама руководит его действиями. Малышу уже не нужно оживлять куклу,

вкладывать в нее свои переживания, свой опыт. Конкретные, детализированные копии не стимулируют детей к игре, а очень быстро вызывают пресыщение. Ребенок начинает требовать все новые и новые игрушки, но в них не играет. Детская игра превращается в манипулирование и сводится к использованию возможностей технически оснащенных игрушек.

Другим проявлением той же тенденции является пристальное внимание к операциональному и техническому оснащению детской деятельности и полная неопределенность или даже утрата ее мотивационно-смысловых ориентиров. Так знания, навыки и умения превращаются из средств развития ребенка в главную цель образования маленьких детей. Малышей учат читать и считать, но зачем им нужны эти навыки и как дошкольники будут использовать их в своей жизни - непонятно. Очевидно, что неизбежность «сдачи экзамена в школу» не может стать для дошкольника столь же значимым мотивом, как для его родителей. Остается единственный мотив, оправдывающий все усилия детей и взрослых: собственная успешность, стать лучше других и заслужить хорошую оценку родителей. Все это ведет к вытеснению дошкольных видов деятельности и к преждевременному формированию конкурентного начала в детях. Такая фиксация на собственной успешности и страх оказаться хуже других является источником детских (и не только детских) неврозов.

Наконец, еще одна тенденция современной детской субкультуры – это размывание целостности детских деятельностей. Мы уже говорили о соединении игры с манипулированием и с обучением. Проиллюстрируем данную тенденцию на материале еще одной важнейшей деятельности дошкольников – восприятию литературы.

Восприятие литературы имеет огромное значение для умственного и познавательного развития ребенка. Читая книгу, вернее слушая литературный текст, дошкольник должен **представлять** происходящие события, включаться в них, связывать разные фрагменты произведения. Это требует работы мысли, сосредоточенности и воображения, а значит развивает все эти способности. Чтение (слушание) книг развивает образное мышление, будит воображение ребенка, стимулирует к осознанию событий своей собственной активности. Литература приобщает его к отечественной и мировой культуре и вообще имеет исключительно важную роль речевом, эстетическом, личностном и познавательном развитии ребенка.

Однако, чтобы восприятие литературы выполняло эту важнейшую роль в развитии детей, оно должно быть самостоятельной и достаточно сложной деятельностью. В последнее время появляются все новые формы печатной продукции для детей, где собственно литература уходит на задний план и становится фоном для какой-либо другой деятельности. В результате появляются новые «жанры» детских книг, развивающая роль которых пока что не осмыслена в педагогике и в психологии. Среди относительно новых жанров детских книг можно выделить книжки-игрушки, книжки-поделки и книжки-задачники. Остановимся на их описании и психологической характеристике.

Книжки-игрушки представляют собой печатные издания, в которых встроена какая-либо игровая «добавка», призванная сделать книжку более развлекательной и привлекательной. Например, встроенное звуковоспроизводящее устройство: если нажмешь на картинку лягушонка – он начинает

квакать, а на утенка – крикать. Игровые добавки могут иметь самые разные варианты, но все они призывают ребенка к действию – нажимать, вращать, крутить, словом играть. К настоящей игре все эти действия не имеют отношения. В то же время для маленьких детей такие игровые добавки безусловно являются привлекательными – удержаться от таких манипуляций просто невозможно. Малышу хочется попробовать, что «умеет» делать книжка. Понятно, что интерес к таким пробам, а значит и к самой книжке быстро иссякает. При этом ее литературное содержание уже не важно. Конечно, картинки совершенно необходимы для любой детской книжки. Но если иллюстрация призывает к действиям и уводит внимание ребенка от текста, это значит, что книжка уже не является книжкой, так и не став игрушкой.

Книжки-поделки – это своего рода сочетание литературы с продуктивной деятельностью. Это может быть рисование, раскрашивание, аппликация, конструирование на бумаге (так называемое плоскостное конструирование) и пр. Например, по ходу чтения сказки ребенку предлагается раскрасить по образцу незакрашенные картинки или дорисовать отсутствующие детали изображений. Во многих книжках иллюстрации имеют массу белых пятен, которые дети должны восполнить, т. е. наклеить недостающие части картинок, выбрав их в соответствующих приложениях. Сама по себе аппликация (как и раскрашивание или дорисовывание картинок) – занятие вполне полезное и увлекательное для дошкольников. Но почему и зачем его нужно соединять с восприятием литературы? Видимо, по логике авторов, такое совмещение придает книжке дополнительную привлекательность и развивающее значение («два в одном»). На самом деле, восприятие художественной литературы и занятие аппликацией (рисование или раскрашивание) это совершенно разные и несовместимые виды деятельности. Попытка их объединения разрушает и то, и другое. Вместо того чтобы «вжиться» в содержание сказки, представить и пережить описываемые события, ребенок начинает «доделывать» книжку – сам материал подталкивает его к этому. В то же время он не может полностью погрузиться в продуктивную деятельность, поскольку это не совсем его самостоятельная поделка, а все-таки книжка.

Еще одним популярным жанром издательской продукции для детей являются **книжки-задачники**, а именно превращение художественной литературы для детей в дидактические пособия по освоению каких-либо навыков. В традиционные сказки вставляются мало связанные с их содержанием задания, которые нужно выполнить в процессе чтения. Например, в книжку про Красную шапочку помещены задания по определению времени отдельных событий. Пользуясь нарисованными на каждой странице часами, ребенок должен выяснить, как долго гуляли по лесу Красная шапочка и волк, сколько было времени, когда волк, начал есть бабушку, а сколько времени потребовалось охотникам для «вскрытия» волка и т. п. С точки зрения авторов этих книжек, подобные задания имеют несомненный развивающий эффект, который дополняет известную сказку. Ребенок не просто знакомится со сказкой, но еще и учится определять время! Конечно это полезное умение, но при чем здесь Красная шапочка? Похожих заданий в детских книжках огромное множество.

Конечно, книжки-раскраски и дидактические книжки для детей были всегда и в определенных количествах они нужны дошкольникам. Но в по-

следнее время эти дополнительные элементы внедряются в литературные произведения и явно мешают восприятию текста. Так, сказка про репку, по мнению авторов таких книжек, «ничего не развивает», а репка, в которой нужно измерить и сравнить рост персонажей, сразу превращается в развивающую. Такая простая житейская логика совершенно не принимает в расчет развивающее значение самой детской художественной литературы.

В педагогике и психологии немало трудов посвящено воспитательному значению детской литературы. Литература дает ребенку образцы прекрасного и безобразного, доброго и злого. Герои детских сказок выступают для дошкольников как моральные эталоны, т. е. как общественно признанные носители положительных или отрицательных качеств. Это бесконечный источник сюжетов игры, в которых присваиваются смыслы человеческих отношений и мотивы деятельности людей. Такое присвоение, как и моральное воспитание вообще, не может быть основано ни на наказаниях, ни на упражнениях, а только на формировании эмоционального отношения к нормам поведения человека. Художественная литература как раз способствует воспитанию чувств и становлению эмоционального отношения к моральным нормам. Но разрушение целостности этой деятельности нивелирует ее воспитательное значение и сводит знакомство с литературой к овладению элементарными навыками.

Все обозначенные тенденции являются результатом игнорирования возрастной специфики детей младшего возраста, и шире – отсутствия соответствующей психолого-педагогической базы у создателей детской субкультуры. Производители товаров для детей не задумываются о законах развития ребенка и о реальных потребностях своей целевой аудитории. Их коммерческие цели весьма далеки от задачи полноценного развития личности ребенка.

Между тем воспитание ребенка происходит не только на основе определенной программы, принятой в детском учреждении, но прежде всего внутри неорганизованной стихии товаров для детей. Описанные выше тенденции развития современной детской субкультуры безусловно отражаются на особенностях развития современных детей. Исследования показывают снижение уровня развития ролевой игры, общую пассивность, немотивированность дошкольников. Многие педагоги отмечают резкое снижение фантазии и творческой активности детей, дошкольники теряют способность и желание чем-то занять себя, не прилагают усилий для изобретения новых игр, для сочинения сказок, для создания собственного воображаемого мира. Однако сегодня это не научные факты, а всего лишь разрозненные наблюдения отдельных педагогов и родителей.

В этой связи важнейшей перспективой является **изучение особенностей современного детства и влияния информационных технологий на разные аспекты развития ребенка**. В частности необходимо исследовать формы взаимодействия дошкольников с экранной информацией и возможности создания полноценных условий для реализации задач развития детей дошкольного возраста.

И еще одна практическая задача, адресованная психологам, заключается в необходимости проведения **психолого-педагогической экспертизы информационных товаров для детей**, которая может служить своеобразным фильтром на пути к нашим детям.

Ю.С. Шевченко, А.А. Северный

**СУДЬБА ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ
В СОВРЕМЕННЫХ КЛАССИФИКАЦИЯХ**

**Российская медицинская академия последиplomного образования,
НЦ психического здоровья РАМН, Ассоциация детских психиатров и
психологов (Москва).**

Представление о нозологических формах и синдромах не является стабильным, т. к. отражает уровень развития медицинской науки, в первую очередь знаний по этиологии и патогенезу болезней. В связи со сложностью установления последних систематизация психических расстройств строится на эклектических началах, как это сделано в действующей версии Международной классификации болезней (МКБ-10). В одних случаях болезни группируются на основании общности основной **сферы поражения психики** (например, рубрика «расстройства настроения/аффективные расстройства»), в других – в связи с наличием признаков первичного или вторичного **поражения материального субстрата** – головного мозга (рубрика «органические, включая симптоматические, психические расстройства»), в третьих - на основании гипотетического **единства эндогенных патогенетических механизмов** («шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства»), в четвертых - **по клинико-этиологическому принципу** («невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства»), в пятых – на основании близости **уровня нарушенного функционирования** и отсутствия при этом отчетливых структурно-анатомических повреждений, («поведенческие синдромы, связанные с физиологическими и физическими факторами»), в-шестых – ориентируясь на **возраст окончательного структурирования аномалии** психики и выраженной дизадаптации личности, хотя их начальные проявления могут наблюдаться задолго до этого («расстройства личности и поведения в зрелом возрасте»).

Отсутствие единого принципа классификации обуславливает включение в одну рубрику синдромов различной природы, что затрудняет этиопатогенетическое обоснование терапии. Пожалуй, единственной нозологической единицей, выделенной на основании этиопатогенетического принципа, является «посттравматическое стрессовое расстройство». В остальных же случаях этиология и патогенез фигурируют в отрыве друг от друга, а то и вовсе отсутствуют в названии диагностической формы. Отсюда многим отечественным детско-подростковым психиатрам, «воспитанным» на нозологической парадигме предшествующей классификации, все еще трудно «втиснуть» свои представления о диагностике психических расстройств в систематику, лишенную по сути принципа течения заболевания, его исхода и прогноза, основанную на одномоментной фиксации состояния больного, на сугубо формализованных критериях диагностической оценки состояния (в частности, необходимости набора определенного количества признаков независимо от диагностического «веса» того или иного признака).

Некоторые «детские» диагнозы вообще лишены клинического содержания (например, «Социализированные...» и «Несоциализированные расстройства поведения», «Вызывающее оппозиционное расстройство», «Расстрой-

ство вследствие sibлингового соперничества»), другие возникающие преимущественно в детском и подростковом возрасте патологические состояния фигурируют во «взрослых» рубриках (например, «Трихотилломания», «Нервная анорексия»), ряд «детских» шифров (F90-F98) дублирует аналогичные диагнозы других рубрик (например, «Фобическое тревожное расстройство в детском возрасте», «Социальное тревожное расстройство в детском возрасте» - аналог «Социальной фобии» взрослых, «Синдром Аспергера» - суть шизоидная психопатия).

Важно подчеркнуть, что у детей и подростков могут наблюдаться **расстройства практически из всех классификационных рубрик** помимо лишь тех, которые связаны со специфическими поражениями ЦНС при заболеваниях возраста инволюции («деменция» при болезнях Альцгеймера, Пика, Паркинсона, сосудистом поражении и т. п.) - их можно назвать «инволютивно-дизонтогенетическими» расстройствами, тогда как большинство психических заболеваний и аномалий взрослых берет свое начало в детстве.

В то же время выделяется группа заболеваний, временных или стойких психических расстройств, возникающих только в детском возрасте, которые можно обозначить как «эволютивно-дизонтогенетические». К ним относятся: «Умственная отсталость»; «Расстройства психологического (психического) развития», включающие специфические расстройства речи и языка, нарушения развития школьных навыков, моторики, задержки психического развития, детский аутизм; «Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте». Последняя рубрика объединяет гиперкинетические расстройства, расстройства поведения, характерные для детей эмоциональные нарушения и расстройства социального функционирования, а также системные соматовегетативные, двигательные и речедвигательные нарушения (энурез, энкопрез, тики, заикание и др.). Общим для всех этих разнообразных по клиническим проявлениям нарушений является основное звено патогенеза – нарушение созревания психических свойств, функций и/или компонентов личности, т. е. психический дизонтогенез, обусловленный разными причинами (как отзвучавшими, так и продолжающими действовать), что никак не отражено в рубриках МКБ-10.

В предисловии к русскому изданию МКБ-10 один из его редакторов С.Ю. Циркин (1994) специально подчеркивает прикладное, прежде всего статистическое значение данного руководства и предупреждает против подмены ею концептуальных классификаций. Во введении в «Многоосевую классификацию психических расстройств в детском и подростковом возрасте» (2003), опирающуюся на МКБ-10, Майкл Раттер утверждает атеоретический характер данной классификации. Авторы и рецензенты указанных систематизаций настаивают на их равноправном существовании в одном клиническом поле с иными оригинальными психиатрическими классификациями, сохраняющими свое значение в научных исследованиях и практической деятельности (А.А. Северный, А.А. Моховиков, 2003).

К сожалению, сплошь и рядом приходится наблюдать обратное. Не только молодые врачи, но и некоторые научные коллективы воспринимают последнюю «Классификацию психических и поведенческих расстройств» (именно **расстройств**, а не **болезней**) как методологическую базу, опреде-

ляющую клиническое и научное мышление. Данная ситуация сложилась, как нам представляется, в связи с тем, что были по сути безо всякой критики признаны в качестве непреложной истины американские DSM в области психопатологии и диагностики, с принятием которых, по меткому замечанию одного из ведущих американских психиатров Nancy Andreasen (2007), наступила «...смерть феноменологии в Соединенных Штатах». Это привело к тому, что классические представления описательной психопатологии (которую можно сравнить с искусством) в настоящее время в значительной степени игнорируются, а применение высоких технологий при отсутствии благоразумного клинического подхода будет представлять собой унылое, серое и, возможно, бесплодное зрелище. Отказ от принципа причинности и редукция клинического мышления к узко синдромальному и даже симптоматическому уровню представляется менее перспективным, чем попытки, пусть достаточно гипотетически, в рамках возможностей клинко-психопатологического анализа и доступных параклинических методов в каждом конкретном случае не ограничиваться констатацией наличия у пациента того или иного психического расстройства, а проникнуть в его этиопатогенетическую сущность.

Так, если попытаться клинически, в соответствии с традиционными взглядами отечественной психиатрии, а не статистически подойти к систематизации всего круга психических расстройств, включающего их психотические (ядерные) и непсихотические (пограничные) формы, и взять за основу этиопатогенетический принцип (ведущей причины или основного механизма заболевания), то все нозологические формы можно расположить вдоль пересекающих этот круг диагоналей. Последние образованы осями, расходящимися в этиологически (оси 2-6 и 3-7) или патогенетически (оси 1-5 и 4-8) полюсных направлениях, но сходящимися в центре круга – месте существования клинически переходных форм, свидетельствующих о наличии общих патогенетических звеньев у сходных синдромов разной природы (в соответствии с интегрирующим и дифференцирующим законами патогенеза И.В. Давыдовского). Хорды же окружности, расположенные между осями, соединяют соседние группы заболеваний, близкие по этиологическому и патогенетическому фактору, например, психогенные и аддиктивные (по сути, социогенные) расстройства, соматогенные и экзогенно-органические нарушения, эволютивно-дизонтогенетические и наследственно-конституциональные состояния, инволютивно-дизонтогенетические и эндогенные (эндогенно-органические).

ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ СИСТЕМАТИЗАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ



Отказ от традиций российской психиатрии (которая никогда не плелась в хвосте ведущих школ и не теряла собственного клинико-психопатологического лица) уподобляет врачей старшего поколения «Иванам, не помнящим родства». Молодые же специалисты рискуют этого родства вообще не узнать.

*Парадоксальность существующей ситуации усугубляется тем, что, не отвергнув известного принципа «Лечить не болезнь, а больного», руководство отечественным здравоохранением инициировало кампанию разработки терапевтических стандартов, ориентированных все на ту же несовершенную международную классификацию. Но ведь известно, что даже такие специфические **синдромы-болезни** детско-подросткового возраста, как энурез, энкопрез, заикание, РДА, СДВГ, элективный мутизм и проч. предполагают весьма существенные различия в терапевтическом подходе в зависимости от их природы — первично-дизонтогенетической, психогенной или резидуально-органической (обозначение которой могли бы обеспечить дополнительные знаки к основному шифру). Не говоря уже о том, что данные дизонтогенетические симптомокомплексы нередко являются возрастной маской более общего заболевания (шизофрении, эндогенной или психогенной депрессии, текущего церебрально-органического, либо соматического заболевания). Формализованность МКБ-10 не настраивает врача на проведение тщательной дифференциальной диагностики ни для исключения более тяжелого заболевания, ни для выделения клинических вариантов синдрома-болезни. Отсюда нередко врачебные ошибки, когда дети, страдающие «возбужденной манией» в рамках эндогенного заболевания, длительно лечатся как страдающие СДВГ, дети с элективным мутизмом курируются как пациенты с РДА, а больные с «органическим аутизмом» расцениваются как умственно отсталые.*

С другой стороны, существующая с 1996 г. и опубликованная в России в 2003 г. ВОЗовская многоосевая диагностика, которая, несомненно, является шагом вперед и усовершенствование которой (в частности, за счет введения дополнительных знаков в шифровку первой — синдромальной оси) позволило бы совместить МКБ и отечественную классификацию, до сих пор не вошла в обязательную врачебную практику.

В настоящее время наступает новый период усовершенствования МКБ. Департамент психического здоровья ВОЗ провел в январе 2007 г. первое заседание консультационной комиссии по подготовке психиатрического раздела МКБ-11 в соответствии с общим проектом МКБ-11. Инициативой Всемирной психиатрической ассоциации является План разработки **личностно-центрированного интегративного диагноза** (Personal-centralized Integrative Diagnostics - **PID**) в качестве теоретической модели и практического руководства. В основе PID лежит концепция диагноза, отличного от традиционных представлений о распознавании и дифференциации заболеваний. В PID диагноз определяется как описание негативных и позитивных аспектов здоровья, воздействующих друг на друга в среде личности. PID включит в себя наиболее удачную классификацию психических и общих заболеваний (предположительно классификацию болезней МКБ-11, национальные и региональные адаптации), описания других связанных со здоровьем проблем и позитивных

аспектов здоровья (адаптивное функционирование, защитные факторы, качество жизни и др.), относящихся к целостности личности (включая такие понятия, как достоинство, ценности, ожидания). Подход будет одновременно категориальным, пространственным и описательным, его разработка и внедрение потребуют взаимодействия между клиницистами, пациентами и их окружением.

По сути речь идет о дальнейшем развитии **многоосевого подхода к оценке не именно психического расстройства, а целостной личности, страдающей психическими нарушениями**, в ее развитии, социальном функционировании с учетом воздействия на нее микросоциальных условий, в том числе системы охраны психического здоровья. Зачатки такого подхода мы видели в попытке «Многоосевой классификации психических расстройств в детском и подростковом возрасте» М. Раттера при всех ее недочетах, отмеченных упомянутыми выше рецензентами.

Напомним, что она включает следующие оси: I-клинический психопатологический синдром; II-специфические расстройства психического развития; III-уровень интеллекта; IV-соматические нарушения; V-сопутствующие аномальные психосоциальные ситуации; VI-общая оценка нарушения психосоциальной продуктивности.

Сама идея многоосевой диагностики представляется чрезвычайно перспективной особенно в детской психиатрии, поскольку психические расстройства, отклонения в поведении и развитии в детском возрасте, связанные с ними нарушения соматического здоровья, социального функционирования, коммуникативности, уровня и структуры средовой адаптации, их динамика и прогноз чрезвычайно многофакторны, тесно взаимосвязаны, взаимовлияемы и должны учитываться комплексно, во всем указанном многообразии при формировании тактики лечения, коррекции и реабилитации.

В связи с этим представляется важным и плодотворным включение в предлагаемую классификацию оси соматических состояний, которые у детей особенно часто связаны с психическими и поведенческими расстройствами, оси нарушений психосоциальной продуктивности и оси патологизирующих психосоциальных ситуаций. Особенно хочется в связи с этим подчеркнуть значение для отечественной детско-подростковой службы психического здоровья последней оси, т. к. необходимо признать, что наша детская психиатрия на сегодня остается практически внесоциальной и, главное, «внесемейной». И подготовка кадров для службы психического здоровья детей и подростков, и сама организация этой службы (хотя понятие «службы» мы применяем условно, т. к. соответствующей службы как таковой у нас просто не существует) не подразумевают обязательного учета и активного включения в систему помощи психически больному ребенку его ближайшего семейного окружения, что на нынешнем уровне развития детской психиатрии выглядит нонсенсом.

Помимо указанных, могут также вводиться оси влияния на патологические состояния тех или иных терапевтически-коррекционных воздействий, эффективности тех или иных организационных форм оказания помощи (что позволило бы, в частности, сопоставить целесообразность применения ста-

ционарных либо амбулаторных, полустационарных систем при определенных заболеваниях и нарушениях развития и поведения) и др.

Нам также представляется особенно значимым, что внедрение такого рода многоосевой диагностики может послужить существенным образовательным моментом для молодых детских психиатров, лишь начинающих свою практическую деятельность. Поскольку приходится с сожалением констатировать, что внешняя «легкость» диагностирования по МКБ-10 (набрал нужное количество признаков, «подогнал» больного ребенка под соответствующую рубрику – и нет необходимости более глубокого анализа его состояния и сопутствующих ему факторов) не способствует критическому осмыслению собственного клинического опыта, не побуждает к углубленному психопатологическому анализу и поиску и не дает достаточного набора опорных признаков для лечебно-коррекционной и реабилитационной работы.

Наконец, освоение подобной классификации позволит под новым углом строить отечественные клинико-психопатологические и коррекционно-реабилитационные исследования в детской психиатрии, делая их соотносимыми с соответствующими зарубежными работами, позволяя объективизировать (или, по крайней мере, формализовать), в частности, клинические психофармакологические исследования, включая в оценку действия препаратов не только симптоматический аспект, но и аспекты развития, социальной адаптации, качества жизни больного ребенка и его семьи и т. п.

В разрабатываемой психиатрической части МКБ-11 нам представляется целесообразным ввести в каждый раздел «детский» подраздел с четким обозначением особенностей проявлений и динамики тех или иных заболеваний и симптомокомплексов. *В МКБ-10 это представлено лишь шифром F64.2 - «Расстройство половой идентификации в детском возрасте».*

Это позволит в значительной мере сократить наименее концептуально целостный «детский» раздел современной МКБ-10 за счет размещения многих расстройств в общих разделах. Одновременно, и что более существенно, такое расположение реально обозначит единство «взрослой» и «детской» феноменологии, их взаимозависимость, послужит питательной почвой для прогностических концепций течения, взаимопереходов и исходов патологических состояний.

Наряду с предлагаемой многоосевой структурой диагностической системы подобная классификационная организация позволила бы в значительной мере преодолеть недостатки действующей диагностической системы и способствовала бы развитию как научно-практических подходов в детской психиатрии, так и совершенствованию собственно служб психического здоровья подрастающего поколения и их интеграции с другими системами помощи детям с аномалиями психического развития и поведения.

ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ, СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА И СМЕЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ

С.В. Борисова

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ УЧАЩИХСЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ УЧИЛИЩ - ГОРОДСКИХ И СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ

Филиал Московского психолого-социального института (Муром).

Проблемы, связанные с психическим здоровьем лиц подросткового и юношеского возраста стоят в настоящее время особенно остро. Социально-экономические преобразования, происходящие в последние десятилетия, влияют в первую очередь на состояние здоровья именно этой категории населения, что обусловлено психологическими особенностями несформированной личности. В специальной литературе последних лет не без основания утверждается, что психологическое напряжение, которое испытывает население в результате действия неблагоприятных социальных факторов, в значительной степени ухудшает психическое здоровье. Экономические трудности, ломка привычных стереотипов, этнические конфликты, происходящие у нас в стране, все это – «является испытанием для пределов адаптации человеческой психики» [4].

Уже с самого раннего детства человек включается в процесс социализации. В зависимости от того, какие условия будут созданы, общество получит либо действительно настоящего человека, либо асоциальное, общественно опасное существо, либо безразличного ко всему, атрофированного, аморального обывателя. Обыватель при определенных условиях может перерасти в агрессора, что является не только общественно опасным, но и противоправным явлением. Т. о., кризис подросткового возраста в сочетании с дизадаптивным поведением является основой для формирования социально дизадаптированной личности. При этом социальная дизадаптация означает нарушение взаимодействия индивидуума со средой, характеризующаяся невозможностью осуществления им в конкретных социальных условиях своей позитивной социальной роли [10, 16, 17].

Эпоха отрочества вплотную подводит ребенка к рубежу взрослости. Социальный статус подростка мало чем отличается от взрослого. С психологической точки зрения, этот возраст очень противоречив, и характеризуется диспропорциями в уровне и темпе развития. Чувство взрослости, присущее подростку, выражается в том, что уровень притязаний предвосхищает будущее его положение, которого он фактически еще не достиг. В это время отрицательный микроклимат обуславливает возникновение отчужденности, грубости, неприязни, стремления делать все назло, вопреки воле окружающих, что создает объективные предпосылки для появления агрессивности, неповиновения, разрушительных действий.

В социальную ситуацию развития подростка входит «среда личности». Она включает социальные группы макро- и микросреды, к которым принад-

лежит личность, в том числе свойства таких составляющих «микросреды», как семья, среда общения личности - друзья, близкие, знакомые, соседи и т. п.. Социальная сеть оказывает влияние на развитие личности, формирует особенности ее внутреннего мира, способствует переработке разнообразных стрессовых воздействий.

Принцип автономии личности как необходимого условия развития и удовлетворения высших психологических потребностей по-разному может реализовываться в семье. Если ослабляются нормы семейного взаимодействия, то может снижаться удовлетворение всех видов базовых психологических потребностей индивида, включая и «высшие». В зависимости от того, какие стратегии развития детей в родительской семье будут использованы, общество получит либо действительно настоящего человека, либо асоциальное, общественно опасное существо, либо безразличного ко всему, атрофированного, аморального обывателя.

Влияние социальной среды на личность подростка велико, затрагиваются все области сознания и все стороны проявления жизнедеятельности личности. Успешная или неуспешная адаптация подростка может проявляться в учебной деятельности и в сфере социальных отношений.

Учебная дизадаптация – совокупность признаков, свидетельствующих о несоответствии социопсихологического и психофизиологического статуса подростка требованиям ситуации школьного обучения, это любые затруднения, возникающие у подростка в период школьного обучения. Обычно к ним относятся трудности в обучении, неуспеваемость, особенности контактов с соучениками и учителями, нарушения поведения и многое другое [10].

Социальная дизадаптация - нарушение процессов взаимодействия подростка с окружающей средой. Разные авторы трактуют понятие «дизадаптации» по-разному. Дизадаптация – это процесс, протекающий вне патологии и связан с отвыканием от привычных условий жизни и привыканием к другим. Нарушения, выявляемые при акцентуациях характера или под влиянием психогений, преневротические нарушения, невротические реакции и состояния рассматриваются как наиболее универсальные проявления психической дизадаптации [1, 3, 6, 9, 10 и др.]. В схематичном виде процесс дизадаптации разворачивается по принципу замкнутого порочного круга, где пусковым механизмом является, как правило, резкое изменение условий жизни, привычной среды, наличие стойкой психотравмирующей ситуации.

Обучение в учебных заведениях, направленных на получение профессии, меняет уже сложившиеся у подростков школьные стереотипы. Этот новый период обучения играет существенную роль в развитии адаптационно-компенсаторных механизмов, от него во многом зависит психическое здоровье вчерашних школьников. В это время меняются формы и элементы социальной адаптации личности, возможна информационная перегрузка студентов и, как следствие, проявление учебной дизадаптации, возможны срывы в состоянии психического здоровья. Болезнь не возникает неожиданно, а развивается постепенно, поэтому важно выявлять факторы риска развития болезни и скрытые звенья предболезни, т. е. пограничные состояния, которые имеют важное значение для сохранения здоровья [5, 11, 14].

Учебная деятельность остается ведущей в этом возрастном периоде, а на

формирование самооценки существенное влияние оказывает сравнение с друзьями. Психическое здоровье связано с процессом адаптации в изменяющихся условиях среды. Психологическая составляющая адаптации определяется активностью личности и выступает как единство процессов усвоения правил среды и преобразования, изменения среды [17].

Степень выраженности дизадаптации зависит от ряда факторов. Выделяют соматическую, психологическую и микросоциальную незрелость, или неготовность к переменам ситуаций. Согласно Ю.А. Александровскому, психологическую адаптацию можно представить как результат деятельности целостной самоуправляемой системы, активность последней обеспечивается не просто совокупностью отдельных компонентов (подсистем), а их взаимодействием и «содействием», порождающим новые интегративные качества, не присущие отдельным образующим подсистемам. Система адаптации характеризуется многоплановостью подсистем. Результатом функционирования всей системы и является состояние адаптации [1, 2]. В своей работе мы анализируем лишь некоторые социальные подсистемы, прослеживая их взаимосвязи с психологическими факторами в ходе выявления пограничных психических состояний различной этиологии.

В отечественной психологии и психиатрии имеются работы, касающиеся состояния психического здоровья и адаптации школьников к учебному процессу, вопросов адаптации пациентов, страдающих отклонениями психического здоровья, к учебной деятельности в системе высшей школы [7, 10]. Существенно реже объектом внимания специалистов становятся учащиеся средних специальных учебных заведений. В работах как отечественных, так и зарубежных авторов, посвященных проблемам психического здоровья студентов, указывается на высокую распространенность (до 56,6%) в этой среде таких психических нарушений, как неврозы, невротоподобные состояния, декомпенсации личностных расстройств [8, 9, 19, 20]. В то же время практически отсутствуют специальные исследования, прослеживающие у учащихся профессиональных училищ взаимосвязь между социально-психологическими особенностями и формированием определенных форм психической патологии. Еще менее изученным оказывается состояние психического здоровья учащейся молодежи в зависимости от среды воспитания-обитания (сельской или городской).

В центр внимания нашего исследования поставлен вопрос о влиянии социокультуральных факторов на психическое здоровье и формирование психических расстройств у учащихся профессиональных училищ. При исследовании социальных факторов учтены данные предыдущих работ [14,15]. В них как наиболее значимые для психического здоровья выделены факторы: материальный достаток, образование, семейное положение, жилищно-бытовые условия, место проживания и социокультуральные сведения (отношения к национальному вопросу, взаимоотношения в микросоциуме, отношение к религии, особенности воспитания в родительской семье). В данной работе анализировались эти и другие факторы.

Цель исследования: определение значимых факторов риска развития нарушений психического здоровья у учащейся молодежи.

Объектом исследования выступили студенты профессиональных училищ -

городские и сельские жители. У учащихся подростков, сельских и городских жителей, изучались: отношение к своей и другим национальностям, отношение к родственникам, преподавателям, к студентам своей группы, к психически больным и психическим заболеваниям, вероисповедание и форма выражения религиозных убеждений, приоритетные ценности, отношение к самоубийству и др. параметры. Работа проводилась совместно с медиками в рамках исследования состояния психического здоровья у данного контингента.

Методика исследования. Основной инструмент оценки социально-психологических факторов психического здоровья учащихся профессиональных училищ - «Базисная карта этнокультуральных исследований», разработанная в ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского. Впервые данная «Базисная карта» была применена в рамках кандидатской диссертации И.А. Уварова [11]. Карта включает социодемографические и этнокультуральные сведения, данные анамнеза, клиническую часть с характеристикой синдромов и диагноза заболевания (по критериям МКБ-10).

Первый раздел Карты содержит общую социодемографическую информацию о пациенте – пол, возраст, национальность, место жительства, образование, сфера учебы или профессиональной деятельности, семейное положение, жилищные условия.

Второй раздел Карты содержит основные этнокультуральные характеристики больных: родной язык пациента, этническая структура родительской семьи, отношение к своей и другим национальностям, отношение к религии, форма выражения религиозных убеждений и вероисповедание (у верующих), отношение к родителям и старшим по возрасту, характер приоритетных ценностей, соблюдение национальных обрядов, вера в национальные мифы и приметы, суеверия, отношение к самоубийству, предпочитаемые методы лечения.

Клинический раздел содержит сведения, базирующиеся на результатах проводившегося нами клинического обследования подростков, страдающих психическими расстройствами: психопатологическая отягощенность наследственности, наличие психодизадаптационных симптомов в детстве, преобладающие формы реагирования в стрессовых ситуациях, наличие личностных акцентуаций и их типы, перенесенные экзогенные и соматогенные вредности, особенности преморбидного периода, причины обращения к психиатру, возраст к моменту начала заболевания, длительность заболевания на момент обследования, факторы, способствовавшие развитию заболевания, сфера возникновения психотравмирующей ситуации, диагноз (по МКБ-10), синдромальная характеристика и тип течения заболевания, изменения и проявления трудовой и социальной адаптации в период заболевания, частота госпитализаций.

В структуру Базисной карты входило также специальное приложение. В нем имелась информация о составе родительской семьи подростка, профессиональной занятости его родителей, характере внутрисемейных отношений, степени самообслуживания подростка, его взаимоотношениях со сверстниками и старшими, проведении досуга, наличии вредных привычек, источнике средств существования. На этой составляющей карты мы сконцентрировали внимание при анализе результатов.

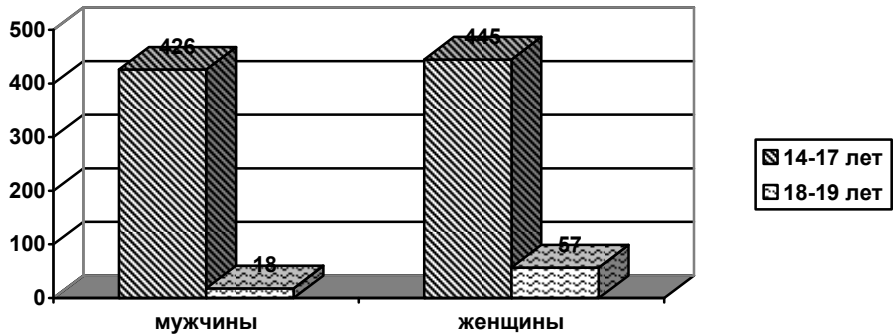
При обработке результатов использовался качественный и количественный анализ. Математическая обработка проводилась с помощью персональ-

ного компьютера и стандартных пакетов программ для компьютерной статистической обработки (Microsoft Exel-2000, Statistica 6.0, SPSS 11.0).

Эмпирический объект исследования: учащиеся профессиональных училищ, всего 946 человек. В исследовании участвовали испытуемые в возрасте от 14 до 19 лет : (см. Диаграмму 1).

Диаграмма 1.

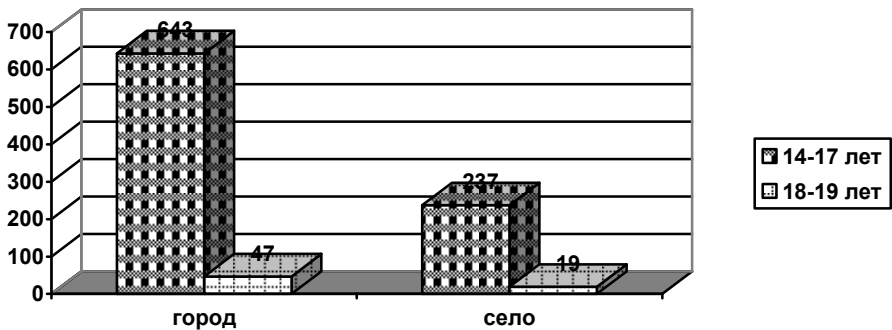
Распределение мужчин и женщин в выборке испытуемых



В выборке испытуемых городские и сельские жители распределились следующим образом (см. Диаграмму 2).

Диаграмма 2.

Распределение городских и сельских жителей в выборке.



Результаты исследования

При разделении обследованных на городских жителей и лиц, проживавших в сельской местности, оказалось, что среди учащихся значительно преобладали городские жители (72,8%). Анализ половых различий показывает, что среди городских и сельских учащихся профессиональных училищ преобладают девушки (соответственно 55% и 75%). Сельских девушек в училище поступает больше, чем городских, тогда как у юношей соотношение обратное: 45% городских юношей предпочитают обучаться в ПУ, в сравнении с 25% сельских юношей.

В нашей работе мы уделили основное внимание жилищно-бытовым условиям, в которых проживали студенты во время обучения, их семейному положению, уровню образования к моменту поступления в училище. В таблице 1 представлены результаты оценки испытуемых по этим параметрам.

Таблица 1.

Социальное положение студентов-горожан
и студентов из сельской местности (в %).

	Городские	Сельские
Образование (до поступления в училище)		
неполное среднее	97,3	90,6
среднее	2,7	9,4
Семейное положение (здесь и далее на момент обследования)		
Женат (замужем)	1,8	0,0
Холост (не замужем)	95,5	90,6
Разведен (а)	0,0	0,0
Незарегистрированный брак	2,7	9,4
Число детей		
Отсутствуют	97,3	100
Один ребенок	2,7	0,0
Жилищные условия		
Общежитие	2,7	6,3
Коммунальная квартира	0,9	9,4
Отдельная квартира	1,8	0,0
Собственный дом	3,6	6,3
Проживает у родственников	90,1	71,9
Снимает жилплощадь	0,9	6,3
Прочее	0,	0,0

Рассмотрим полученные данные. Большинство учащихся (и городских, и сельских жителей) до поступления в ПУ имеет неполное среднее образование, при этом количество городских студентов с данным уровнем образования выше, чем сельских жителей, при этом процент учащихся со средним образованием выше среди сельского населения.

По *семейному статусу* получены следующие данные. Среди учащихся из сельской местности совсем нет женатых (замужних), состоящих в официальном браке, однако много незарегистрированных (гражданских) браков. При этом в семьях сельской молодежи детей нет, тогда как у городских жителей имеется небольшой процент студентов, воспитывающих детей. По-видимому, за таким разнообразием в семейном статусе могут стоять особенности воспитания и стиля жизни в городе и на селе.

По *жилищным условиям* получены следующие данные. Учащиеся из села чаще проживают в общежитии, коммунальной квартире, собственном доме или снимают жилплощадь в сравнении с городскими студентами, тогда как последние чаще проживают у родственников (в семье) или в собственной квартире. Такое несоответствие в жилищном обеспечении создает дополни-

тельные трудности для адаптации сельских по происхождению студентов в условиях обучения в новой городской среде.

Особенности воспитания имеют приоритетное значение для формирования личности. В многочисленных работах указывается на то, что неправильное воспитание часто приводит к личностным, невротическим, аффективным расстройствам. Рассмотрим различные стратегии воспитания студентов в родительской семье. Мы полагаем, что отклонение от гармоничного воспитания окажется одним из значимых факторов риска и позволит нам уточнить степень влияния этого фактора на формирование различных форм патологии обследуемого контингента. Особенности воспитания представлены в таблице 2.

Таблица 2.

Особенности воспитания студентов-горожан
и студентов из сельской местности (в %).

Основная стратегия воспитания детей в родительской семье	Город	Село
Подчинение старшим (наказания, запреты)	23,4	9,4
Партнерство (предоставление самостоятельности, поощрения)	52,3	62,5
Гиперопека	5,4	3,1
Эмоциональное отвержение	5,4	15,6
Создание атмосферы конкуренции между детьми	0,0	0,0
Не определена	13,5	9,4
Основная стратегия социального развития детей в родительской семье		
Формирование самостоятельного выбора решений и действий	48,6	62,5
Соблюдение требований старших, расчет на их помощь	31,5	3,1
Не определена	19,8	34,4
Возрастная иерархия (отношение к родителям и старшим)		
Уважительное, но не подчиненное	74,8	84,4
Подчиненное	17,1	0,0
Пренебрежительное, формальное	2,7	3,1
Индифферентное	5,4	12,5
Взаимоотношения с родственниками		
Доброжелательные, ровные	74,8	6,6
Формальные	10,8	25,0
Конфликтные со всеми родственниками	1,8	3,1
Конфликтные с отдельными родственниками	12,6	6,3
Взаимоотношения со студентами своей группы		
Доброжелательные, ровные	52,3	75,0
Формальные	34,2	15,6
Конфликтные со всеми	0,9	0,0
Конфликтные с отдельными студентами	12,6	9,4

Сравнительный анализ *особенностей воспитания* в городских и сельских семьях позволяет предположить, что при воспитании городских подростков чаще используются такие стратегии воспитания, как подчинение старшим, наказание, запреты, гиперопека. В сельских же семьях, наоборот, предпочтение отдается таким стратегиям, как партнерство, предоставление самостоятельности, поощрения, однако и проявления эмоционального отвержения, безразличия, формального отношения подросткам отмечаются чаще.

Основная стратегия социального развития детей в родительской семье также различается по месту жительства. В сельских семьях чаще практикуется самостоятельный выбор решений и действий, а в городских семьях от подростков требуется соблюдение требований старших и практикуется расчет на помощь родителей в трудных жизненных ситуациях.

Как следствие, отмечается разный *стиль взаимоотношений* с родителями, старшими родственниками и однокурсниками. Сельские подростки относятся к родителям и старшим чаще уважительно, но не подчиняясь, с пренебрежением, формально или индифферентно, тогда как для городских жителей существенным является подчиненное, зависимое отношение к родителям. Отношения с родственниками у сельских и городских жителей также различаются: у сельских чаще, чем у городских студентов, встречается формальное отношение к родственникам, тогда как у городских студентов сравнительно больше выражены конфликтные отношения с отдельными родственниками.

Взаимоотношения с одноклассниками более доброжелательны у сельских жителей (58,14%), а также в этой группе выше процент конфликтных отношений с одноклассниками по сравнению с городскими студентами (22%), у городских жителей чаще – формальные отношения (21%).

Т. о., выявлены различия между учащимися из города и сельской местности по социально-демографическим показателям, особенностям воспитания и взаимоотношений. По ряду параметров они ярко выражены и социально обусловлены.

Как уже говорилось ранее, важным условием формирования здоровой личности является правильное воспитание в семье [12, 13, 16, 17, 19]. При нарушении воспитания пубертатный период часто протекает с отклонениями, отмечаются трудности социальной адаптации, формируются личностные и невротические расстройства, наблюдаются депрессивные эпизоды, что подтверждается результатами проведенного исследования.

Определение уровней учебной и социальной адаптации в исследуемом материале показало различие между городскими и сельскими жителями. В целом сельские жители имеют меньшее количество случаев социальной дисадаптации (см. табл. 3).

Таблица 3.

Нарушения социальной адаптации в период обучения (в %).

	Город	Село
Умеренное снижение	17,1	15,6
Резкое снижение	0,0	0,0
Отсутствуют	82,9	84,4

Серьезные нарушения социальной адаптации в исследуемой выборке были выявлены лишь у незначительного количества испытуемых. Резкое снижение адаптации не было выявлено ни у кого, а умеренная степень дизадаптации преобладает у городских учащихся. Можно говорить о том, что среди сельских жителей социальная адаптация в целом выше, чем среди городских.

Иная картина открывается при анализе учебной адаптации в сопоставляемых группах. Оценка учебной дизадаптации показала, что этот вид дизадаптации чаще встречается у сельских учащихся (см. табл. 4).

Таблица 4.

Нарушения учебной адаптации (в %).

	Город	Село
Умеренное снижение	43,2	75,0
Резкое снижение	0,0	0,0
Отсутствуют	56,8	25,0

В целом в обеих группах преобладало умеренное снижение адаптации к учебному процессу, однако у сельских подростков нарушения адаптации отмечались чаще ($p < 0,01$).

Состояние психического здоровья всех студентов подтверждалось оценкой психиатра, все испытуемые были разделены на две группы: студенты, которые имели отклонения в психическом здоровье в виде различных расстройств пограничного спектра, и студенты, не имевшие проблем с психическим здоровьем. Выявленные расстройства: личностные (71%), аффективные (10%), невротические (16%).

Результаты исследования позволили выделить общие социальные факторы для лиц молодого возраста, влияющие на возникновение личностных, аффективных и невротических расстройств: неправильная стратегия воспитания, наличие учебной и социальной дизадаптации.

Выводы.

1. У сельской молодежи наблюдается ориентация на семейные формы социализации и даже в тех случаях, когда они проживают отдельно, они стремятся к созданию социальных связей, семья является для них значимой ценностью семейного типа.
2. Сельские жители более самостоятельны, эмансипированы, и это взаимосвязано со стилем взаимоотношений с родственниками и стратегией социального развития в семье.
3. Фактический стиль взаимоотношения в семье является основной причиной снижения психического здоровья у городских жителей.
4. Ориентация сельских жителей на семью, на свой социум приводит к тому, что при переходе в новую среду с ее повышенными требованиями у них ухудшается учебная адаптация.
5. Традиционный тип семьи препятствует ухудшению психического здоровья.
6. Одним из главных факторов нарушения психического здоровья является деформация семейного воспитания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский Ю.А. Социально-стрессовые расстройства // Обозрение психиатрии и мед. психологии им. Бехтерева. – 1992. – № 2. – 5-10 с.
2. Александровский Ю.А., Петраков Б.Д. Клинико-эпидемиологический анализ распространенности пограничных психических расстройств: тенденции и закономерности / 8-й Всесоюзный съезд невропатологов, психиатров и наркологов. - 1988. - Т. 3. - С. 7-9.
3. Волошин В.М. Посттравматическое стрессовое расстройство и клинически идентичные расстройства адаптации (вопросы феноменологии и дифференциации) / XIII съезд психиатров России, 10-13 октября 2000 г. (материалы съезда). – М., 2000. – С. 100-101.
4. Дмитриева Т.Б. Психическое здоровье требует глобального подхода. // Медицинское обозрение. - 1997. - № 11. - С. 8-9.
5. Красик Е.Д., Положий Б.С., Крюков Е.А. Организация психогигиенической помощи студентам // VII Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров. - М., 1981. - Т. 1. - С. 121-122.
6. Положий Б.С. Психические расстройства, связанные с социальным стрессом: новая проблема российской психиатрии // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. - 1996. - № 2. - С. 15-17.
7. Психокоррекционная и развивающая работа с детьми: Учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений / И.В. Дубровина, А.Д. Андреева, Е.Е. Данилова, Т.В. Вохмянина / Под ред. И.В. Дубровиной. – М.: Издательский центр «Академия», 1998. - 160 с.
8. Семке В.Я., Красик Е.Д. Медицинская психология и проблемы профилактики нервно-психических расстройств / Медико-психологические аспекты адаптации и охраны психического здоровья населения Сибири. - Томск, 1986. - С. 2-3.
9. Семке В.Я., Положий Б.С. Пограничные состояния и психическое здоровье. - Томск, 1990. - 208 с.
10. Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста / Под ред. С.Ю. Циркина. - М.: Питер, 2004. - 896 с.
11. Уваров И.А. Клинико-социальные и этнокультуральные особенности психических расстройств у подростков Удмуртии /Дисс. канд. мед. наук. - М., 2004. - 103 с.
12. Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства. - М.: Медицина, 1987. - 304с.
13. Чудновский В.Э. Психологические составляющие оптимального смысла жизни // Вопросы психологии. - 2003. - № 3. - С. 3-14.
14. Чуркин А.А. Пограничные психические расстройства (клинико-эпидемиологические и организационные аспекты) /Автореф. дисс... док. мед. наук. - Л., 1989. - 45 с.
15. Чуркин А.А., Михайлов В.М., Касимова Л.Н. Психическое здоровье городского населения. - Москва-Хабаровск, 2000. – 376 с.
16. Щепаньский Я. Семья как фактор общественного развития // Социологические исследования. - 1977. - № 2.
17. Фельдштйн Д.И. Структурно-содержательные характеристики процесса развития личности. - М.: Изд-во «Флинта», 2004. – 672 с.
18. Remschmidt H., Herpertz-Dahlmann B. Sind Kinder und Jugend-

psychiatrischer Erkrankungen versuchen psychiatrischen Erkrankungen des Erwachsenenalters? // Fortschritt. Neurolog. Psychiatrie, 1989, Bd. 57, N 1, S. 281-298.

19. Remsclmdt H., Walter R., Karpert K. u. a. Evaluation der Versorgung psychisch auffälliger und kranken Kinder und Jugendlicher in drei Landkreisen // Nervenarzt, 1990, Bd. 61.

20. Jenkins R., Lewis G., Bebbington P., et al. The National Psychiatric Morbidity surveys of Great Britain - initial findings from the household survey // Psychol. Med. -1997, Jul; - N 27, Vol. 4. - P.775-789.

М.Ю. Городнова

ПРОБЛЕМЫ ВОСПИТАНИЯ В СЕМЬЯХ БОЛЬНЫХ НАРКОМАНИЕЙ

Кафедра детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования (Санкт-Петербург).

Исследование особенностей воспитания в семьях наркозависимых – одна из важных задач в системе лечения и реабилитацией данной категории больных. Традиционно основное внимание направлено на родительскую семью наркозависимого, т. к. именно в ней формируется и поддерживается зависимое поведение. В последние годы в связи с развитием эпидемии наркомании в нашей стране особую актуальность приобретает изучение воспитания детей, рожденных от наркозависимых отцов и матерей. Широко исследуемая за рубежом, в России эта проблема остается мало изученной. Этому способствует присутствующая в обществе стигматизация пациентов, страдающих наркоманией, ведущая к нежеланию раскрывать статус заболевания родителей, дети которых требуют психологической или психиатрической помощи.

В рамках реализации российско-французского проекта Каритас (Франция) – СПб РОО «Возвращение» по созданию инфекционного модуля в наркологическом стационаре для пациентов с ВИЧ/СПИДом [1] нами было проведено с помощью структурированного интервью исследование медико-социального статуса пациентов проекта. Всего в опросе приняли участие 100 участников программы «Терапия» – пациенты мужского отделения наркологического стационара (СПб ГУЗ «Городская наркологическая больница», главный врач Константинов Д.П.).

Получены следующие результаты:

1. Средний возраст пациента - 26,5 лет (от 20 до 34 лет).
2. Стаж потребления психоактивных веществ (ПАВ) - 11,9 лет, из них инъекционных наркотиков - 10,2 лет.
3. Привлечение к уголовной ответственности в анамнезе у 83% пациентов.
4. Все инфицированы вирусными гепатитами (100%).
5. Средний срок выявления ВИЧ-инфекции 2003 г. Предположительный средний срок инфицирования 2001-2002 гг.
6. Состояли на диспансерном учете в центре СПИДа – 34,5% пациентов.
7. Распределение больных по стадиям заболевания ВИЧ-инфекцией по классификации В.В. Покровского: 3ст – 77%, 4А ст.- 16 %, 4Б ст.- 7%.
8. На момент госпитализации получали высокоактивную антивирусную

ретротерапию (ВАРТ) - 4% пациентов.

9. Участники реабилитационных программ в прошлом - 15% пациентов. Эта цифра указывает на приверженность (мотивацию) к реабилитации.

10. Первичная госпитализация в стационар лишь в 5% случаев. Повторные госпитализации от 2 до 30 раз.

11. Семейное положение - 21% женатых пациентов.

12. Проживают в родительских семьях - 72% пациентов.

13. У 30% пациентов имеются 1 и более детей в возрасте от 0 до 12 лет. При этом 53% пациентов состоят в браке, а в 25% случаев их жены являются наркозависимыми.

На учете в амбулаторно-наркологических отделениях города на 01.10.2007 г. состояли 9604 больных наркоманией. Учитывая полученные данные, можно предположить, что число детей, рожденных от больных наркоманией, состоящих на диспансерном наблюдении в Петербурге, в настоящее время достигает порядка 2900 человек. И это лишь данные, полученные при использовании официальной статистики.

Для изучения проблем, стоящих перед больными наркоманией с ВИЧ/СПИДом, было использовано анонимное анкетирование. Из психологических проблем на втором месте по важности пациенты называют семейные проблемы: отношения с родителями, с партнером, близкими родственниками. Однако в последнее время все чаще возникают вопросы о воспитании настоящего или будущего ребенка.

Среди наших пациентов, имеющих детей, участие в их воспитании отметили 30% женатых и 15% неженатых пациентов. В целом только 25% опрошенных считают, что принимают участие в воспитании своих детей. Качественная сторона взаимодействия с детьми подробно не исследовалась, однако обращают на себя внимание высказывания отцов только о материальной поддержке сына или дочери, о возложении ответственности за воспитание на жену или прародителей. Так, отвечая на вопрос «Кто занимается воспитанием вашего ребенка?», 40% респондентов заявляют о воспитании прародителями, 30% - женой, 20% - о совместном воспитании, а 10% - о воспитании своего ребенка в детском доме или о его неизвестной судьбе.

При обсуждении вопросов о родительской семье в ходе групповой психотерапии предъявленные ассоциации указывают на деструктивные паттерны семейного взаимодействия («скандалы», «измена», «лень», «игнорирование» потребностей другого, «отвержение», «развод», «обида», «вина»). В то же время именно с прародительской семьей пациенты связывают надежды на выздоровление и получение поддержки («понимание», «забота», «надежда», «радость»). В будущем преобладающее число пациентов предполагает обязательное создание своей собственной семьи и рождение детей – 81% (анализ домашних заданий по теме «Мое будущее»). Рождение ребенка для многих пациентов ассоциируется с чувствами радости, восторга, собственного величия, уверенности в себе и своем будущем. О необходимости заботы, ответственности перед детьми заявляют 90% лиц.

Принимая во внимание, что стиль семейного воспитания транслируется из поколения в поколение, нами было проведено небольшое по объему исследование оценки стиля собственного воспитания своими родителями у на-

ших пациентов. Анализ 20 бланков для ответов опросника «Анализ семейных взаимоотношений» (АСВ) Э.Г. Эйдемиллера, В. Юстицкиса [2], заполненных пациентами от имени собственных родителей, обнаружил следующее.

- 2 пациента заполнили опросники от имени отца, остальные от имени матери (при инструкции пол родителей специально не оговаривался);
- Отсутствие гармоничного семейного воспитания в семье обнаружено в 100% случаев;
- 12 пациентов (60%) отметили гиперпротекцию со стороны родителей, 5 пациентов (25%) - гипопротекцию;
- 12 пациентов (60%) - потворствование в воспитании, 3 (15%) - игнорирование потребностей ребенка;
- 7 пациентов (35%) указали на низкий уровень требований со стороны родителей, а 20 (100%) - на низкий уровень запретов;
- 10 (50%) пациентов отметили низкий уровень санкций, 4 (20%) - их чрезмерность, причем 2 пациента из 4-х указали на непоследовательность воспитания, отмечая как чрезмерность, так и минимальность наказаний;
- 9 пациентов (45%) отметили, что родители предпочитали у них детские качества;
- 4 пациента (20%) указали на расширение сферы родительских чувств родителей;
- 13 пациентов (65%) - на воспитательную неуверенность у их родителей;
- 10 пациентов (50%) считают, что родители испытывали фобию их утраты, столько же отметили проекцию на подростка собственных нежелательных качеств;
- 10 пациентов (50%) отметили предпочтение женских качеств, присущее стилю воспитания их родителей.

Т. о., полученные данные в целом согласуются с литературными и собственными исследованиями стиля воспитания в семьях больных с наркозависимостью. В своем диссертационном исследовании в 2004 г. мы показали, что для стиля воспитания матерями наркозависимых подростков характерны: гиперпротекция ($p < 0,01$), низкий уровень запретов ($p < 0,01$), воспитательная неуверенность ($p < 0,05$), проекция на ребенка собственных нежелательных качеств ($p < 0,05$). Отцы достоверно выше в показателях гипопротекции ($p < 0,05$), демонстрируют низкий уровень требований ($p < 0,05$), запретов ($p < 0,01$), проецируют на ребенка собственные нежелательные качества ($p < 0,05$). Полученные настоящие наблюдения указывают на преобладающий стиль семейного воспитания по типу потворствующей гиперпротекции и эмоционального отвержения. Молодые люди оценивают стиль своего воспитания как более деструктивный, нежели его представляли сами родители.

Обращает на себя внимание факт преобладания женского воспитания в семьях наркозависимых мужчин, при этом отмечен высокий процент предпочтения женских качеств матерями при воспитании сыновей. Кроме того, анализируя ответы на вопросы опросника АСВ, мы обратили внимание на следующие факты:

- положительные ответы на вопрос № 104 «Когда мой сын был ма-

леньким, он очень любил спать со мной» дали 18 (90%) пациентов,

- на вопрос № 92 «Если бы мой сын не был моим сыном, а я была бы помоложе, то наверняка в него влюбилась» - 13 (65%) пациентов,
- на вопрос № 32 «Мы с сыном понимаем друг друга лучше, чем мы с мужем» 12 (60%) пациентов,
- 10 (50%) пациентов положительно ответили на вопрос № 122 «Кроме моего сына мне больше никто на свете не нужен».

Заметим вновь, что за матерей отвечали их взрослые сыновья. Не может ли данный факт указывать не только на существующие симбиотические отношения в семье наркозависимых, на нарушение супружеской семейной подсистемы, но и на скрытые инцестуозные отношения между матерью и сыном?! Это может быть фактором становления деструктивного зависимого поведения и в тоже время поддерживать актуальную наркотизацию. Кроме того, по механизму патологизирующего семейного наследования данный паттерн поведения может транслироваться и усиливаться в отношении следующего поколения – детей наркозависимых.

Сравнивая опыт воспитания своих родителей («как меня воспитывали») и свои представления о воспитании собственных детей, настоящие и потенциальные отцы считают, что необходимо во взаимодействии с ребенком «больше говорить с ним», «интересоваться и контролировать круг его общения», «вместе проводить время», «иметь общие интересы», «формировать его интересы». Наибольшее опасение вызывает возможность повторения зависимого поведения у детей, хотя эти опасения у части пациентов носят скрытый, неосознаваемый характер и проявляются как категорическое отрицание возможности употребления наркотиков их детьми.

Неуверенность в себе как в воспитателе демонстрируют преимущественно настоящие отцы. Они заявляют, что не знают, как правильно взаимодействовать с сыном или дочерью, боятся ошибиться, сделать что-либо во вред, не умеют договариваться с партнером по вопросам воспитания. Кроме того, они часто критикуют стиль настоящих воспитателей их детей. Центральной проблемой выступает проблема контроля в воспитании, что соответствует ключевой проблеме зависимого поведения в целом. Как, сколько, когда, где, кто и что нуждается в контроле, - вот те вопросы, которые задают себе будущие и настоящие отцы.

В конечном итоге, свою собственную семью больные воспринимают как важный ресурс становления трезвости, связывают с ней свои надежды на признание, уважение, любовь, радость, счастье, поддержку, а рождение ребенка рассматривают как этап взросления и цель своей дальнейшей жизни.

Исследование влияния материнства на течение заболевания наркоманией у зависимых женщин является приоритетной проблемой специалистов в области наркологии. Так, проблема влияния беременности у ВИЧ-инфицированной наркозависимой женщины на ее трезвость остается спорной: Считают это время и периодом повышения мотивации отказа от наркотиков и напротив, указывается на усиление аддикции под влиянием физиологических изменений, трудностей, социально-психологических факторов, семейных конфликтов, свойственных периоду беременности.

Наши собственные наблюдения опираются в основном на эмпирические

данные, полученные в ходе проведения групповой и индивидуальной психотерапии с пациентками, проходящими восстановительное лечение в наркологическом стационаре. Мы проанализировали содержательную характеристику 40 сеансов групповой психотерапии в гетерогенной открытой группе пациентов с наркозависимостью. Из 40 занятий 5 групповых сеансов были ориентированы на общую тему, 4 посвящены актуальной ситуации в группе, 31 занятие - заявленной актуальной проблеме протагониста, касающейся внутрисемейного взаимодействия и отношений с партнером. Среди протагонистов 14 были женщины, при этом 8 ситуаций касались проблем в родительской семье, а 6 - отношений с партнером. У 8 протагонисток имелись дети, и отношения с ними всегда были актуальными при обсуждении заявленной проблемы. Принимали участие в воспитании своих детей лишь 2 пациентки. Одна была лишена родительских прав, трое возложили ответственность в воспитании на своих матерей, двух детей воспитывали мужья и их родители. Все пациентки формально заявляли о ресурсном значении их материнства для выздоровления, однако 4 признали, что ничего не чувствовали к детям, когда те были рядом, а порой те мешали им вести их образ жизни. Обращает на себя внимание тот факт, что в 6-и рассмотренных в групповой психотерапии ситуациях дети выступали предметом манипулирования во взаимоотношениях, при этом с отцом ребенка - в 1 случае и в 5 случаях - во взаимоотношениях с матерью.

При обсуждении проблемы воспитания собственных детей все пациентки боятся их будущей наркотизации. Лишь одна заявила, что ее собственное воспитание является примером для воспитания ее дочери. Все другие говорили, что не хотели бы повторять «ошибки собственных родителей»: пренебрежения интересами ребенка, «излишней строгости до определенного времени и абсолютной свободы после», грубости и физического наказания, безразличия к проблемам, «бесполезных нравоучений». В будущем, в своей трезвости, пациентки мечтают чаще быть с ребенком, играть с ним и заниматься, помогать в выполнении домашних заданий. Однако, испытывая страх перед возможными ошибками в воспитании, пациентки не склонны к изменению стиля воспитания своего настоящего или будущего ребенка.

Данный факт мы расцениваем как несформировавшуюся потребность и проявление личностной незрелости пациенток, а также как особенность данного этапа становления трезвости. Мы считаем, что при дальнейшем лечении и реабилитации, на новом витке психотерапевтического вмешательства, данная проблема станет актуальной и будет выступать как психотерапевтическая мишень.

Мы также обнаружили, что рассматриваемые в групповой терапии значимые проблемные ситуации в родительской семье в основном касаются взаимодействия пациентки с матерью, а отношения с отцом остаются на периферии. Можно предположить, что отношения с матерью не только являются ключевыми в дисфункциональном взаимодействии в родительской семье, но также во многом определяют взаимодействие пациентки с ее ребенком, что прямо влияет на стиль его воспитания и, в конечном итоге, на становление его личности.

Приведенные данные являются предварительными и нуждаются в дальнейшем исследовании. Однако можно сделать следующие выводы:

1. Собственная семья и дети, как настоящие, так и будущие, - важный ресурс в становлении стойкой ремиссии у больных наркоманией.

2. Дети наркозависимых ВИЧ-инфицированных мужчин и женщин воспитываются преимущественно в прародительских семьях.

3. Для наркозависимых мужчин и женщин характерна неуверенность в выполнении родительской роли.

4. Стиль материнского воспитания и отношения с матерью определяют не только формирование и поддержание зависимого поведения, но также стиль собственного семейного воспитания у больных наркоманией.

5. Особенностью семейного воспитания матерями, по мнению наркозависимых сыновей, выступает предпочтение матерями у них (сыновей) женских качеств; можно также предположить возможность скрытых инцестуозных отношений.

6. Семейная психотерапия, являясь необходимым компонентом комплексной программы восстановительного лечения и реабилитации больных наркоманией, выступает не только залогом эффективного становления их ремиссии, но и обеспечивает профилактику дисгармоничного воспитания настоящих и будущих детей наркозависимых.

7. Программы восстановительного лечения и реабилитации наркозависимых должны включать в себя направления по формированию родительской компетенции для настоящих и потенциальных отцов и матерей.

8. Следует ожидать рост социального сиротства детей ВИЧ-инфицированных больных наркоманией в связи с утяжелением течения их заболевания и летального исхода при невозможности приема ВААРТ.

9. Необходимы программы профилактики по сохранению психического здоровья детей наркозависимых, воспитывающихся в прародительских семьях, что может также способствовать привлечению родителей наркоманов в программы восстановительного лечения и реабилитации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Региональная общественная организация «Возвращение» Проект «Создание референс-центра по формированию приверженности и паллиативной помощи при ВИЧ/СПИДе, 2007. – С. 24-33.

2. Эйдемиллер Э.Г., Юстицис В. Психология и психотерапия семьи. 4-е изд. – СПб.: Питер, 2008. – 672 с.

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

Е.Н. Котышева

ПСИХОКОРРЕКЦИЯ СРЕДСТВАМИ МУЗЫКИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРА СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ

**Центр социальной помощи семье и детям (с социальной гостиницей)
(Омск).**

В современной литературе нет устоявшегося термина для обозначения детей, имеющих дефекты развития. В одних случаях употребляется термин «дети со специальными проблемами», в других - «дети с недостатками в развитии»; а в третьих - «аномальные дети». На наш взгляд, в сравнении с другими, наиболее емкое и корректное понятие - «дети с ограниченными возможностями здоровья». Входящее в него слово «здоровье» определяет специфику внутренней и внешней активности ребенка в конкретных социальных условиях. У детей, имеющих те или иные отклонения в развитии, в зависимости от состояния здоровья названные виды активности ограничиваются, и ребенок начинает испытывать затруднения в выполнении тех или иных жизненно необходимых функций [1].

Численность детей с ограниченными возможностями здоровья на территории г. Омска и Омской области на 1 января 2008 г. составила 8401 человек. По сравнению с прошедшим годом этот показатель (субъективный по ряду причин) уменьшился на 8 % и в настоящее время находится на самом низком уровне за последние пять лет, но дальнейший прогноз относительно детской инвалидности в Омском регионе остается неясным. Увеличение общей численности детей с ограниченными возможностями здоровья в целом по России (1,8% детского населения), превалирование в структуре инвалидности категории детей с выраженными нарушениями функций и значительными ограничениями деятельности, повышение уровня инвалидизации в дошкольном возрасте требуют совершенствования системы оказания социальной помощи данной категории детей.

Социально-реабилитационная деятельность - сравнительно новая, развивающаяся и перспективная область профессиональной деятельности, возникающая как одно из направлений в системе комплексной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья. Основная ее задача - обеспечить подготовку таких детей к полноценной жизни в обществе. В связи с этим в 2002 г. на базе ГУ Омской области «Центр социальной помощи семье и детям (с социальной гостиницей)» было открыто Отделение реабилитации несовершеннолетних с ограниченными физическими и умственными возможностями (ОРНОФиУВ), куда обращаются родители с детьми-инвалидами в возрасте от 3 до 18 лет, все чаще – это дети со сложными или сочетанными дефектами развития. Как правило, ребята никогда не посещали дошкольные и школьные образовательные учреждения (84% детей), либо были выведены из их состава по причине «необучаемости» или деструктивного поведения

(16%). В процессе получения комплексной психолого-педагогической помощи большинство детей ОРНОФиУВ посещает занятия групповой музыкальной терапии.

В последние годы заметно вырос интерес специалистов к механизму воздействия музыки на ребенка с ограниченными возможностями здоровья. Современная специальная психология и педагогика в значительной степени ориентированы на использование в коррекционной работе музыкотерапии как важного средства воспитания гармоничной личности ребенка с отклонениями в развитии. Существует множество различных подходов, направленных на реабилитацию детей с ограниченными возможностями здоровья посредством музыкотерапии [2].

Мы рассматриваем музыкотерапию как один из видов арттерапии; как контролируемое использование музыки в реабилитации детей, страдающих от соматических и психических заболеваний; как совокупность методик, построенных на применении разных видов искусства. Нам близок подход к музыкальной терапии в лечебной педагогике: чтобы достичь глубокого влияния музыки на организм, больной должен сам активно действовать (петь, играть на музыкальном инструменте, воплощать музыку в движениях). Сущность музыкотерапии мы видим в способности вызывать у ребенка с проблемами положительные эмоции, которые оказывают лечебное воздействие на психосоматические и психоэмоциональные процессы, мобилизуют резервные силы ребенка. Мы разделяем мнение А. Маслоу, что влияние музыки может быть плодотворным при организации ситуаций спонтанного, свободного выражения ребенком своих эмоций. Только в этом случае музыка может превратиться в «разновидность терапии и роста, поскольку она дает возможность проявиться более глубоким слоям психики, что позволяет их поощрять, укреплять, тренировать и воспитывать» [3, с. 102].

За время работы ОРНОФиУВ сформировались постоянные музыкотерапевтические группы (по 6-10 человек), в которые подбираются дети с учетом их индивидуальных особенностей, возраста, характера патологии и предшествующего опыта занятий музыкотерапией. До объединения детей в группу каждый ребенок проходит этап комплексной диагностики для выяснения уровня развития его познавательных процессов, общей и мелкой моторики, эмоционально-волевой сферы, коммуникационных возможностей, а дети с нарушениями общения - этап индивидуальных занятий со специалистами Центра.

На данный момент функционируют 5 групп музыкотерапии: 3 группы детей с нарушениями общения (аутизмом и близкими к нему состояниями – 47%) в возрасте от 4 до 13 лет, а также 2 разновозрастные группы для детей с умственной отсталостью (21%), задержкой психоречевого развития (11%), детским церебральным параличом (19%), нарушениями зрения (2%) и др.. Вновь поступившие дети вводятся пробно для выяснения их социальной адаптации, психологической совместимости.

Мы осознаем важность и эффективность индивидуальных занятий, но групповые формы занятий музыкотерапии в условиях Центра социальной помощи имеют ряд преимуществ:

- возможность оказать психокоррекционную помощь наибольшему количеству детей;

- преодоление последствий длительной социальной депривации детей, приобретение ими коммуникативных навыков;
- развитие волевых усилий («Подожди свою очередь»);
- феномен «эмоционального заражения»;
- приобретение навыков по подражанию сверстникам происходит в более короткие сроки;
- возможно использовать наибольшее количество различных упражнений как на гармонизацию эмоциональной сферы отдельного ребенка, так и на гармонизацию межличностных взаимодействий в группе.

Для организации и проведения эффективных занятий музыкотерапии в условиях Центра социальной помощи ни одна из существующих методик в полном объеме не подходила. В связи с необходимостью проведения занятий музыкотерапии в группах, неоднородных как по возрастному составу детей, так и по структуре и тяжести дефекта, автором была разработана и апробирована Программа групповой музыкотерапии для детей с ограниченными возможностями здоровья «Мы друг другу рады!». В основу программы были положены идеи, принципы организации и проведения занятий зарубежными и отечественными музыкальными педагогами, успешно работающими с детьми-инвалидами. Также была использована универсальная концепция элементарного музицирования и включен музыкальный материал с международных музыкально-педагогических конференций, организованных Обществом Карла Орфа (Австрия). Оказалось полезным и знакомство с опытом работы ведущих реабилитационных учреждений России.

Программа рассчитана на 2 года, но некоторые дети посещают группы по 3–4 года, т. е. для них музыка оказывается сверхценным интересом и единственно возможной для них «линией связи» с окружающим миром.

На занятиях музыкотерапией мы не ставим себе целью развитие собственно музыкальных способностей или овладение навыками музыкально-практической деятельности. Основные элементы занятий направлены на решение значимых для жизни ребенка проблем: развитие познавательных процессов, моторики, эмоционально-волевой и личностной сфер, стимулирование речевой деятельности.

Для достижения оптимальных результатов групповых занятий музыкотерапии целесообразно строить их в соответствии с календарно-тематическим планированием, равномерно распределяя психофизическую нагрузку, и проводить по следующей схеме:

1. Приветствие;

Обязательный ритуал на протяжении всего курса (вариативно здороваемся, называем имя, используя ударные музыкальные инструменты). Является «пусковым механизмом» занятия, концентрирует внимание детей, стимулирует речевую деятельность, формирует готовность к общению, дает этикетные модели невербального поведения.

2. «Свободное движение»;

Различные виды перестроения в процессе движения по залу. Формирует легкость вступления в контакт; развивает умение ориентироваться в игровом пространстве, согласовывать свои движения, не сталкиваясь с другими участниками; «будим тело».

3. Ритмическая разминка;

Проходит по-разному: от сюжетного музыкально-ритмического комплекса (в группах детей, готовящихся к школе) до развернутого логоритмического комплекса (в группах для аутичных детей). Развивает организованность, владение навыками ритмичного и координированного движения, координирование вокально-речевой интонации с движением.

4. Упражнения для развития мелкой моторики, упражнения для развития речевых и мимических движений;

Пальчиковые игры без предметов и с предметами (клавесы) направлены на развитие тонких движений пальцев рук, психических процессов (речи, внимания, памяти, воображения). Артикуляционные упражнения направлены также на стимуляцию речевой деятельности, на развитие умения через движение и интонацию выражать свои эмоции, изображать героев в мимике.

5. Пение;

1 песня - с движением и 1 песня – с атрибутами (платочки, колечки и т.п.) или музыкальными инструментами (ложки, колокольчики, погремушки и др.) не разучиваются, а проходят ряд этапов, которые дети осваивают в удобном индивидуальном для каждого темпе. На этапе «удивления» идет показ-исполнение песни педагогом; на этапе «присоединения» дети следуют за педагогом, повторяя за ним отдельные слова или движения; на этапе «исполнения» дети вместе с педагогом поют песню и, по возможности, одновременно исполняют движения. Такое пение развивает дыхание, речь; учит формам выражения невербальных контрастных эмоциональных состояний; развивает умение переключаться в различные эмоциональные состояния, используя выразительные движения, интонации, темброво-шумовые эффекты,

6. Слушание музыки и игра на детских музыкальных инструментах;

Слушание всегда проходит вместе с игрой на музыкальных инструментах (шумовых, ударных, струнных, духовых, инструментах Карла Орфа). Сначала происходит знакомство с различными музыкальными инструментами (от простых – к сложным по технике звукоизвлечения), в процессе которого идет обогащение общих представлений, ознакомление со звуковыми свойствами инструментов, устанавливается связь между качеством их звучания и материалом, из которого они изготовлены. Затем исполняется музыкальное произведение (как правило, мелодии народных песен и танцев), и дети должны в соответствии с музыкой начинать и заканчивать игру на инструментах, учитывая темп, ритм и динамику произведения.

7. Танцы, хороводы;

Исполняются, стоя в кругу. Музыка подбирается яркая, выразительная, сюжет и движения танца максимально приближены к теме занятия и доступны пониманию детей, отражая их опыт. Этапы овладения соответствуют разделу «Пение». Танцы вырабатывают навыки ритмичного и координированного движения; умения двигаться по кругу вместе и по одному, начинать и заканчивать движение со звучанием музыки, двигаться в соответствии с музыкальным темпом, выполнять несложные движения рук и ног, приседания, подскоки, шаги, пластически имитировать образы живой и неживой природы; умение переходить от состояния возбуждения к расслаблению (и обратно).

8. Подвижные игры;

Включаются в структуру занятия вариативно, по мере необходимости регуляции у детей процессов возбуждения и торможения, для создания дополнительной мотивации, состояния эмоционального подъема, а также используется как естественное продолжение одного из этапов занятия, либо для перехода от одного этапа к другому.

9. Прощание.

Обязательный ритуал, аналогичен разделу «Приветствие».

Особая специфика занятий состоит в следующем:

- занятия проводятся 2 раза в неделю по 30–40 мин. (в зависимости от группы);

- структура проведения занятий различна в группах для аутичных детей и детей с другими заболеваниями (умственная отсталость, ДЦП, синдром Дауна и др.);

- при необходимости присутствуют родители (помощь в передвижении по залу для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, со сложностями ориентировки в пространстве, выполнение задания вместе с ребенком - «рука-в-руке», при предшествующей длительной социальной депривации; знакомство с новым музыкальным материалом; освоение приемов взаимодействия с ребенком; наблюдение за динамикой его развития;

- один и тот же музыкальный материал используется многократно, чтобы дети в своем индивидуальном темпе смогли его усвоить и постепенно начали присоединяться к исполнению произведения педагогом;

- музыкальный материал частично дублируется в разных группах для преемственности. В процессе занятий некоторые дети значительно продвигаются в своем развитии, либо начинают вести себя деструктивно, в связи с чем возникает необходимость перевести их в другие группы. В этом случае детям легче вливаться в новую группу, зная музыкальный материал.

- на занятии создается безоценочная атмосфера особо доверительных отношений, где возможно быть принятым окружающими без всяких условий.

Предлагаем один из возможных вариантов занятий, основная задача которого - научить детей работать в группе, выполнять единое действие, общаться друг с другом и со взрослыми.

Приветствие: педагог, присаживаясь на корточки возле каждого ребенка, поет, отбивая ритм на бубне или другом ударном инструменте: «Здравствуйте, меня зовут Лена. А тебя?». Дети отвечают аналогично, ударяя по бубну. Если ребенок молчит, взрослый берет его руку и, ударяя по бубну, здоровается от его имени.

Завершив ритуал приветствия, дети берут друг друга за руки и двигаются под музыку «змейкой» между разложенными на полу разноцветными кольцами (возможны любые препятствия: предметы, стулья). Педагог напоминает правила игры: во время звучания музыки «змейка» движется по залу в любом направлении, «ищет новые дорожки», но как только музыка смолкнет, движение прекращается. На каждого ребенка вначале приходился один взрослый, в дальнейшем количество взрослых, принимающих участие в этом упражнении, уменьшается, а дети выстраиваются, держа друг друга за руки. Взрослые находятся только по краям («голова» и «хвост»).

После движения «змейкой» дети встают в хоровод и выполняют лого-

ритмическую разминку («будят тело»).

Затем все садятся в круг. С этого момента начинается работа по стимуляции речи. Активно используется пальчиковая гимнастика с проговариванием стихов [5], с включением различных предметов.

Далее музыкотерапевт начинает напевать песни под фортепиано или аудиозаписи (неизменной любовью детей пользуются песни из программы Т.Н. Сауко и А.И. Бурениной [4], сопровождая их движениями. Взрослые на протяжении всего занятия поют вместе с детьми, сидят у них за спиной, помогая выполнять движения.

После пения начинается совместная игра на музыкальных инструментах. Для исполнения берутся мелодии, звучащие из занятия в занятие, хорошо знакомые детям (в основном народные песни и танцы). Дети с первых занятий проявляют живой интерес к многообразию ярких и необычных орф-инструментов (методы Орф-педагогике, музыкальные материалы, привезенные автором с международных музыкально-педагогических конференций, активно используются на всех занятиях и дают потрясающий результат).

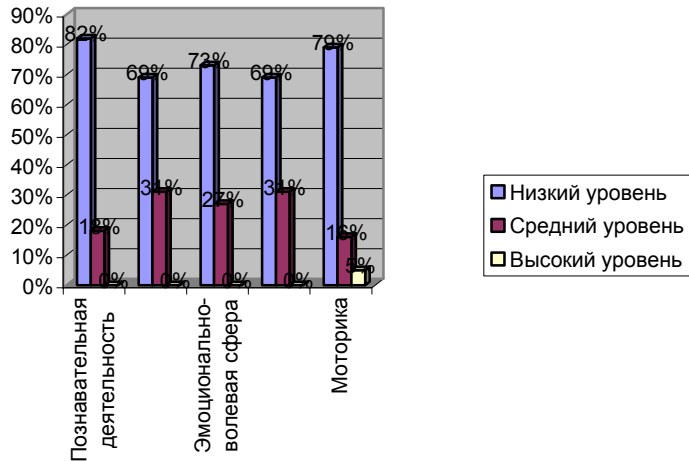
В конце занятия – традиционный хоровод, который также сопровождается пением. Заканчивается занятие прощанием. Дети садятся на места, педагог берет бубен и вступает с ними в диалог: «До свидания, Алеша!», дети отвечают: «До свидания!».

За время занятий дети постепенно учатся самостоятельно выполнять несложные движения под музыку, у них появляется песенный репертуар, который можно расширять дальше. Дети могут не только пассивно слушать музыку (что мы используем крайне редко), но и создавать ее – петь, танцевать, играть на музыкальных инструментах. Но самое главное – то, что они хотят и взаимодействуют друг с другом и с окружающими их взрослыми.

Например, Даша С. (4 года, ДЦП, ЗППР) была выведена из состава специализированного детского сада для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата по причине деструктивного поведения (обижала детей, бурно выражала протест: кричала, плакала, дралась), практически отсутствовала речь. Через 8 мес. посещения занятий музыкотерапии в составе группы «Развитие» девочка показала значительную положительную речевую динамику: сначала появились отдельные слова, затем фразовая речь, теперь она ведет активный диалог с педагогами, родителями и детьми. Она научилась общаться со сверстниками, стала эмоционально стабильна, терпелива, способна сосредоточиться на выполнении задания на значительное время. Заметно повысился уровень развития как крупной, так и мелкой моторики. Даша полюбила танцевать, подпевать весь песенный репертуар, старалась точно выполнять пальчиковые упражнения. Самое интересное наблюдение: девочка стала ласковой и внимательной к детям, старалась им помочь справиться с заданиями, манипулируя их руками, и даже активно ими руководила. Уже в течение 2 лет Даша посещает группу для детей с ЗПР в ДОУ, воспитатели и родители ее очень хвалят.

Практика работы ОРНОФиУВ подтверждает эффективность включения детей в музыкальную деятельность, в процессе которой совершенствуются их двигательные, сенсорные и речевые функции, познавательные процессы, формируются навыки общения (Рис. 1.).

**Результаты опытно-экспериментальной
деятельности на занятиях групповой
музыкотерапии на начало года**



**Результаты опытно-экспериментальной
деятельности на занятиях групповой
музыкотерапии на конец года**

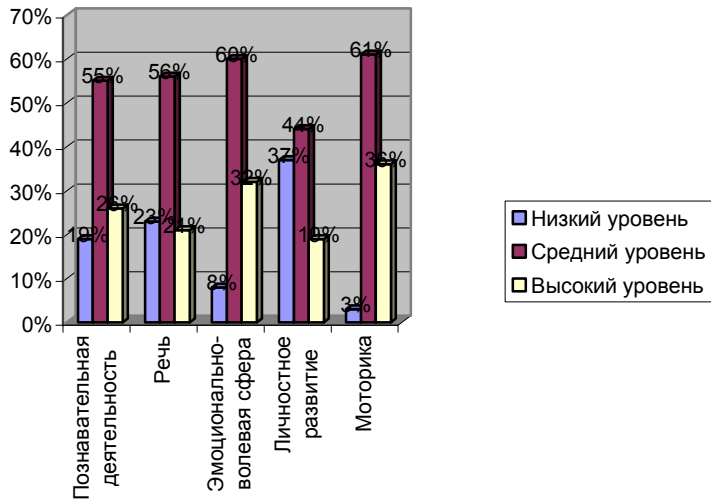


Рис. 1. Динамика опытно-экспериментальной деятельности на групповых занятиях музыкотерапии в ОРНОФиУВ за период 2003-2008 гг.

Самый значимый результат: 61% детей, посещавших занятия групповой музыкотерапии более 1 г. были приняты в дошкольные и школьные образовательные учреждения на обычную и домашнюю формы обучения (Рис. 2.).

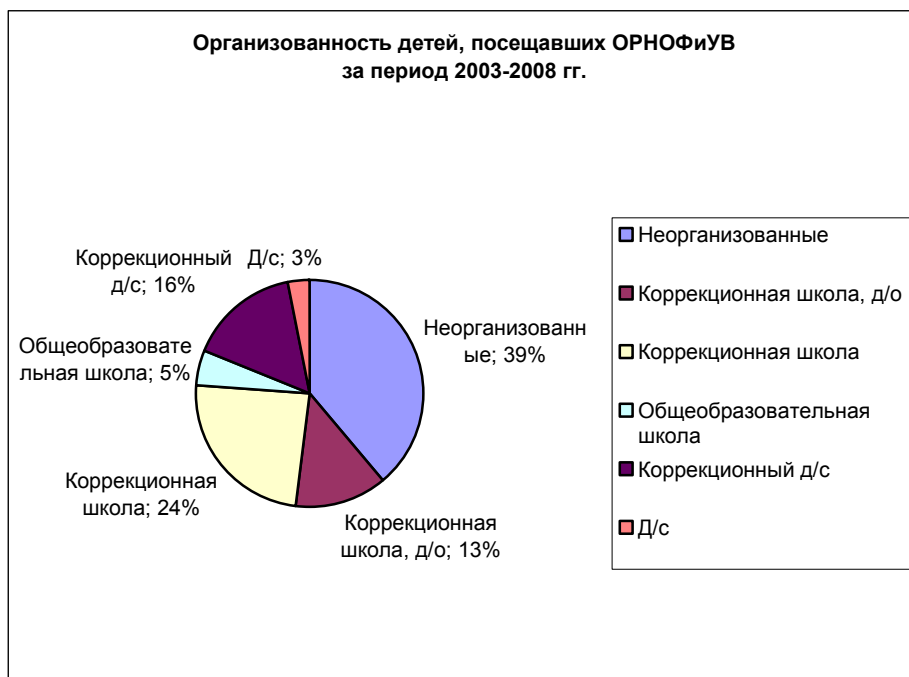


Рис. 2. Результаты распределения детей в образовательных учреждениях после прохождения курса групповой музыкотерапии.

Т. о., групповые занятия музыкотерапии в процессе реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья необходимы как способ эмоционального воздействия на ребенка с целью коррекции имеющихся физических и умственных отклонений, как способ невербальной коммуникации, а также как один из возможных способов познания мира. Групповая музыкотерапия в сочетании с другими видами коррекционной работы может быть включена в индивидуальную программу развития детей с ограниченными возможностями здоровья и с успехом использоваться в учреждениях социальной сферы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акатов Л.И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья. Психологические основы: Учебное пособие для студ. Высших учеб. Заведений. – М.: Владос-пресс, 2003. – 368 с.
2. Артпедагогика и арттерапия в специальном образовании. Учеб. для студ. сред. и высш. пед. учеб. заведений / Е.А. Медведева, И.Ю. Левченко, Л.Н. Комиссарова, Т.А. Добровольская. – М.: Академия, 2001. – 248 с.
3. Маслоу А. Новые рубежи человеческой природы. Пер. с англ. – М.: Смысл, 1999. – 425 с.
4. Сауко Т.Н., Буренина А.И. Топ-хлоп, малыши: Программа по музыкально-ритмическому воспитанию детей 2-3 лет. – СПб: Музыкальная палитра, 2001. – 120 - с.
5. В.В. Цвынтарный. Играем пальчиками и развиваем речь.- СПб.: Лань, 1997. – 32 с.

Л.О. Пережогин, Н.В. Вострокнутов
**НЕХИМИЧЕСКИЕ ЗАВИСИМОСТИ И ИХ КОРРЕКЦИЯ
В ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского Росздрава (Москва).

В статье с позиций социально-психиатрического подхода, включающего многоосевой анализ психопатологических феноменов в рамках динамических отношений социальной ситуации развития – индивидуально-личностных свойств – личностно-характерологических реакций подростка проанализированы явления зависимости от персонального компьютера, компьютерных игр и Интернета. Предложена оригинальная программа психокоррекционной помощи детям с нехимическими формами зависимости и коморбидными расстройствами.

Одними из наиболее распространенных психических расстройств детского и подросткового возраста являются расстройства поведения. В международной классификации болезней (МКБ-10) им отведен специальный раздел, внутри которого выделяются такие рубрики, как гиперкинетические расстройства (F90), расстройства поведения (F91), эмоциональные расстройства детского возраста (F93), расстройства привязанностей (F94.1 и F94.2) и др. Очевидно, что вычленение отдельных рубрик внутри этого раздела носит во многом условный характер, а сами расстройства поведения детского и подросткового возраста представляют собой континуум психопатологических состояний, являющихся следствием комплекса патологических адаптационно-компенсаторных реакций, возникающих у детей в качестве ответа на внешние и аутохтонные факторы, дезинтегрирующие процесс психического развития.

Давно известно, что подростковый и юношеский возраст представляет собой один из наиболее существенных факторов риска по развитию расстройств поведения, связанных с формированием зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) [1, 5]. В то же время лишь в последние годы получили широкое распространение формы аддиктивного поведения, не связанные с употреблением ПАВ, более того, лишённые самого химического субстрата зависимости.

С появлением и распространением в клинической практике феноменов геймерства, зависимости от персонального компьютера (ПК) и Интернета все чаще звучат высказывания о том, что собственно поведенческие составляющие зависимости, выявляемые при исследовании пациентов с ПК-зависимостью и Интернет-аддикцией, более соответствуют критериям расстройств привычек и влечений. В реальности, как подчеркивают составители и комментаторы МКБ-10, расстройства влечений (F63) – клинически более широкая диагностическая группа, чем это нашло отражение в классификации: она закономерно должна была включать в себя и употребление алкоголя, и наркотиков (F10–F19), и расстройства приема пищи (F52), и аномальное сексуальное поведение (F65), однако эти расстройства выделены в самостоятельные группы, скорее всего, в угоду традиции [4]. В случае с ПК-

зависимостью и Интернет-аддикцией таких традиций (в силу новизны явления) пока не сформировано, но главным фактором, позволяющим говорить именно о зависимости, является то, что в ряде работ авторами были выявлены у групп пользователей ПК и Интернета признаки зависимости, соответствующие критериям DSM-IV и МКБ-10 [7, 8, 9] – бесконтрольность использования, значительное стрессовое воздействие, сопряженность с финансовыми проблемами, социальные и учебные трудности, провокация симптомов, характеризующих гипоманию, хотя исследователи оперировали крайне малыми выборками и не прибегали к клиническим и экспериментально-психологическим методам. По мере роста интереса к проблеме стало ясно, что полноценное изучение феномена интернет-аддикции невозможно провести иначе, чем с применением Интернета в качестве инструмента исследования [6], а зависимость от ПК может быть прямым следствием информатизации обучения и быта.

Определение аддиктивной зависимости от ПК, компьютерных игр и Интернета требует четкого различия ее непатологических и патологических форм, в связи с тем, что (1) персональный компьютер стал в настоящее время электронным средством, вошедшим в семейный быт и ребенок не может быть исключен из этого средового информационного поля даже при формировании зависимых отношений; (2) преподавание информатики сегодня входит в программу общего образования, и в рамках этих требований ребенок должен приобретать навыки работы на ПК, следовательно, систематически работать на нем; (3) при пристрастии к компьютерным играм необходимость включения занятий на компьютере в реальную учебу ребенка таким образом определяет цели психокоррекционной работы, что занятия на ПК не могут быть заменены каким-либо другим, сублимирующим видом деятельности.

В психологическом плане аддикция начинается там, где возникает замещение удовлетворения реальных потребностей новой, сверхценной потребностью в аддиктивном агенте. Следовательно, аддикция определяется через поведение как систематическое повторение действий, сосредоточенных на узконаправленной сфере деятельности при игнорировании ведущих социальных потребностей, с уходом от реальности и формированием личности зависимого типа. При этом мы можем говорить о следующих ключевых понятиях: (1) об аддиктивном агенте как средстве реализации такого сверхценного отношения и поведения; (2) об аддикте как личности, охваченной своей узконаправленной аддиктивной деятельностью; (3) об аддиктивном потенциале аддиктивного агента (в случае компьютерной зависимости - это система специфических, стереотипно повторяющихся действий в компьютерной игре на ПК, позволяющих в иллюзорно-виртуальном ключе разрешать конфликты и избегать проблем); (4) об аддиктивном потенциале индивида.

В нашем исследовании новых для психиатрической практики феноменов мы опирались на социально-психиатрический подход. Он заключается в том, что при наличии риска развития патологических расстройств следует проводить многоосевой анализ любого феномена в рамках следующих динамических отношений: **социальная ситуация развития – индивидуально-личностные свойства – личностно-характерологические реакции** или наблюдаемый социально-психологический феномен. Анализ этих отношений

мы провели в трех уровнях. На первом этапе анализировались отношения, возникающие в треугольнике: «ситуация» - «личность» - «состояния игровой охваченности». При этом выявилось, что отклонения поведения и привычного жизненного стереотипа можно было отнести к реакциям подросткового периода типа «реакций хобби-увлечений» только в 20% случаев. Эти подростки выделялись выраженной парциальностью зависимого поведения и ситуативной изменчивостью при повышении уровня контроля и общих требований со стороны значимых для ребенка взрослых. На втором уровне анализа установлено, что во всех остальных случаях ведущим фактором, определяющим устойчивость эмоционально-личностной охваченности компьютерной игрой или Интернетом, были особенности «почвы», которые выступали как определенное патологическое основание. «Патологическая почва», с одной стороны, выступала как определенные личностные особенности, а с другой – как психологические черты подростково-юношеского этапа возрастного психического развития. На третьем уровне был проведен анализ основных социально-психологических сфер, в которых проявлялись измененная в результате охваченности игровой зависимостью жизнедеятельность ребенка, а также собственно клинико-психопатологические признаки сопровождающих или коморбидных психических расстройств.

Между компьютерной игрой и ПК-зависимостью, Интернет-аддикцией, с одной стороны, и личностью подростка мы наблюдаем устойчивые параллели: сенсорности ПК соответствует образность восприятия, свойственная личности несовершеннолетнего группы риска, действенности игры – незрелость эмоциональных реакций, коммуникативность становится особенно привлекательной на фоне импульсивности и слабости «Я», сверхценность ПК-игр и Интернета становится следствием общей личностной незрелости, инфантилизма исследуемой группы подростков. Анализ совокупности психологических признаков компьютерной игры (Интернета) и индивидуально-психологических свойств личности показывает, что они конгруэнтны в следующем соотношении: компьютерная игра (Интернет) становится для вовлеченного в нее доминантной игровой деятельностью, а личность в аспекте аддиктивного потенциала представлена через характеристики личностного инфантилизма в рамках задержанного психического (личностного) развития. В случае формирования Интернет-зависимости очень важными дополнительными факторами выступают присущие Интернету свойства глобального средства коммуникации, системы доступа к информации, метаперсонифицирующие свойства, особенности сети как культурной, коммерческой и профессиональной среды [2, 3].

Большинство проблем школьного возрастного периода развития (необходимость собственной психологической территории комфорта, идентификация, страх отвержения, профессиональное самоопределение, выбор личностного сценария) удается компенсировать посредством ПК-игр и Интернет-активности. Выбор героя игры с его «судьбой», личностными особенностями, формирование коммуникативного игрового (сетевого) пространства, взаимодействие в виртуальном образе с другими игроками обладают мощным компенсаторным потенциалом для невротической личности. Наш опыт наблюдения и лечения подростков с ПК- и Интернет-зависимостями показал, что оп-

line-коммуникация обладает известным деперсонифицирующим потенциалом, дает возможность пользователю присутствовать при диалоге других, не вмешиваясь в него, оставаясь незамеченным. Коммуникация в режиме реального времени позволяет индивидууму менять роли, входя в аудиторию под разными именами и создавая различные виртуальные образы, что помогает отрабатывать коммуникационные навыки и коммуникационные стратегии. Обратной стороной этого процесса является именно фактор деперсонификации, вернее, подмены собственных идентифицирующих факторов сконструированными виртуальными.

В результате подросток с зависимостью от ПК-игр и поглощенностью «общением» on-line с друзьями по сети становится проблемным ребенком для семьи, прежде всего для озабоченных его охваченностью играми и бесцельным времяпровождением в сети родителей и родных. Для себя, в своем внутреннем плане такой подросток убежден, что проблемы зависимости для него не существует, есть реально значимые для него личностные смыслы и средства для достижения существенных игровых и жизненных целей. При этом при работе с консультантом он пассивно может обсуждать и принимать такие аргументы как: (1) нарастающую потребность во все большем времени работы на компьютере или во все более развернутых играх для достижения прежних эффектов удовлетворения; (2) изменение настроения со сниженным фоном, чувством скуки и пустоты вне игрового пространства; (3) постоянно возвращающиеся во внутреннем плане представления о динамике игры с повторяющимся желанием вновь погрузиться в ее развитие; (4) утрату интересов к семейной и школьной жизни с пренебрежением своими текущими учебными обязанностями, снижением продуктивности в учебе и прежних занятиях, например, спортивных и т. д. Все эти аргументы, как правило, подросток знает, но они не имеют для него определяющего значения.

В нашем исследовании, которое охватило 1113 посетителей сервера «Трудные дети» (www.otrok.ru) в возрасте от 7 до 83 лет, анонимно ответивших на вопросы размещенной on-line анкеты, пользователи сети сообщали о различных формах познавательной, игровой, развлекательной и даже противоправной деятельности в сети. Результаты распределились следующим образом (таблица 1). Вероятно, популярность игры связана с тем, что многие игры сочетают в своем сюжете несколько линий, позволяющих проявить созидательные, деструктивные и поисковые качества пользователя. В большинстве игр существует и система поощрений, стимулирующая геймеров к совершенствованию своего «мастерства». Еще большую возможность в реализации конкурентных отношений дают сетевые игры, рост рейтинга пользователя в которых компенсирует его нереализованные амбиции в окружающем его реальном мире. Не исключено, что геймерство – самая распространенная среди подростков форма интернет-зависимости. Преобладание этой формы обусловлено отсутствием необходимости в каких-либо навыках работы с ПК, увлекательностью многих игр и предоставляемой играми возможностью идентификации с самыми различными героями. ПК-игры значительно выигрывают по популярности даже по сравнению с приключенческой и фантастической литературой, что связано с их динамичностью и, главное, – со сложным, меняющимся по ходу действия сюжетным алгоритмом, интерактивностью сюжета.

Таблица 1.

Основные формы деятельности пользователей Интернет**

Возраст	Обмен программами	Взлом паролей	Распространение вирусов	Чтение
Младше 10 лет	-	-	-	-
11-18 лет	76 (31,4%)	29 (11,9%)	19 (7,9%)	17 (7,0%)*
19-30 лет	337 (60,0%)	58 (10,3%)	35 (6,2%)	148 (26,4%)
31-50 лет	91 (32,0%)	53 (18,7%)	41 (14,4%)	96 (33,8%)
Старше 50 лет	2 (28,7%)	1 (14,3%)	-	2 (28,7%)
Все	506 (45,5%)	141 (12,7%)	95 (8,5%)	263 (23,6%)
	Игра без денег	Игра на деньги	Скачивание музыки	Скачивание фото, видео
Младше 10 лет	18 (94,7%)	-	3 (15,8%)*	2 (10,5%)*
11-18 лет	213 (88,0%)	31 (12,8%)	193 (79,8%)	170 (70,0%)
19-30 лет	483 (86,1%)	186 (33,2%)	318 (56,7%)	407 (72,5%)
31-50 лет	163 (57,4%)	71 (25,0%)	96 (33,8%)	27 (9,5%)*
Старше 50 лет	3 (43,0%)	1 (14,3%)	2 (28,7%)	1 (14,3%)*
Все	880 (79,1%)	289 (26,0%)	612 (55,0%)	607 (54,5%)

* - достоверное ($p \leq 0,05$) отличие от среднего статистического значения

** - один респондент мог дать несколько ответов

Проводя анализ соотношения зависимости от ПК-игр и Интернета с коморбидными расстройствами, мы провели оценку следующих ведущих параметров: (1) социально-психологические признаки отклонений в ведущих и наиболее значимых для ребенка сферах жизнедеятельности: семья, школа, межличностные и внеличные социальные отношения; (2) особенности механизмов реализации этих социально-психологических отклонений через фрустрацию, конфликт, возрастной кризис в основных признаках нарушений возрастного психического развития; (3) собственные клиничко-психопатологические особенности компьютерной зависимости; (4) значимые патологические состояния, определяющие клиничко-психопатологические признаки ПК-аддикции.

Был выявлен широкий спектр социально-психологических отклонений в значимых для ребенка сферах жизнедеятельности и основных расстройств возрастного психического развития.

В сфере семьи это: (1) отклонения психопатологического характера у ро-

дителей или эмоционально-значимых для ребенка родных, включая особенности аномального родительского воспитательного воздействия, например, материнская депрессия или невротическая тревога и связанная с ней депривация, неопределенность родительских требований; (2) стрессы у родителей и стойкие внутрисемейные конфликты с вовлечением в них ребенка; (3) противопоставление родительских или семейных ценностей ценностям ребенка.

В сфере школы это: (1) академическая неуспешность и конфликты с учителями; (2) высокая частота случаев смены школы при конфликтных ситуациях; (3) непринятие соучениками; (4) экстернатное обучение.

В сфере межличностных и надличностных отношений это: (1) отвержение сверстниками; (2) предложения и давление субкультуры компьютерных игр и субкультуры on-line общения; (3) вовлеченность в виртуальную группу с принятием и разделением ее ценностей, языка, отличительных знаков.

Отмеченные отклонения реализуются через такие известные механизмы конфликтного разрешения, как фрустрационный, конфликтно-невротический, кризисный.

Среди расстройств возрастного психического развития у наблюдавшихся нами подростков определяющее значение имели (1) проявления задержанного развития с личностным инфантилизмом; (2) расстройства привязанности; (3) синдром дефицита внимания и гиперактивности, преимущественно его вариант, связанный с дефицитарностью внимания, а не гиперактивностью; (4) оппозиционно-вызывающие расстройства поведения и (5) расстройства научения, которые часто придавали своеобразную окраску особенностям парциальных нарушений интеллектуального развития, например, дислексические проблемы при хороших компьютерных навыках.

К базовым клинико-психопатологическим признакам, характеризующим их связь с формированием игровой ПК-зависимости, мы отнесли следующие особенности психического состояния аддиктивных подростков: (1) доминантное или сверхценное отношение к ПК-играм и поглощенность общением on-line с друзьями по сети; (2) избирательные изменения эмоциональности в форме восторга/восхищения/радости или недовольства/раздражения/досады/беспокойства в игровом пространстве и утрата чувств удовольствия/радости/любопытности вне игровой ситуации; (3) избирательные изменения когнитивности в виде выраженного беспокойства/волнения/интереса, связанного с работой на компьютере в процессе игры и общения, при общем снижении когнитивной мотивации в ситуациях, не связанных с игрой; признаки формирующейся алекситимии как нарушения рефлексии с бедностью эмоционально-когнитивной оценки и описания своего состояния, связанного с охваченностью игрой; (4) избирательные расстройства научения (проблемы дислексии, пространственной ориентировки, в том числе проблемы, связанные с леворукостью); (5) инфантилизм как личностная незрелость при наличии соматоэндокринных дисфункций, включая диспластичность кризового периода; (6) признаки нейроциркуляторной дистонии и астеновегетативных нарушений, включая такие соматические осложнения, как миалгии в отдельных мышцах, расстройства ритма «сон-бодрствование». В дополнение к вышеперечисленному можно указать и основные признаки интернет-зависимости: (1) чрезмерное, немотивированное злоупотребление временем работы в сети, не

обусловленное профессиональной (учебной), научной или иной созидательной деятельностью, (2) использование средств Интернета как преобладающего средства коммуникации, (3) создание и эксплуатация виртуальных образов, крайне далеких от реальных характеристик, (4) влечение к Интернет-играм и созданию вредоносных программ (без какой-либо цели), (5) субъективно воспринимаемая невозможность обходиться без работы в сети.

Перечисленные клинико-психопатологические признаки, характеризующие ПК-зависимость, сочетались со следующими стабильными патологическими расстройствами, как правило, определяющими устойчивость аддикции: (1) аномальными аффективно-личностными реакциями; (2) формирующимися и стойкими аномальными расстройствами личности (наиболее часто наблюдались радикалы эмоциональной неустойчивости, шизоидности и нарциссичности); (3) униполярным, биполярным аффективным расстройством; (4) шизотипическим расстройством; (5) органическим расстройством личности.

Разработанная в ходе лечения 72 подростков в возрасте от 11,5 до 15 лет, родители которых совместно с детьми обращались за консультативной и коррекционной помощью в консультативно-диагностические отделения ГНЦ ССП им. В.П. Сербского и Центра профилактической медицины (г. Москва) программа коррекционной работы включала в себя три основных этапа.

Первый этап – консультативно-диагностический. Он включал индивидуальное консультирование ребенка и семейное консультирование с выделением ведущей проблемы ребенка и его основных конфликтогенных сфер жизнедеятельности: семейной, учебной, коммуникативной. Результат вычленения ведущей проблемы и ее активных участников становился основанием для формулирования так называемого «семейного договора», согласно которому ребенок определял доступное ему время работы с домашним персональным компьютером, а взрослые члены семьи принимали эти установленные минимум и максимум занятого компьютерного времени. Одновременно с ребенком оговаривались его новые обязанности и домашние дела, которые он должен был выполнять, чтобы уважали его право на «компьютерное время», включая компьютерные игры. Важность «семейного договора» нам представляется в том, что отношение семьи к «компьютерной игре» вносится необходимая доля ответственности с обеих сторон. При этом «компьютерная игра» перестает рассматриваться эмоционально значимыми для ребенка взрослыми как «пустая трата времени, безделье», им даже предлагается найти ресурсы личного времени и заинтересованного эмоционального отношения, чтобы принять участие в совместной с ребенком игре. Как правило, этот этап работы занимал 2-3 развернутых клинико-психологических консультации с привлечением других специалистов, в частности, клинического психолога.

Второй этап – коррекционно-терапевтический. Первые шаги этого этапа работы включали коррекцию телесных проявлений формирующейся зависимости, а именно: миалгий, нарушений сна с коррекцией ритма «сон-бодрствование». Одновременно не менее 2-3 занятий уходило на формирование навыков релаксации с опорой на дыхательные экскурсии и визуализацию представлений. Это создавало определенную площадку для диссоциации в структуре аддиктивной личности двух полюсов «Я»: одно «Я» слабое, играющее и зависимое от компьютерной игры, не знающее других, альтерна-

тивных форм работы с компьютером; другое «Я» сильное, знающее цену своему слову, принявшее на себя в рамках «семейного договора» определенную ответственность. Одновременно мы стремились персонифицировать «Я» сильное с каким-либо значимым для ребенка игровым персонажем, используя знание о компьютерных играх, в которые вовлекается ребенок.

Следующие 3-4 занятия были посвящены сценарной проработке и проигрыванию определенной динамики отношений между «Я зависимым» и «Я сильным», владеющим собой и контролирующим себя. Основная задача этого этапа коррекционной работы, по сути, сводилась к такой диссоциации «Я», в основе которой лежит трансформация «Эго-синтонической позиции Я» по отношению к компьютерной игре в «Эго-дистоническую позицию», когда «Я» может стать над игрой и определять свое время в ней. Все описанные выше навыки и связанные с наработанными навыками элементы динамических отношений разыгрывались с опорой на методические подходы, разработанные в методологии «Символдрамы».

Третий этап – коррекционно-поддерживающий. Он включал выработку навыка ведения дневника примирения и содружества «Я сильного» и «Я зависимого» с выработкой и закреплением альтернативных форм работы с персональным компьютером. Одновременно формировались и закреплялись навыки ступенчатой аутогенной тренировки.

Длительность курсового лечения с включением первого и второго этапов составляла 2-2,5 месяца.

В результате проведенной работы в половине случаев отмечался устойчивый (более 6 мес.) положительный выход с контролируемым со стороны ребенка и родителя компьютерным временем; в четверти случаев отмечалась неустойчивая позиция ребенка в отношении контроля компьютерного времени и требовался постоянный, достаточно жесткий контроль со стороны родителей, который не вызывал уже, как прежде, активных протестных и негативных реакций; еще в четверти случаев программа коррекционной работы была сорвана или по вине ребенка, или (реже) родителя в связи с несогласием соблюдать условия «семейного договора» во время проведения коррекционной программы. Во всех случаях срыва коррекционной программы отмечались аутохтонные колебания в психическом состоянии ребенка, прежде всего за счет изменений его эмоционального состояния и усиления выраженности вторичных эмоционально-личностных реакций. Усиление выраженности аффективных колебаний и интенсивности эмоционально-поведенческих реакций требовало назначения препаратов седативного ряда и усиления собственного психофармакологического компонента терапевтической помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вострокнутов Н. В., Харитоновна Н. К., Игонин А. Л., Пережогин Л. О. Организационно-методические основы психотерапевтической и психокоррекционной работы с детьми группы риска употребления психоактивных веществ. Методические рекомендации. - М.: РИО ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 2004. – 36 с.
2. Пережогин Л. О. Интернет-аддикция в подростковой среде / Сборник тезисов международной конференции «Подростки и молодежь в меняющемся обществе – проблемы девиантного поведения». Москва, 2001. - М.: Новый отчет, 2001 – С. 56-68.

3. Пережогин Л. О. Психологические и клинические особенности интернет-аддикции у подростков / Всероссийская научно-практическая конференция «Актуальные вопросы детской психиатрии» (Материалы конференции). Саратов. 25-28 сентября 2006 г. - С. 91-106.
4. Психические расстройства и расстройства поведения (F00–F99). Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в РФ (под ред. Дмитриевой Т. Б., Голланд В. Б., Казаковцева Б. А.) - М.: РИО ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 1998. – 360 с.
5. Пятницкая И. Н. Наркомании. - М.: Медицина, 1994. – 544 с.
6. Galanter M., Brook D. Network therapy for addiction // International J. of Group Psychotherapy, 2001, Vol. 51 № 1, pp. 101-122.
7. Praterelli M. E., Browne B. L., Johnson K. Internet addiction: a factor analytic approach // Behavior research methods, 1999, Vol. 31, pp. 305-314.
8. Shapira N. A., Goldsmith T. D., Keck P. E. (Jr), Khosla U. M., McElroy S. L. Psychiatric features of individuals with problematic Internet use // J. of affective disorders, 2000, Vol. 57, pp. 267-272.
9. Young K. S. Psychology of computer use: addictive use of the internet: a case that breaks the stereotype // Psychological reports, 1996, Vol. 79, pp. 899-902.

Ю.С. Шевченко

КЛЕПТОМАНИЯ: ЭТОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ АСПЕКТЫ¹

**Российская медицинская академия последиplomного образования
(Москва).**

Принципиальным, на наш взгляд, является то, что в оригинальном названии книги Н. Плиского, вышедшей более ста лет назад, слово «врожденная» употребляется без кавычек. Как известно, к врожденным болезням в современном понимании относится «группа патологических состояний, возникновение которых связано либо с нарушением отдельных этапов процесса внутриутробного развития, либо с созданием определенных морфологических, биохимических и других предпосылок для проявления заболевания вскоре после рождения» [4]. При этом врожденные болезни подразделяются на наследственные, связанные с генными, хромосомными и геномными мутациями, и ненаследственные, вызываемые разнообразными факторами окружающей и внутренней среды (инфекционными, физическими, химическими), действующими на протяжении периода беременности. Н. Плиский [13], безусловно, имел в виду последние, поскольку в своей книге неоднократно подчеркивал отсутствие подобной патологии у родственников изученных им kleptomанов, отмечая при этом нередко обнаруживаемую связь комбинации моральных недостатков и психопатологии с «ненормальным устройством мозга», под которым, видимо, можно понимать «минимальную мозговую дисфункцию», справедливо раскритикованную в качестве диагностического термина, но продолжающую суще-

¹ Окончание. Начало см. Вопросы психического здоровья детей и подростков, 2009 (9), № 1.

ствовать в качестве патогенетической сущности, определяющей как различные парциальные задержки интеллектуального развития, так и дизонтогенетические феномены в эмоциональной и волевой сферах.

Автор подчеркивал хронический характер kleптомании и выраженную предпочтительность ее возникновения в детском возрасте, характеризующемся, как известно, актуальностью инстинктивных механизмов поведения и слабостью волевого контроля, особенно в случае наличия резидуально-органической церебральной недостаточности. В то же время есть наблюдения о преходящей kleптомании у женщин на фоне беременности. В отличие от патологического насилия, kleптомания чаще встречается у представителей женского пола. Импульсивные кражи могут совершаться во время менструаций и носить черты сексуального фетишизма (М. Гиршфельд, 1924, цит. [19]).

Психоаналитический подход к данному феномену связывает его с потребностью быть обвиненным, либо похищаемый объект рассматривается в качестве фетиша (в частности, как символ пениса), либо кража трактуется как не осознаваемый акт мести. Совершение импульсивных краж удовлетворяет одну из потребностей – либо приобретение объекта рассеивает ощущение неудовлетворенности жизнью, либо совершение действия само по себе каким-то образом приносит удовлетворение. *Здесь уместно напомнить, что любое инстинктивное поведение заведомо окрашено положительными эмоциями для того, чтобы оно, как всякий врожденный комплекс фиксированных движений, не только иницировалось, но и доводилось до конца.* Предполагается такой механизм происхождения kleптомании: ребенок чувствует себя ущемленным, нелюбимым, обделенным подарками и другими доказательствами принятия. Неудовлетворенность своего либидо он компенсирует тем, что похищает вещь обидчика. Он одновременно мстит ему, заставляя страдать [19]. *При этом родители страдают не столько в связи с материальным ущербом, сколько от сознания потери «хорошего ребенка».* Возмущение конкретным поведением распространяют на отношение к личности его носителя. Отторжение «плохого» ребенка, накладываясь на первичный дефицит эмоционального принятия, замыкает порочный круг детско-родительского непонимания. Родитель вместо демонстрации любви и сочувствия, в которых нуждается ребенок, осознанно или бессознательно отрицает свою генетическую связь с «вором», ребенок же утверждает в собственной отверженности и либо продолжает «мстить», либо провоцирует негативное внимание родителя еще более вызывающим поведением.

Сформировавшиеся kleптоманы сознают неблагоприятность господствующей над ними страсти и желали бы не совершать похищений, но сила воли оказывается недостаточной и после долгой тяжелой борьбы они подчиняются этой страсти, действуя уже почти машинально [13]. Поведение kleптомана автор сравнивал с поведением сороки, галки или вороны, похищающих и переносящих в укромное место (иногда прилагая для этого существенные усилия) драгоценные камни, мелкие золотые и серебряные вещи, совершенно не нужные им. *В этом сравнении есть указание на инстинктивную природу рассматриваемого поведения и наличие запускающего его ключевого стимула (похищаются блестящие предметы).* Каждый kleптоман также имеет свой постоянный «жанр» в смысле похищаемых вещей, тогда как дру-

гие, порой более ценные и более легко доступные вещи, но лишённые ключевого признака, оставляются им без внимания.

По нашему мнению, инстинктивная поведенческая программа присвоения или отнимания чужой собственности может реализовываться ребенком в контексте различных сложных типов поведения. У детей с сильным инстинктом собственности она срабатывает по принципу «Все вокруг колхозное – все вокруг мое». Детство – естественный аналог эволюционно-филогенетического этапа общечеловеческого поведения в виде собирательства. Умея только ползать, ребенок уже все замечает на полу, подбирает и тянет в рот. Отучить его от этого занятия невозможно в силу того, что оно реализует инстинктивную программу. Патологическое усиление данной программы (в силу тех или иных причин) проявляется в виде синдрома *риса* - сороки.

Став постарше, ребенок удовлетворяет свои инстинктивные позывы, собирая всюду всякую всячину и заполняя ею карманы и укромные уголки собственной территории. Социализированные формы инстинктивного собирательства выражаются во взрослом возрасте в виде коллекционирования книг (в том числе не отданных их бывшим владельцам и тех, которые никогда не будут прочитаны), марок, лоскутов материи, кулинарных рецептов и проч. Старческое расторможение и усиление собирательского инстинкта может принять характер «синдрома Плюшкина».

Редко найдется ребенок, не шаривший по карманам своих родителей в поисках мелочи, на которую покупал сладости или безделушки. Нормальность для определенного возраста такого «воровства» заключается в том, что оно включается в опять-таки врожденную программу иерархического поведения, поскольку наличие собственных денег повышает статус ребенка в глазах его сверстников и своих собственных.

Что касается кражи того, что красть нельзя, и там, где это грозит наказанием (по типу «запретный плод – сладок»), то этот тип клептоманического (в этологическом смысле) поведения следует рассматривать как имеющий игровой характер. Его главный эффект – азарт экспансии. Групповой характер подобных «воровских» игр весьма напоминает такие виды спорта, как футбол, хоккей, регби и т. п., где основной смысл – отнять то, что тебе не принадлежит. В этом смысле клептоман – это несостоявшийся футболист, кладоискатель, разведчик (ворующий чужие сведения), т. е. «пионер» (синоним – «скаут»), не прошедший процедуры инициации.

Связанная с детским воровством ложь, которая нередко еще больше, чем сама кража, расстраивает родителей, добивающихся от ребенка чисто-сердечного признания, удивляющая их не по-детски изощренной хитростью и находчивостью, также является продуктом инстинктивных механизмов, а именно – механизма «смещенной активности», или замещающего поведения. Боясь наказания за воровство, ребенок не решается признаться в нем, убежать от неприятного разговора он тоже не в состоянии, а объяснить мотивы своего поведения просто не в силах, поскольку оно носит инстинктивный, а стало быть – неосознаваемый характер. И тогда включается программа замещающего поведения в виде спасительной лжи, сбивающей с толку родителей, приводящей их в состояние растерянности. Теперь они уже реагируют не на факт воровства, а на подброшенную им информацию. Смещенная актив-

ность обвиняемого переключила внимание тех, кто собирался его наказать. Возмущаясь «наглой ложью» ребенка, взрослые забывают про его воровство.

Понятно, что со временем эта изначально чисто инстинктивная «ложь во спасение» может все чаще использоваться ребенком вполне осознанно и изоциренно, позволяя избегать физической и психической перегрузки.

Исходя из этологического постулата, говорящего о том, что не существует абсолютно бессмысленного поведения, что любой поступок изначально имеет приспособительный или защитный характер, психотерапия kleптомании должна строиться в двух направлениях. Помимо цели прекратить воровство она должна включать задачу обеспечить пациента альтернативным, социально приемлемым источником реализации актуальных потребностей и получения положительных эмоций, в том числе за счет элевации, очеловечения инстинктивных моделей поведения.

Предлагая комплексный **многоуровневый подход к лечению** пациентов с kleптоманией, т. е. патологическим воровством, представляющим собой синдром-болезнь, а не факультативное расстройство в рамках более общего заболевания, мы исходим из следующих положений. Kleптомания является продуктивно-дизонтогенетическим расстройством, которое в соответствие с ведущим этиологическим фактором (наследственно-конституциональным, резидуально-органическим или психогенным) может быть представлено несколькими вариантами синдрома-болезни. Т. е. соответственно: первично-дизонтогенетическим вариантом синдрома (развивающимся из естественного поведения ребенка раннего возраста на фоне общего или парциального инфантилизма); вторично-психогенным вариантом синдрома (когда патологическое воровство возникает после периода отчетливой дифференциации поведения на основе понятий «свое»-«чужое» под влиянием социогенных воздействий); энцефалопатическим вариантом синдрома (при котором вторичное возникновение регрессивно-инстинктивного поведения обусловлено церебральной дисфункцией соматогенной природы). В то же время энцефалопатические, психогенные и дизонтогенетические механизмы, как правило, участвуют в патогенезе практически любого варианта расстройства, возникшего в детском возрасте, диалектически взаимодействуя и динамически меняя свою ведущую и вспомогательную роль.

Как уже было отмечено [5, 18], собственно воровство, будучи этологическим образованием, изначально имеет приспособительный или защитный смысл и не может рассматриваться в качестве основной и единственной мишени лечебно-коррекционных воздействий. Другое дело, что из первично компенсаторного феномена данное поведение может стать гиперкомпенсаторным, условно патологическим (привычным) поведением и, наконец, собственно психопатологическим феноменом, приобретшим качества навязчивого, сверхценного расстройства или неодолимого влечения, приводящего к социальной дизадаптации и нарушающего процесс формирования личности ребенка.

Каждый этап динамики расстройства характеризуется различным качеством эмоциональных, интеллектуальных и волевых составляющих ведущего синдрома и внутренней картины болезни, что требует соответствующих изменений в комплексном медикаментозном, психотерапевтическом, коррекционно-психологическом и педагогическом подходе к лечению и реабилитации детей с данной патологией.

Системный характер терапии детей с психической патологией предполагает онтогенетически ориентированное воздействие на все уровни био-психосоциальной структуры формирующейся личности ребенка, а также сочетание индивидуального лечебно-реабилитационного подхода с саногенным воздействием на его семью и референтную группу.

Исходя из изложенного, нами предлагается многоуровневая модель комплексной лечебно-коррекционно-профилактической помощи детям и подросткам с клептоманическим поведением.

Первый уровень – метаболический заключается в медикаментозном лечении основного (аффективного, шизофренического, психоорганического и т. д.) расстройства в тех случаях, когда клептомания является их факультативным продуктивно-дизонтогенетическим проявлением. Когда же патологическое воровство выступает в качестве облигатного синдрома-болезни, медикаментозная терапия должна строиться с учетом клинко-патогенетического варианта расстройства (первично-дизонтогенетического, психогенного, энцефалопатического или смешанного), этапа его динамики (инициального, обсессивного, компульсивного, эго-синтонического) и наличия коморбидных нарушений.

Соответственно, медикаментозное лечение включает препараты общебиологического спектра (ноотропы, витамины, вегетотропные, сосудистые препараты и проч.) и психофармакологические средства синдромальной направленности. В соответствии с психопатологической структурой ведущего симптомокомплекса в одних случаях терапия может быть ограничена «дневными» транквилизаторами (атакаксом, альпразоламом), легкими активирующими антидепрессантами (азафеном, пиразидолом, сертралином-золофтом) и малыми нейролептиками (сонапаксом, тераленом), снижающими напряжение и тревожно-фобический аффект; в других - требовать подключения серотонинергических антидепрессантов, обладающих тропностью в отношении обсессивно-компульсивных расстройств (флувоксамин-феварин), тимолептиков (финлепсин, вальпроат, топирамат), снимающих дисфории и выравнивающих настроение, а также седативных нейролептиков (хлорпротиксен, аминазин, тизерцин). Выраженность неодолимого влечения и аддиктивного характера поведения, стойких аффективных расстройств требует подключения неулептила, налтрексона, амитриптилина, а порой (у взрослых больных) и сочетания психофармакотерапии с электросудорожной терапией. Тропность препарата страттера (атомоксетина) к обмену норэпинефрина, нарушающемуся при некоторых формах зависимости, ставит вопрос о возможности использования его не только при синдроме гиперактивности и дефицита внимания, но и при клептомании.

Второй уровень – нейрофизиологический - представляет собой девяти-месячный (минимально достаточный) курс ежедневных часовых занятий по методике нейропсихологической (сенсомоторной) коррекции [10, 15]. Исправляя дизонтогенетические (дизнейроонтогенетические) отклонения в организации психических функций, данная методика оптимизирует корково-подкорковые и межполушарные взаимосвязи головного мозга, улучшает работу его функциональных блоков (по А.Р. Лурия). Это, в свою очередь, способствует ликвидации энцефалопатически-дизонтогенетических источников психического дискомфорта, снимает необходимость использования инстинктивно-архаических механизмов его компенсации, облегчает сознательно-

произвольную саморегуляцию поведения. Так, исправление работы первого – энергетического - функционального блока мозга, обеспечивающегося стволовыми и подкорковыми структурами, улучшает регуляцию процессов общей, генерализованной и локально-избирательной активации мозга; качество модально неспецифических форм памяти; регуляцию базальных эмоций; сбор интроцептивной информации и регуляцию всех витальных процессов.

Второй - операциональный - блок, в функционировании которого участвует вся конвекситальная кора, кроме лобной, отвечает за прием, переработку и хранение экстероцептивной информации (информации, поступающей от рецепторов, органов чувств), в том числе за восприятие пространства и времени. Его недостаточность, связанная с органическим поражением, замедленным созреванием или дефицитом энергетического обеспечения височной, теменной или затылочной коры головного мозга, может обусловить у детей трудности формирования фонематического слуха, схемы тела, механизмов антиципации, лежать в основе дисграфии, дислексии, дискалькулии, алекситимии и проч. Оптимизация его работы снимает источники отрицательных переживаний, связанных с затруднениями в учебе, комплексом неполноценности, неспособностью усваивать собственный опыт, с неумением идентифицировать и адекватно отреагировать собственные эмоции.

Третий функциональный блок (по А.Р. Лурия) - блок планирования и контроля - (лобные доли) обеспечивает программирование, регуляцию и контроль за протеканием психической деятельности. Реализуясь лобной корой и будучи высшей иерархической системой психической организации, этот блок является наиболее энергоемким как в смысле обеспечения его созревания (самого длительно по времени в сравнении с предыдущими блоками), так и в смысле реализации своего непосредственного «руководящего» предназначения. Кроме того, построившись на базе энергетического и операционального блоков и опираясь на их структуру, третий блок не только направляет, стимулирует и контролирует их работу, но и в случае дефицитарности последних в той или иной степени компенсирует, берет на себя их функции. Требуемая для этого дополнительная энергия в виду ее недостаточности привлекается за счет более «простых» задач, например, таких, как функционирование и рост организма, а также восполняется во время учащенных периодов снижения уровня бодрствующего сознания.

Поражение лобной коры у взрослого проявляется, как известно, в характерном «лобном» варианте психоорганического синдрома. Задержка созревания третьего функционального блока у ребенка (как первичная, так и обусловленная недостаточностью нижележащих структур) обнаруживается в синдромах дефицита внимания, психического инфантилизма, эмоционально-волевой неустойчивости, импульсивности поведения, недостаточности критики и, особенно, самокритики и проч. Функциональная слабость третьего блока обуславливает утрату субординационного подчинения ему подкорковых структур – «хранилищ» инстинктивных поведенческих моделей и расторможение последних (особенно в случаях раздражения подкорки при гидроцефалии и других проявлениях энцефалопатии). Соответственно, только более зрелый и сильный третий блок способен контролировать клептоманическое поведение.

Т. о., нейропсихологическая коррекция играет как общую, так и специфическую роль в комплексной терапии больных клептоманией.

Третий уровень – синдромальный - имеет непосредственную направленность на специфическое kleptomаническое поведение. В изолированном виде синдромальная психотерапия может быть оправдана только в тех случаях, когда данное поведение полностью утратило свой многозначный компенсаторный, архаично-приспособительный смысл, не подкрепляется внешними и внутренними источниками психического дискомфорта и само по себе (а не его социальные последствия) тяготит пациента. В подавляющем большинстве случаев ликвидация ведущего синдрома выступает как центральная, но далеко не единственная цель системной лечебно-реабилитационной работы.

В процессе суггестивной терапии в форме гипноза или эмоционально-стрессового внушения используются формулы как общего характера (улучшение и выравнивание настроения, повышение психического тонуса и способности получать удовольствие от социально приемлемой активности и спорта, сознательно контролировать собственное поведение), так и конкретно направленные - снижающие патологическое влечение к воровству, чувствительность к пусковым стимулам kleptomанического поведения, программирующие возникновение альтернативного желания (вернуть похищенную вещь) сразу же вслед за совершением кражи.

В работе с детьми дошкольного и младшего школьного возраста весьма перспективной является методика материнской суггестии – «терапии материнской любовью» [6]. Последняя состоит из **базовой программы**, включающей три блока («витамин материнской любви», «улучшенный портрет ребенка и его физическое здоровье», «нервно-психическое здоровье», в том числе формулы, предупреждающие развитие зависимого поведения) и **индивидуальной программы**, имеющей четко синдромальную направленность за счет соответствующего расширения первых трех блоков базовой программы и дополнения их четвертым блоком. Он предполагает прямое воздействие матери на ребенка в виде «забирания» болезненных симптомов (например, удовольствия от совершения кражи) и «давания» позитивных ощущений, переживаний, способностей (например, радости от победы над пагубной привычкой).

Так же, как и при других формах аддиктивного поведения, уместной является техника «кодирования». При этом, поскольку речь идет об инстинктивно обусловленном поведении, замыкание суггестивного запрета должно использовать еще более базисный инстинкт – инстинкт самосохранения (например, «рука начнет сохнуть, если возьмет чужое»).

Когнитивно-аналитическая расшифровка субъективного смысла kleptomанического поведения (месть, повышение социального ранга, сексуальный фетиш, гедонический азарт и т. д.) может сочетаться с «якорением» альтернативного поведения при возникновении первых признаков актуализации патологической потребности в технологии нейролингвистического программирования.

Психокоррекционные и воспитательные воздействия, осуществляемые на данном уровне, также имеют как более общую, так и узко синдромальную направленность. Первая определяет исправление и доразвитие всех уровней регуляции базальной аффективности – «полевого реагирования», «стереотипов», «экспансии», «социального контроля» [11], их субординации и элевирования к более зрелым и недевиантным формам реализации. Вторая предполагает поиск социально приемлемых альтернатив kleptomанического поведе-

ния с учетом его индивидуально-личностного смысла для пациента (занятия игровыми, боевыми и экстремальными видами спорта, участие в пионерских, скаутских и военно-спортивных молодежных объединениях, клубах каскадеров, театральных студиях и проч.).

Четвертый уровень – поведенческий. Различные виды бихевиоральной терапии в сочетании с когнитивной, суггестивной и другими видами психотерапии имеют своей целью формирование и закрепление желательных моделей поведения и подавление нежелательных – агрессивных, деструктивных, архаичных. В зависимости от возраста ребенка и содержания поведенческой мишени, модифицирующие воздействия (в форме поощрения, наказания, принуждения и вдохновения) либо реализуются непосредственно родителями и воспитателями, либо их роль предоставляется самим реалиям жизни в тех случаях, когда взрослые решают собственную часть проблемы воровства в доме (например, заводят сейф, куда складывают все наличные деньги, а на все дверцы шкафов вешают большие замки) и передают ребенку ответственность за принимаемые решения [1]. В то же время следует отметить, что типичная для детей с kleptomanией незрелость эмоционально-волевой сферы, требующая непосредственной чувственно-сенсорной ориентации эмоциональных реакций ребенка, делает приемы оперантного научения и жесткого моделирования ситуаций более предпочтительными по сравнению с передачей ответственности или составлением контракта [2].

Уместно моделирование «жизненных сценариев», обеспечивающих подростка чувственно-эмпирическим опытом негативных последствий воровства. Таковыми могут быть сценарии «пропала собака», «украдены семейные деньги на отпуск или на подарок маме», «отца обокрали в командировке», «продажа компьютера для выплаты семейного долга», «вызов милиции с овчаркой для поиска тайного похитителя». Кстати, последний сценарий гораздо эффективнее в случае упорного отрицания ребенком факта хищения, чем настаивание на том, чтобы он в нем признался.

«Нелепая», «наглая» ложь не имеет смысла обмануть, а имеет смысл сбить с толку, переключить внимание, изменить контекст ситуации. Поэтому, прежде чем упрекать ребенка во лжи, следует задаться вопросом о том, что для него является более неприятным, чем наказание за эту смещенную активность (замещающее поведение). Например, от ребенка требуют ответить на вопрос, **зачем** он взял чужое, своровал. А он сам не знает ни зачем, ни почему, поскольку сделал это неосознанно, повинуясь инстинкту собственности, реализуя пищевое, иерархическое или просто игровое поведение. Но то, что воровать плохо, ребенок знает. Не в силах ответить на поставленный вопрос и тем самым представить свое поведение если не оправданным, то логичным (он ведь не изучал этологии), и, не будучи в состоянии уклониться от неприятной ситуации, оказавшись припертым к стенке, ребенок выбирает «третий путь», путь смещенной активности. Он заявляет, что не делал этого и упорствует, несмотря на все уличающие его аргументы. Сбитый с толку взрослый (который тоже не знает этологии и не подозревает о возможности чисто инстинктивного поведения) забывает о своем намерении наказать ребенка за воровство и принимается уличать его во лжи, то есть из «судьи» превращается в «следователя». А если и наказывает, то уже за ложь, а не за воровство,

побуждая ребенка не к отказу от присвоения чужой собственности, а к совершенствованию замещающего поведения.

Наказание за установленный факт воровства, в зависимости от социальной зрелости ребенка, может быть моральным (общественное осуждение, предание гласности, публичное возвращение похищенного владельцу, помещение фотографии провинившегося на «доску позора»), психологическим (отправление под домашний арест, лишение прогулок с друзьями и возможности общаться с ними по телефону, конфискация личных вещей), либо физическим (экзекуция в рамках «порка-терапии»). Естественность подобного традиционного воздействия на человека, сознательно нарушающего общественный закон и порядок, подтверждается однозначно одобрительным восприятием зрителями кадров из фильма «Операция «Ы»...» где главный герой воздействует розгами на наглого тунеядца. А его фраза: «Надо, Федя, надо!», сопровождающая эту воспитательную акцию, давно сделалась крылатой. Кстати, физическое воздействие, будучи вполне естественным для ребенка врожденным способом установления групповой иерархии, не является ни самым действенным, ни самым жестоким и во многом уступает таким коррекционно-воспитательным приемам, как лишение внимания или высмеивание – аналог моральной казни.

В первобытном обществе человек, нарушивший неписанные законы общины, изгонялся из нее и, будучи до того совершенно физически здоровым, ложился на дорогу и через несколько часов умирал. В связи с этим фрустрация социального инстинкта в виде абсолютного бойкота окружающими воздействует на более глубокие врожденные программы поведения, чем программа воровства (за которое сородичи били, но не убивали).

Страх наказания (физического или морального) в случае высокой вероятности его неотвратимости, не будучи в состоянии воздействовать на неодолимое влечение, несомненно включается в тормозящие механизмы при навязчивой kleptomании и тем более при непатологическом воровстве.

При этом следует соблюдать основной принцип бихевиорального подхода – мишенью коррекционного воздействия являются конкретные поведенческие модели, а не их внутренние механизмы (воздействие на которые осуществляются с помощью иных терапевтических техник, имеющих «интрапсихическую» направленность – когнитивных, суггестивных, психоаналитических). Только доказав ребенку свою безусловную любовь и принятие таким, какой он есть, взрослый может четко обозначить свое категорическое неприятие его «ошибочного» поведения. В результате этого ребенок четко осознает, что он должен делать и чего не делать, чтобы не расстраивать любящего родителя. Вдохновляющим моментом для радикального изменения в детско-родительских отношениях может явиться «амнистия» – безусловное прощение прежних прегрешений [2].

Пятый уровень – личностный. Здесь различные виды индивидуальной и групповой психотерапии направлены на разрешение внешних и внутренних психогенных конфликтов, личностный рост и гармонизацию межперсональных отношений. Как и при других пограничных состояниях, у детей и подростков обязательным условием успешности данной работы является семейный характер психотерапии.

Конкретной организационно-методической формой, позволяющей решать актуальные проблемы ребенка за счет позитивного регресса и одновре-

менной психоэлевацией в процессе активного освоения его зоны ближайшего развития (по Л.С. Выготскому) в сферах потребностей, социальных связей и отношений, самосознания и опыта, является интегративная семейно-групповая методика интенсивно-экспрессивной психотерапии и психокоррекции (ИНТЭКС), разработанная Ю.С.Шевченко и В.П. Добриденем [16] на основе принципов онтогенетически ориентированной (реконструктивно-кондуктивной) психотерапии.

Специфика организации семейно-групповой психотерапии позволяет интегрировать самые различные психотерапевтические и психокоррекционные техники, позволяющие решать как общевозрастные и общесоциальные, так и специфические семейно-воспитательные, а также персональные проблемы пациентов (как детей, так и родителей), воздействовать на «внутреннюю картину болезни». Так, если для детей актуальным является осознание собственного поведения, повышение самокритики и принятие на себя ответственности за совершаемые поступки (что решается, в частности, во время коллективного обсуждения неоконченного рассказа «Домашний вор»), то для родителей нередко важным является преодоление собственного перфекционизма и обучение умению «за деревьями видеть лес», т. е. воспринимать отклоняющееся поведение ребенка как сигнал его душевного неблагополучия. Так, например, блокирование социально-биологической потребности в инициации проявляется в признаках агрессивно-асоциального поведения и психических расстройствах, типологически сходных с переживаниями во время инициации [8, 14].

Данная методика служит альтернативой беспорядочному инстинктивно-му поиску способов удовлетворения онтогенетически обусловленной потребности в инициации (в частности в форме оппозиционно-агрессивного поведения в отношении порядка, устанавливаемого взрослыми и их собственности). Девятидневный цикл методики ИНТЭКС включает практически все ключевые моменты подготовки и осуществления сложного обряда инициации, имеющего филогенетические корни и существующего в любой традиционной культуре. Методика изобилует чувственными агрессивно-героическими испытаниями (смена стереотипов, парциальная изоляция, система табу, тотемическая имитация, серия «общих» и «личных» подвигов, символическая смерть всего плохого и «детского» и «второе рождение» в зрелом, здоровом, умудренном качестве, слияние с возвышенным идеальными, «сакральным» образом, открывающим перспективы духовного роста и т. п.).

Определяющий смысл данного подхода - создание оптимальных объективных и субъективных условий для преодоления архаично-патологических моделей поведения пациента в процессе его **радостного взросления**.

ЛИТЕРАТУРА

1. Байярд Р., Байярд Дж. Ваш беспокойный подросток: Практическое руководство для отчаявшихся родителей. Пер. с англ. - М.: Просвещение, 1991. - 224 с.
2. Бихевиорально-когнитивная психотерапия детей и подростков / Под общей редакцией Ю.С.Шевченко. - СПб.: Речь, 2003. - 552 с.
3. Блейхер В.М., Крук И.В. Клептомания / Толковый словарь психиатрических терминов. - Воронеж: НПО «МОДЭК», 1995. - С. 248.
3. Гиндикин В.Я. Клептомания / Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста / Под ред. С.Ю. Циркина. - СПб.: Пи-

тер, 1999.- С. 314-315.

4. Гинтер Е.К. Врожденные болезни / БМЭ, т. 4, изд-е 3-е. – М.: Советская энциклопедия, 1976. - С. 1352-1353.

5. Дольник В.Р. Непослушное дитя биосферы. Беседы о поведении человека в компании птиц, зверей и детей. Изд. 4-е. - СПб.: ЧеРо-на-Неве, Петроглиф, 2004.- 352 с.

6. Драпкин Б.З. Материнская любовь – жизненная защита ребенка. – М.: Нарком, 2006. - 148 с.

7. Зейгарник Б.В. Патопсихология. Изд-е 2-е. - М.: Изд-во МГУ, 1986. - 287 с.

8. Клинков В.Н. Обряды инициации и эволюция подростковой психопатологии // Acta Psych., Psychol., Psychother. et Ethologica Taurica, v.2, N 3. - Р. 131-137.

9. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей: изд. 2-е. - М.: Медицина, 1995. - 560 с.

10. Корнеева В.А. Сенсомоторная коррекция при нарушениях психического развития у детей младшего школьного возраста / Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. Лечение детей с психосоматическими расстройствами. – СПб.: Речь, 2002. – С. 463-483.

11. Лебединский В.В., Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. – М., Изд. МГУ, 1990. –197 с.

12. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). ВОЗ. – СПб.: АДИС, 1994. - 303 с.

13. Плиский Н. О kleптомании («врожденной» наклонности к воровству). - М.: РИО ГНЦ им. В.П. Сербского МЗ РФ, 1995. - 61 с.

14. Самохвалов В.П. Этология человека: некоторые последствия объективных исследований поведения для медицины и антропологии (обзор) // Таврический журнал психиатрии, Т. 1, № 2, 1997. - С. 50-80.

15. Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте: Учеб. пособие для высш. учеб. заведений. – М.: Академия, 2002. – 232 с.

16. Шевченко Ю.С., Добридень В.П. Радостное взросление: развитие личности ребенка (методика ИНТЭКС). – СПб.: Речь, 2004. - 202 с.

17. Шевченко Ю.С. Инстинкт – привычка – влечение: патологические привычные действия как формы аддикции / Руководство по аддиктологии / Под ред. В.Д. Менделевича. - СПб.: Речь, 2007. - С. 547-570.

18. Шевченко Ю.С. Kleптомания: этолого-психиатрический аспект / Амбулаторная и больничная психотерапия и медицинская психология. Вып. 5. - М., 2007. - С. 186-191.

19. Шостакович Б.В., Потапов С.А. Послесловие / Плиский Н. О kleптомании («врожденной» наклонности к воровству). - М.: РИО ГНЦ им. В.П.Сербского МЗ РФ, 1995. - С. 51-59.

20. Шостакович Б.В., Леонова О.В. Зависимое воровство (kleптомания и делинквентные кражи) / Руководство по аддиктологии / Под ред. В.Д.Менделевича. - СПб.: Речь, 2007. - С. 327-346.

21. Eibl-Eibesfeldt I. Ethological concepts and their implication for the sciences of man / Этология человека на пороге 21 века: новые данные и старые проблемы / Под ред. М.Л. Бутовской. - М.: Старый Сад, 1999. - Р. 122-152.

М.П. Билецкая, М.И. Шендрик
СОВЛАДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ И ОСОБЕННОСТИ СЕМЬИ
ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ

Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия (Санкт-Петербург).

Актуальность исследования обусловлена недостаточностью научных знаний о психосоматических соотношениях при бронхиальной астме (БА) в детском возрасте, о роли биологических, психологических и социальных факторов в возникновении и развитии заболевания [1; 2; 3]. Большое значение имеет исследование личности больных БА и их адаптации к болезни с учетом специфики трудных жизненных ситуаций. Дисфункциональные отношения в семье, патологизирующий стиль семейного воспитания, физическая и умственная нагрузки, школьная неуспеваемость могут способствовать обострению заболевания, которое является стрессом для ребенка [2; 4; 6]. Обострение БА - частая причина госпитализации. Приступы удушья, разлука с родителями, страх перед врачами, неприятные процедуры ведут к дополнительному напряжению. Использование конструктивных копинг-стратегий выступает как важный способ адаптации, позволяющий ослабить воздействие стрессора [5; 7; 8].

До настоящего времени малоизученным остается вопрос о том, как членам семьи удастся преодолевать напряжение и справляться с беспокойством в такой трудной жизненной ситуации, как обострение хронического заболевания у ребенка. Выявление специфики семейного копинга может служить основой для разработки программ психокоррекционной работы с больными детьми и с семьей как системой в целом.

Цель настоящего исследования - изучение особенностей совладающего поведения членов семей детей с бронхиальной астмой.

Всего исследованы 150 человек. Основную группу составили 25 семей (75 человек): 25 детей 9-11 лет с atopической формой БА среднетяжелой степени тяжести и 50 родителей; контрольную группу - 25 семей (75 человек): 25 условно здоровых детей и 50 родителей.

Были использованы следующие методы исследования.

I. Клинико-биографический: наблюдение, беседа, семейный анамнез

II. Психодиагностический: 1. Опросник копинг-стратегий школьного возраста N.M. Ryan-Wenger, адаптированный Н.А. Сиротой и В.М. Ялтонским. 2. «Копинг-тест» R. Lazarus, S. Folkman. 3. Опросник «Индекс жизненного стиля» R. Plutchik-Н. Kellerman-Н. Coute, адаптированный в НИПНИ имени В.М. Бехтерева. 4. «Шкала семейной адаптации и сплоченности» (FACES-3) Д. Олсона, адаптированная М. Пере. 5. Опросник для родителей «Анализ семейных взаимоотношений» (АСВ) Э.Г. Эйдемиллера, В.В. Юстицкиса.

III. Статистический: критерий U Mann-Whitney, критерий согласия χ^2 , корреляционный анализ.

Клинико-биографический метод показал, что у 80% детей заболевание началось в возрасте до 5 лет. Приступы удушья у ребенка могли возникать

еженедельно. В связи с тяжестью соматического состояния дети госпитализируются от одного до 2-3 раз в год. Обострение заболевания особенно часто провоцируется конфликтами в семье.

В результате наблюдения за семьями детей с БА и беседы выявлена симбиотическая связь ребенка с матерью и отстраненность отца. Мать обычно находится рядом с ребенком, поддерживая с ним телесный контакт, часто использует местоимение «мы» («мы заболели», «у нас приступ», «мы ходили»...). Отец в беседе участвует мало, выражение его лица серьезное, сосредоточенное. В большинстве случаев уходом за больным ребенком занимается мать. Она следит за его самочувствием, выполняет рекомендации, строго следует назначениям пульмонологов, соблюдает режим дня и диеты. Отцы свою отстраненность от процесса ухода за ребенком обычно объясняют тем, что у них «мало времени на семью из-за загруженности на работе».

Исследование защитно-совладающего поведения членов семей детей с бронхиальной астмой позволило выявить следующие особенности.

Совладающее поведение детей с БА характеризуется использованием единичных копинг-стратегий или диад. Их основным содержанием являются: телесный контакт и отношения привязанности («обнимаю, прижимаю, глажу...» - 80%; $p < 0,01$), обращение к Богу как Высшей Силе с просьбой помочь разрешить трудную ситуацию («молюсь» - 16%; $p < 0,01$), аффективное отреагирование с агрессией, направленной вовне («бью, ломаю, швыряю вещи» - «схожу с ума», $p < 0,01$). Здоровые дети склонны использовать в трудной ситуации комплексы копинг-стратегий, помогающие гибко решать возникающие трудности ($p < 0,01$).

Основными темами рисунков трудных жизненных ситуаций у детей с БА были болезнь, госпитализация или неблагоприятная семейная обстановка (конфликты, ссоры родителей). Здоровые дети чаще изображали трудности, связанные с плохими отметками в школе, смертью животных или повседневной деятельностью («сломался компьютер», «тренер недоволен мной»).

Исследование психологической защиты родителей (ПЗР) обнаружило, что матери детей с БА характеризуются высоким уровнем интеллектуализации ($5,4 \pm 1,25$ - в основной группе; $4,08 \pm 1,07$ - в контрольной; $p < 0,001$), а отцы - реактивными образованиями ($3,28 \pm 1,27$; $2 \pm 1,04$; $p < 0,001$). Матери больных детей стремятся логически объяснять причины возникновения приступов у ребенка: «надышался пылью», «объелся сладкого», «добегался», что подтверждается клинико-биографическим методом. Использование реактивных образований свидетельствует о том, что личность предотвращает выражение неприятных для нее мыслей, чувств и поступков путем преувеличенного развития противоположных стремлений. Отцы детей с БА, испытывая эмоциональное безразличие или даже неприятие, связанное с необходимостью соблюдать рекомендации специалистов, могут демонстрировать жалость и заботливость по отношению к больному ребенку.

Совладающее поведение матерей детей с БА характеризуется частым использованием стратегии планирования решения проблемы ($11,48 \pm 2,29$ - в основной группе; $10 \pm 2,06$ - в контрольной; $p < 0,05$), что может быть обусловлено необходимостью соблюдения рекомендаций специалистов по лечению или по предотвращению рецидивов заболевания. Несмотря на значимо высо-

кий уровень планирования, матерям детей с БА труднее принимать ответственность ($6,96 \pm 1,96$; $8,2 \pm 1,52$; $p < 0,05$). Несоответствие между высоким значением планирования решения и сниженным уровнем принятия ответственности свидетельствует о малой адаптивности их копинг-поведения. Для отцов больных детей характерны такие копинг-стратегии, как конфронтация ($10 \pm 1,25$ - в основной группе; $8,72 \pm 1,74$ - в контрольной; $p < 0,01$), дистанцирование ($11,8 \pm 1,29$; $9,72 \pm 1,81$; $p < 0,001$) и самоконтроль ($13,88 \pm 1,58$; $12,08 \pm 2,69$; $p < 0,01$). Конфронтация определяет степень враждебности к факту болезни. Дистанцирование показывает, что когнитивные усилия направлены на то, чтобы отделиться от ситуации и уменьшить ее значимость, а самоконтроль помогает регулированию своих чувств и действий. Следовательно, совладающее поведение родителей при обострении бронхиальной астмы у ребенка является мало адаптивным.

Изучение семейной сплоченности и адаптации показало, что для родителей больных детей характерен такой параметр семейной адаптации, как «дисциплина в семье» ($6,2 \pm 1,52$; $5,2 \pm 1,19$; $p < 0,05$ - для матерей; $6,84 \pm 1,81$; $5,44 \pm 1,04$; $p < 0,05$ - для отцов). Это может быть обусловлено необходимостью постоянного контроля за самочувствием больного ребенка, отслеживанием динамики его состояния методом пикфлоуметрии, соблюдением диет и режима дня в целом.

При этом сплоченность в семьях детей с БА является разделенной (низко сбалансированной): $36 \pm 4,73$ - у матерей; $38 \pm 3,55$ - у отцов; $p < 0,001$. Для семей здоровых детей характерна объединенная (сбалансированная) сплоченность: $41,72 \pm 2,79$ - для матерей; $41,92 \pm 1,89$ - для отцов; $p < 0,001$. Полученные данные могут быть связаны с тем, что в семьях больных детей мать практически полностью сосредоточена на самочувствии ребенка и, соответственно, мало обращает внимание на остальных членов семьи. Отец больше времени посвящает работе и меньше - ребенку, в то время как мать нуждается в помощи.

Родителям детей с БА хотелось бы, чтобы уровень семейной сплоченности и адаптации в их семьях был бы выше, чем в реальности ($p < 0,001$). При достижении данных показателей сплоченность можно было бы назвать запутанной, а гибкость - хаотичной, что свидетельствовало бы о несбалансированности семейной системы. Высокое расхождение в уровнях семейной сплоченности между реальными и идеальными показателями в семьях детей с БА может указывать на низкую удовлетворенность браком.

Сравнение особенностей воспитания в семьях больных и здоровых детей обнаружило, что матери детей с БА в воспитании используют минимум санкций ($p < 0,01$), то есть склонны обходиться без наказаний или применяют их крайне редко, что подтверждает наличие симбиотической связи между матерью и ребенком с БА. По остальным шкалам достоверных различий не выявлено.

Отцы детей с БА склонны использовать гиперпротекцию, недостаточность запретов, потворствование ($p < 0,05$), что может быть обусловлено их неспособностью противостоять желаниям больного ребенка вследствие его плохого самочувствия, особенно в период обострения заболевания. Необходимо отметить, что при высоком уровне гиперпротекции, потворствовании и недостаточности запретов у отцов детей с БА значимо высок показатель чрезмерности санкций ($p < 0,05$), что косвенно может говорить о высоком

уровне дисциплины. Полученные данные находят отражение в достоверных различиях по шкале «воспитательская неуверенность» ($p < 0,05$). В семьях здоровых детей данные нарушения воспитания отмечаются значимо реже, чем в семьях детей с БА ($p < 0,01$).

Обнаружен ряд взаимосвязей между особенностями семейного воспитания и показателями семейной сплоченности и адаптации в семьях детей с БА. Так, на системном семейном уровне, родители больных детей пытаются справиться с семейным стрессом, вызванным обострением заболевания у ребенка, за счет таких параметров адаптивности семьи, как гибкость и дисциплина, взаимосвязанных с родительскими воспитательными характеристиками. Выявлены значимые взаимосвязи между такими параметрами, как гибкость семейной системы, с одной стороны, и недостаточность требований и минимальность санкций у матерей больных детей ($p < 0,05$), с другой. У отцов детей с БА важным параметром семейной системы является дисциплина. С показателем дисциплины прямо связаны такие особенности воспитания, как чрезмерность санкций, гиперпротекция, фобия утраты ребенка ($p < 0,01$), и обратно - гипопротекция, потворствование, недостаточность требований к ребенку ($p < 0,01$). Для контрольной группы данные взаимосвязи не характерны.

У матерей больных детей также обнаружены прямые взаимосвязи между вынесением супружеского конфликта в сферу воспитания, интересом к ребенку и совместным отдыхом с ним ($p < 0,05$). У отцов детей с БА обнаружена отрицательная взаимосвязь между шкалами «интерес и отдых» и «гиперпротекция» ($p < 0,05$). В контрольной группе подобных взаимосвязей нет.

Т. о., супружеская дисфункция в семьях детей с БА может лежать в основе снижения адаптивности семейной системы, в результате чего семья больного ребенка не способна выполнять саногенную функцию при обострении его заболевания.

Исходя из полученных результатов, можно выделить следующие мишени для психокоррекции:

- малоадаптивные копинг-стратегии детей с бронхиальной астмой;
- нарушения процесса воспитания в семьях детей с БА;
- структура компонентного состава семейной сплоченности и семейной адаптации: баланс между всеми компонентами (эмоциональная связь, семейные границы, принятие решений, совместное время, общие друзья интерес и отдых, лидерство, контроль, дисциплина, семейные роли и правила).

Выводы

1. Дети с БА чаще используют копинг-стратегии, основным содержанием которых является телесный контакт и отношения привязанности, обращение к Богу как Высшей Силе и аффективное отреагирование с агрессией, направленной вовне.

2. Психологическую защиту матерей детей с БА отличает использование интеллектуализации, а психологическую защиту отцов – использование реактивного образования.

3. Для совладающего поведения матерей детей с БА характерно сочетание планирования решения проблем с низким уровнем принятия ответственности, а для совладающего поведения отцов характерны конфронтация, дистанцирование и самоконтроль.

4. Проявление семейной сплоченности выше в семьях здоровых детей, чем в семьях детей с БА. Семьи больных детей отличается разделенный (низко сбалансированный) уровень семейной сплоченности, а семьи здоровых – объединенный (сбалансированный) уровень.

5. Параметр семейной адаптации «дисциплина в семье» является общим для матерей и отцов детей 9-11 лет с БА.

6. У родителей детей с БА в идеальных представлениях о семейной сплоченности и адаптации отражается желание, чтобы уровень данных показателей в их семьях был бы выше, чем в их реальности.

7. Воспитательную практику матерей детей с БА отличает минимальность санкций по отношению к ребенку. Для отцов детей с БА характерны гиперпротекция, недостаточности запретов к ребенку и потворствование.

8. На системном семейном уровне родители больных детей пытаются справиться с семейным стрессом, вызванным обострением заболевания у ребенка, за счет таких параметров адаптивности семьи, как гибкость и дисциплина, которые взаимосвязаны с родительскими воспитательными характеристиками.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. Лечение детей с психосоматическими расстройствами. - СПб.: Речь, 2002. - 560 с.

2. Билецкая М.П. Краткосрочная «ромбовидная» векторная семейная психотерапия. Учебно-методическое пособие. - СПб., 2006. - 40 с.

3. Исаев Д.Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. - СПб.: Речь, 2005. - 400с.

4. Крюкова Т.Л., Сапоровская М.В., Куфтяк Е.В. Психология семьи: жизненные трудности и совладание с ними. - СПб: Речь, 2005. - 240 с.

5. Никольская И.М., Грановская Р.М. Психологическая защита у детей. - СПб.: Речь, 2001. - 507 с.

6. 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.

7. Kliever W. Coping in Middle Childhood: Relations to Competence, Type A Behavior, Monitoring, Blunting and Locus of Control // Dev. Psychol. - 1991. - V. 27. - № 4. - P.689-697.

8. Lazarus R.S. Coping theory and research: Past, present and future // Psychosomatic Medicine. - 1993. - V. 55. - P. 234-247.

Бородкина Л.В.

ОСОБЕННОСТИ ВОСПРИЯТИЯ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ВЗАИМОДЕЙСТВИЙ ПРИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Росздрава (Санкт-Петербург).

Стремление к установлению межличностных контактов, потребность принадлежности к группе являются ключевыми особенностями мотивационной сферы в подростковом и юношеском возрасте. Есть серьезные основания

полагать, что при депрессиях, возникающих в подростковом и юношеском возрасте, можно наблюдать несоответствие между успешным взаимодействием с несоциальными объектами и проблемами в сфере интерперсонального функционирования. Человек организует свое интерперсональное функционирование в соответствие с тем, как, каким образом он воспринимает социальное окружение. Восприятие социальных ситуаций человеком определяется социальными схемами, в которых отражен прошлый опыт межличностных взаимодействий [1; и др.]. Межличностное взаимодействие представляет собой очень сложный, специфически человеческий вид деятельности, для которого характерен особый тип взаимосвязи: субъект–субъектные отношения. Восприятие человека человеком – чрезвычайно важная сторона межличностного взаимодействия. Это взаимный процесс, происходящий между двумя отдельными субъектами.

В нашем исследовании будет предпринята попытка исследовать особенности социальной перцепции депрессивных больных на трех содержательных уровнях: перцептивном (характеристики распознавания эмоционального состояния партнера по взаимодействию), когнитивном (характеристики когнитивных стратегий, используемых для интерпретации полученного перцептивного материала), поведенческом (характеристики восприятия поведенческих проявлений при межличностном взаимодействии). В данной статье будут представлены результаты пилотного исследования, направленного на изучение только особенностей восприятия межличностных взаимодействий (поведенческий уровень). Важной особенностью восприятия межличностных взаимодействий является то, что воспринимающий сам является участником общения. Поэтому следует разделять диапазон воспринимаемых межличностных взаимодействий и диапазон собственных межличностных взаимодействий.

Для нашего исследования был выбран метод косвенного моделирующего эксперимента, предложенный и апробированный Д.М. Холмовым для диагностики восприятия межличностных взаимодействий больными шизофренией [5]. Используемая методика по своему диагностическому построению и замыслу тесно связана с такими экспериментальными проективными техниками, как ТАТ, тест Сонди, тест Розенцвейга. Методика характеризуется применением невербального стимульного материала, достаточной компактностью, возможностью постоянно контролировать удержание и понимание материала. Ответы испытуемых и особенности поведения в эксперименте заносились в протокол.

В результате эксперимента получают модели межличностных взаимодействий и определяется заполненность этих моделей выделенными показателями особенностей восприятия взаимодействий. При обработке данных вычислялось среднее значение выделенных показателей.

В исследовании принял участие 21 пациент с ведущим депрессивным синдромом в возрасте от 17 до 21 года (15 девушек и 6 юношей). Больные находились на стационарном лечении в Тверском областном психоневрологическом диспансере. Наличие депрессивной симптоматики устанавливалось лечащим психиатром. Дифференциации по нозологической принадлежности, в рамках которой диагностируется депрессивный синдром, на данном этапе исследования произведено не было в связи с недостаточной выборкой исследуемых.

В результате исследования получены показатели, которые характеризуют:

1) особенности воспринимаемых межличностных взаимодействий депрессивных больных (исследуемому предлагалось рассказать, что происходит между парой персонажей на картинке);

2) особенности восприятия собственных взаимодействий депрессивных больных с другими людьми (исследуемому предлагалось рассказать, что могло бы произойти между ним и человеком изображенным на картинке).

При обработке данных вычислялось среднее значение показателей.

В качестве условных единиц анализа особенностей воспринимаемых межличностных взаимодействий были выделены следующие параметры и получены следующие показатели:

1. Указание на совместную деятельность. Основанием для выделения данного показателя служили упоминание об общении между персонажами и описание их совместной деятельности. По данному параметру большинство испытуемых воспринимают и описывают взаимодействие двух персонажей (93%).

2. Указание на то, что в данном межличностном взаимодействии имеет место несогласие или конфликт между персонажами. Этот показатель в нашей работе обозначен как «восприятие конфликтов». Количественный показатель этого параметра равен 100%, это означает, что все испытуемые при описании персонажей воспринимают ситуацию межличностного взаимодействия как ситуацию несогласия или конфликта.

3. Указание на переживания персонажей и описание эмоциональных состояний. К описанию переживаний участников взаимодействия обратились 87% испытуемых. Среди учитываемых в процессе общения эмоций депрессивные больные выделяют следующие: обида (71,4%), гнев, агрессия (47,6%), радость (33,3%). Можно отметить ограниченный диапазон воспринимаемых эмоциональных состояний и преобладание негативных переживаний.

4. Указание на реакции партнера при взаимодействии. Этот показатель оценивался по двум параметрам: ответная реакция присутствует или отсутствует. Положительная ответная реакция на взаимодействие была диагностирована у 23,8% испытуемых, отрицательная – у 42,8%. Ответная реакция на взаимодействие отсутствует у 33,3% больных.

5. Указание на сферу отношений, в рамках которых происходит описанное взаимодействие. Количество указаний на то, что взаимодействие происходит в рамках определенной сферы отношений, было распределено следующим образом: семейная сфера - 81%; сфера дружеских отношений – 28,5%; сфера производственных или учебных отношений – 52,3%; сфера формальных общественных отношений – 71,4%. Проанализировав данные показатели, можно прийти к выводу, что большинство описанных воспринимаемых ситуаций относится к сферам, где доминируют зависимые отношения: ребенок–родитель, учитель–ученик, начальник–подчиненный; либо это формальные отношения без включения эмоционального компонента взаимодействия.

В качестве условных единиц анализа особенностей восприятия собственных взаимодействий с другими людьми были выделены следующие параметры и получены следующие показатели:

1. Количество описаний взаимодействий. Данный показатель отражает готовность испытуемого вступить в контакт с изображенным персонажем,

если бы он встретился им в реальной жизни. 90% испытуемых предположили для себя такую готовность, однако в 66,6% случаев во взаимодействии участвует только один человек (больной или изображенный персонаж) и лишь 19% испытуемых указывают ответную реакцию партнера. Количество двухсторонних взаимодействий ограничивается 4,7% случаев.

2. Восприятие конфликтов. Так же, как и в первом случае, в данном показателе были выделены два параметра: несогласие между партнерами или конфликт. Интересно, что в ситуации, когда сам больной является участником взаимодействия, данные показатели кардинально меняются. Теперь в диапазоне собственных межличностных взаимодействий испытуемые совсем не описывают конфликтных ситуаций, т. е. количественный показатель данного параметра равен 0%, а ситуация несогласия встречается у 28,5% испытуемых. Такое существенное расхождение данных нуждается в более тщательном анализе и гипотетически может указывать на высокий уровень подавляемой агрессивности депрессивных больных либо на страх перед межличностными контактами и шаблонное восприятие социального окружения как враждебно настроенных конфликтных людей.

3. Указание на переживания персонажей. К описанию переживаний участников взаимодействия обратились только 66,6% испытуемых. Снижение данного показателя может свидетельствовать о затруднениях осмысления депрессивными больными эмоциональных переживаний при непосредственном участии в общении, а также о большей шаблонности оценок при восприятии чужих взаимодействий.

4. Указание на сферу отношений, в рамках которых происходит описанное взаимодействие. Как и в первом случае, нами были выделены четыре сферы отношений, в рамках которых может происходить данное взаимодействие. Данные, полученные при восприятии собственных межличностных взаимодействий, также значительно изменились. Сферу семейных отношений указывают только 4,7% испытуемых. От больных можно было услышать комментарии следующего рода: «Если бы это была моя мама, то я бы с ней поговорил о домашних проблемах». Подобное расхождение результатов по данному показателю гипотетически можно трактовать как сложность выделения себя как субъекта в семейной сфере отношений. Данное предположение согласуется с точкой зрения психодинамического направления, где причина депрессии рассматривается в контексте зависимости от объекта [4]. Увеличивается количество указаний на сферу формальных общественных отношений (90%). Сфера дружеских отношений практически осталась без изменений (23,8%). Указания на сферу производственных или учебных отношений несколько сократились (38%).

5. Указание на активность партнера и собственную активность испытуемого (инициатива в общении принадлежит только ему). Вопреки ожиданиям, депрессивные больные стремятся к собственной активности в процессе общения (57,1%) и только в 28,5% случаев допускают активность партнера.

Полученные нами данные нуждаются в расширении экспериментальной выборки, распределению больных по нозологиям, в рамках которых диагностируется депрессивное состояние, а также в добавлении данных, собранных по особенностям этих больных на перцептивном и когнитивном уровне орга-

низации восприятия межличностных взаимодействий. Однако уже первичные результаты эксперимента интересны для построения дальнейших исследовательских гипотез и интерпретаций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреева Г.М. Социальная психология. – М., 1980.
2. Комер Р. Патопсихология поведения. Нарушения и патология психики. – СПб., 2002.
3. Мак-Каллоу Дж. Лечение хронической депрессии. – СПб., 2003.
4. Решетников М.Н. Психодинамика и психотерапия депрессивных состояний. – СПб., 2003.
5. Холмов Д.Н. Особенности восприятия межличностных взаимодействий больными шизофренией. Дисс. ...канд. психол. наук. - М., 1984.

А.А. Воронцов

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАЩИТА И СОВЛАДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ У ЛИЦ, ИДЕНТИФИЦИРУЮЩИХ СЕБЯ КАК ПРАВОСЛАВНЫЕ ХРИСТИАНЕ

Русская христианская гуманитарная академия (Санкт-Петербург).

Актуальность настоящей работы определяется необходимостью учитывать индивидуально-психологические особенности клиентов, связанные с их религиозностью, в процессе психологического консультирования и психотерапии.

Цель исследования – изучить психологические защитные механизмы, стратегии и стили совладающего (копинг) поведения у лиц возраста ранней зрелости, идентифицирующих себя как православные христиане.

Исследование проводилось с весной 2008 г. через Интернет. Предложение принять в нем участие было помещено на соответствующие Интернет-ресурсы (православные форумы и группы, а также сообщества и форумы атеистов).

Всего обследованы 70 человек от 20 до 40 лет. Основную группу, 40 человек (57,14%), составили лица, определившие себя как православные христиане; контрольную – 30 человек (42,86%), не относящие себя ни к одной из существующих религиозных систем и определившие себя как неверующих.

В основной группе: 47,5% (19 чел.) мужчины; 52,5% (21 чел.) женщины; 55% (22 чел.) лица в возрасте 20-29 лет, 45% (18 чел.) - в возрасте 30-40 лет. Из них 65% (26 чел.) имеют высшее образование; 35% (14 чел.) – неполное высшее образование. 55% не замужем/не женаты/разведены; 45% замужем/женаты.

В контрольной группе: 43,33% (13 чел.) мужчины, 56,66% (17 чел.) женщины; 66,66% (20 чел.) в возрасте от 20 до 29 лет; 33,33% (10 чел.) – от 30 до 40 лет. 33,33% имеют высшее образование, 66,66% – неполное высшее образование; 63,33% не женаты/не замужем; 36,66% замужем/женаты.

Использованы методики «Индекс жизненного стиля» ИЖС Плутчика-Келлермана [2], опросник о способах копинга ОСС Р. Лазаруса и С. Фолкман, методика многомерного измерения копинга «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях» КПСС Э. Эндлера и Д. Паркера [1]. Статистическая обработка включала анализ средних величин, установление достоверности различий; корреляционный анализ.

В табл. 1 представлены результаты сравнения исследованных психологических показателей у испытуемых основной и контрольной групп.

Таблица 1.

Средние значения психологических защитных механизмов, копинг-стратегий и копинг-стилей у испытуемых основной и контрольной групп

Методики	Группа		t-критерий
	Основная	Контрольная	
ИЖС			
Отрицание	66,67	51,06	p=0,001
Вытеснение	63,87	64,66	
Регрессия	48,67	45,06	
Компенсация	71,20	59,60	p=0,031
Проекция	55,75	66,86	
Замещение	50,72	52,30	
Интеллектуализация	48,45	63,70	
Реактивное образование	73,37	50,16	p=0,000
ОСС			
Конфронтативный копинг	0,53	0,63	p=0,014
Поиск социальной поддержки	0,69	0,60	
Планирование решения проблемы	0,64	0,71	
Самоконтроль	0,73	0,58	p=0,000
Дистанцирование	0,58	0,56	
Положительная переоценка	0,73	0,58	p=0,001
Принятие ответственности	0,70	0,65	
Бегство-избегание	0,60	0,54	
КПСС			
ПОК	59,85	53,60	p=0,043
ЭОК	49,87	60,06	p=0,001
КОИ	44,75	48,63	

Сравнение обнаружило, что психологические защитные механизмы отрицания ($p=0,001$), компенсации ($p=0,031$) и реактивного образования ($p=0,000$) у испытуемых основной группы выражены достоверно больше, чем у испытуемых контрольной (табл. 1). Это указывает, что они в большей степени склонны игнорировать некоторые фрустрирующие, вызывающие тревогу обстоятельства, какой-либо внутренний импульс или даже какие-то личные свойства и проявления; чаще пытаются найти подходящую замену реального или воображаемого недостатка, дефекта другим качеством с помощью фантазирования или присвоения себе свойств, достоинств, ценностей, поведенческих характеристик другой личности; склонны нейтрализовать неприемлемые, угрожающие импульсы, трансформируя их в противоположные (например, агрессию – в заботливость).

Испытуемые основной группы достоверно чаще, чем испытуемые контрольной, выбирают копинг-стратегии самоконтроля ($p=0,000$) и положительной переоценки ($p=0,001$). Это говорит о том, что лица, идентифици-

рующие себя как православные христиане, в большей степени склонны прикладывать усилия к регулированию своих чувств и действий, а также осознавать положительное значение событий своей жизни, фокусироваться на росте собственной личности.

Также у испытуемых основной группы достоверно больше ($p=0,043$), чем у испытуемых контрольной группы, выражен проблемно-ориентированный стиль копинга, ПОК, и меньше ($p=0,001$) – эмоционально-ориентированный стиль копинга, ЭОК. В табл. 2 приведены результаты сравнение особенностей психологической защиты и копинг-поведения у испытуемых основной группы разного пола и возраста.

Таблица 2.

Средние значения психологических защитных механизмов, копинг-стратегий и копинг-стилей у испытуемых основной группы с учетом пола и возраста

ИЖС	Группы		t- критерий	Группы		t- критерий
	Муж- чины	Жен- щины		20 – 29 лет	30 – 40 лет	
Отрицание	57,46	62,10		64,00	53,96	
Вытеснение	63,84	64,52		60,26	70,14	
Регрессия	46,03	48,05		55,45	34,64	$p=0,001$
Компенсация	69,50	63,47		68,47	62,85	
Проекция	54,12	65,89	$p=0,035$	58,66	63,28	
Замещение	51,09	51,65		54,21	47,17	
Интеллектуализация	56,09	54,05		50,64	61,50	
Реактивное образование	69,15	58,60		64,38	62,00	
ОСС						
Конфронтативный копинг	0,58	0,59		0,60	0,55	
Поиск социальной поддержки	0,65	0,66		0,64	0,68	
Планирование решения проблемы	0,67	0,69		0,64	0,73	$p=0,050$
Самоконтроль	0,69	0,66		0,67	0,69	
Дистанцирование	0,60	0,56		0,60	0,54	
Положительная переоценка	0,66	0,68		0,63	0,73	
Принятие ответственности	0,72	0,66		0,64	0,80	
Бегство-избегание	0,60	0,58		0,60	0,55	
КПСС						
ПОК	57,28	57,07		54,00	61,92	$p=0,010$
ЭОК	53,90	54,52		54,26	54,21	
КОИ	42,84	49,42	$p=0,047$	49,38	41,96	$p=0,027$

Сравнение испытуемых основной группы по полу обнаружило (табл. 2), что у женщин, по сравнению с мужчинами, больше выражены защитный механизм проекции ($p=0,035$) и копинг-стиль, ориентированный на избегание – КОИ ($p=0,047$). Это свидетельствует о том, что они больше, чем мужчины, локализируют вовне неосознаваемые и неприемлемые для личности чувства и мысли, приписывают их другим людям и таким образом делают собственные

негативные качества как бы вторичными, а также чаще предпочитают отвлечение и уход от своих проблем.

Сравнение по возрасту показало, что выраженность защитного механизма регрессии достоверно выше у испытуемых в возрасте 20–29 лет, чем у испытуемых в возрасте от 30 до 40 лет ($p=0,001$). Испытуемые старшей возрастной группы значительно чаще ($p=0,050$) выбирают стратегию планирования решения проблемы – ПОК ($p=0,010$), а испытуемые из младшей возрастной группы – КОИ ($p=0,027$).

Корреляционный анализ выявил ряд взаимосвязей психологических защитных механизмов, копинг-стратегий и копинг-стилей у испытуемых основной группы.

Выраженность защитного механизма отрицания прямо взаимосвязана с выраженностью конфронтативного копинга (0,333), копинг-стиля, ориентированного на избегание, (0,382) и обратно – с ориентацией на решение проблемы (-0,403) и проблемно-ориентированным стилем копинга (-0,402).

Выраженность защитного механизма компенсации прямо взаимосвязана с выраженностью стратегии избегания (0,290) и обратно – с ориентацией на решение проблемы (-0,335).

Чем больше выражен защитный механизм регрессии, тем ниже ориентация на решение проблемы (-0,295), самоконтроль (-0,362), принятие ответственности (-0,398) и тем выше – избегание (0,358).

Чем больше значение проекции, тем чаще используется конфронтативный копинг (0,300) и стратегия дистанцирования (0,267).

Можно видеть, что результаты корреляционного анализа не выявили взаимосвязей между отличительными для испытуемых основной группы психологическими защитными механизмами (отрицание, компенсация, реактивное образование) и копинг-стратегиями (самоконтроль, положительная переоценка). Более того, защитный механизм отрицания оказался обратно взаимосвязанным с характерным для испытуемых основной группы проблемно-ориентированным стилем копинга.

Полученные данные следует учитывать при проведении психологического консультирования и психотерапии лиц, идентифицирующих себя как православные христиане.

Выводы:

1. Психологические защитные механизмы отрицания, компенсации и реактивного образования у испытуемых основной группы выражены достоверно больше, чем у испытуемых контрольной.

2. Испытуемые основной группы, по сравнению с испытуемыми контрольной, достоверно чаще выбирают копинг-стратегии самоконтроля и положительной переоценки, проблемно-ориентированный стиль копинга и реже – стратегию конфронтации и эмоционально-ориентированный стиль копинга.

3. У женщин основной группы, по сравнению с мужчинами, больше выражены защитный механизм проекции и копинг-стиль, ориентированный на избегание.

4. Выраженность защитного механизма регрессии и копинг-стиля избегания достоверно выше у испытуемых в возрасте 20–29 лет, а выраженность стратегии планирования решения проблемы и проблемно-ориентированного

стиля копинга – у испытуемых в возрасте от 30 до 40 лет.

5. Прямых взаимосвязей между отличительными для испытуемых основной группы психологическими защитными механизмами и копинг-стратегиями не выявлено.

ЛИТЕРАТУРА

1. Крюкова Т. Л. Методы изучения совладающего поведения: три копинг-шкалы. – Кострома: Авантитул, 2007. – 60 с.

2. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля: Пособие для врачей и психологов / Под ред. Л.И. Вассермана. – СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1998. – 48 с.

С.И. Желнова

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МАТЕРИНСКОЙ ПОТРЕБНОСТНО-МОТИВАЦИОННОЙ СФЕРЫ ДЕВУШЕК-ВОСПИТАННИЦ ЗАКРЫТЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ Северо-восточный государственный университет (Магадан).

На сегодняшний день наблюдается сложная ситуация риска социально-психологической дизадаптации девушек-воспитанниц закрытых учреждений в сфере материнства, что приводит к различным формам девиантного материнства со стороны матерей-сирот [1]. Это связано с психологической травмой депривации материнства у сирот, личностными особенностями девушек, сформированными в условиях закрытых учреждений? и проявляется еще до появления объекта материнства (ребенка), то есть до беременности [3, 6, 7, 8, 9].

Согласно Г.Г. Филипповой, материнство является потребностно-мотивационной сферой женщины, которая состоит из трех блоков: эмоционально-потребностного, ценностно-смыслового и операционального [10]. Формирование и развитие блоков, их содержательное наполнение происходит вместе с онтогенезом женщины начиная с ее рождения. Каждый из блоков имеет свое функциональное значение: ценностно-смысловой блок предполагает значимость компонентов материнства в структуре ценностей женщины, операциональный блок – это совокупность знаний, умений по осуществлению материнской деятельности, эмоционально-потребностный блок – это отношение субъекта материнства к основным компонентам материнства.

С целью изучения особенностей материнской потребностно-мотивационной сферы девушек-воспитанниц закрытых учреждений нами было проведено эмпирическое исследование, в котором участвовали 52 девушки, из них 25 – воспитанницы закрытых учреждений (выпускницы и ныне проживающие в детских домах и интернатах Магаданской области) и 27 – воспитывающиеся в семье.

По результатам униполярного личностного семантического дифференциала А.Г. Шмелева, В.И. Похилько, А.Ю. Козловской-Тельновой (УЛСД) по стимулам «мать» и «я-мать» для исследования *эмоционально-потребностного блока* материнской сферы и самостоятельно разработанной анкеты, направленной на выявление качественных представлений о себе как о матери было выявлено, что девушки-сироты позитивно относятся к компо-

нентам материнства, однако существуют различия у экспериментальной и контрольной выборок в образе «мать» и «я как мать». Образ «матери» у девушек-сирот нравственно положительно окрашен, а у девушек из семей наполнен внешне приятными качествами; образ «себя как матери» у девушек-сирот дифференцирован, идеализирован и определяется их регулятивными и организационными качествами. Явная идеализация себя как матери может свидетельствовать о завышенной самооценке девушек, непризнании ответственности за субъектом материнства и т. д. У девушек из семей образ «я-мать» не совпадает, он индивидуален, материнство для них – ответственный шаг, к которому они по многим качествам еще не готовы.

Кроме того, мы сравнили особенности материнской сферы у девушек-сирот с разным опытом проживания в закрытых учреждениях (первая группа – это девушки, проживающие в закрытых учреждениях с дошкольного и младшего школьного возраста, разлука с матерью у которых произошла в возрасте 3-8 лет; вторая группа – те, кто проживает в закрытых учреждениях с 9-16 лет). Так, степень идеализации образа «матери» и «себя как матери» положительно коррелирует с длительностью проживания в закрытых учреждениях, т. е. особенности социальной ситуации развития закрытых учреждений являются важным фактором формирования подобных особенностей материнской сферы сирот.

Для исследования *операционального блока* материнской сферы использовалась самостоятельно разработанная анкета, направленная на изучение представления о выполнении материнских функций. Девушки-воспитанницы закрытых учреждений более осведомлены о разнообразии операций по уходу за ребенком и имеют больший опыт выполнения операций матери (кормление ребенка и подготовка к кормлению, пеленание, укладывание спать ребенка, купание, общение с ребенком, обучение ребенка, обеспечение, а также осведомленность о необходимости вести «хороший» образ жизни), которые преимущественно окрашены положительным, трепетным отношением, что может свидетельствовать о значимости сферы материнства для них. Девушки из семей значительно больше осведомлены о необходимости развивать, воспитывать ребенка.

Для исследования *ценностно-смыслового блока* материнской сферы использовались модифицированная методика «Кто я?» М. Куна и Т. Мак-Партланда (модификация заключалась в предъявлении испытуемым двух вопросов: «кто я?» и «кто я в будущем?»), а также модифицированная методика ценностных ориентаций М. Рокича (модификация заключалась в добавлении в список терминальных ценностей пункта «счастливое материнство»). В результате статистической обработки полученных данных методики самоотношения «Кто я?» выявлено, что девушки-сироты значительно реже осознают необходимость реализации материнства в своей жизненной перспективе. Это может быть связано с личностными особенностями девушек-воспитанниц закрытых учреждений. Так, некоторые авторы описывают, что у воспитанников детского дома преобладают мотивы сегодняшнего дня или ближайшего будущего, а мотивы отдаленной перспективы оказываются практически не выраженными [5, 6].

Полученные данные по методике ценностных ориентаций М. Рокича свидетельствуют о том, что материнство как ценность входит в первую тройку в иерархии терминальных ценностей девушек-сирот, что коррелирует с позици-

ей материнства в ценностных ориентациях у девушек из семей. Т. е. в ценностно-смысловом блоке материнской сферы материнство занимает высокий ранг, однако это не является особенностью экспериментальной группы, т. к. свойственно и контрольной группе. Значимость материнской сферы у девушек-сирот может быть обусловлена присутствующей психологической травмой депривации материнства, а также особенностью условий самого закрытого учреждения в окружении таких же детей без материнского попечения, фиксацией факта принадлежности к числу не опекаемых в других социальных институтах и структурах (школе, средних специальных учебных заведениях и т. д.).

Итак, исследовав три блока материнской потребностно-мотивационной сферы у девушек-воспитанниц закрытых учреждений Магаданской области, мы видим, что в этой сфере существуют социально-психологические особенности: девушки-воспитанницы закрытых учреждений, имеют положительное отношение к компонентам материнства, но идеализированный и стереотипный образы матери и себя как матери; они осведомлены и владеют набором операций матери по уходу за ребенком, но реже, чем девушки из семей, осознают свою роль матери в жизненной перспективе.

В отличие от них, девушки из семей, имея положительное отношение к компонентам материнства, более реалистично и индивидуально представляют образ матери и себя как матери, менее эмоциональны и более уверены в описании ситуаций взаимодействия с маленькими детьми, владеют малым опытом обращения с ребенком и мало осведомлены, значимо чаще признают роль матери для себя в жизненной перспективе. Важно, что, характеризуя себя как мать, девушки из семей основными качествами выбирали ответственность и средства воспитания и контроля ребенка, а девушки-сироты – качества, указывающие на реализацию морально-нравственного аспекта их поведения.

Выявленные особенности в материнской сфере у девушек-сирот, являются важным подтверждением у них образа семьи, т. е. при повышенной значимости присутствует идеализация образа (расплывчатый, неконкретный образ идеальной семьи). Эти особенности являются результатом социальной ситуации развития девушек – ситуации закрытых учреждений. При этом многие авторы [1, 2, 3] отмечают особенность, что конкретными и эмоционально насыщенными, гипертрофированными являются для девушек-сирот негативные, отрицательные характеристики семьи и ее членов, что связано с жизненным опытом проживания в подобной «плохой» семье. Все это становится угрозой для восприятия и реализации своего материнского поведения к моменту беременности девушки, т. е. искажает адекватное формирование готовности к материнству.

ЛИТЕРАТУРА

1. Брутман В.И. Влияние семейных факторов на формирование девиантного поведения матери / В.И. Брутман, А.Я. Варга, И.Ю. Хамитова // Психологический журнал. - 2000. - № 2. - С. 79-87.
2. Брутман В.И. Некоторые результаты обследования женщин, отказывающихся от своих новорожденных детей / В.И. Брутман, М.Г. Панкратова, С.Н. Ениколопов // Вопросы психологии. - 1994. - № 5. - С. 31-40.
3. Буянов М.И. Ребенок из неблагополучной семьи: записи детского психиатра. - М. : Просвещение, 1988. - 207 с.

4. Вилюнас В. Психология развития мотивации. – СПб. : Речь, 2006. – 458 с.
5. Выготский Л.С. Собрание сочинений в 6 томах. Т.4 – М. : Педагогика, 1984. – 432 с.
6. Дубровина И.В. Рабочая книга школьного психолога / Дубровина И.В. [и др.]. – М. : Просвещение, 1991. – 303 с.
7. Кондрашев М.Ю. Социальная психология закрытых образовательных учреждений. – СПб. : Питер, 2005. – 304 с.
8. Ослон В.Н. Жизнеустройство детей-сирот: депривационные нарушения в развитии ребенка. – СПб. : Питер, 2006. – 302 с.
9. Прихожан А.М. Дети без семьи (Детский дом: заботы и тревоги общества) / А.М. Прихожан, Н.Н. Толстых. – М. : Педагогика, 1990. – 160 с.
10. Филиппова Г.Г. Психология материнства. – М. : Изд-во Института психотерапии, 2002. – 240 с.

М.Е. Калашникова

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ, ПЕРЕЖИВШИМ СМЕРТЬ ИЛИ ТЯЖЕЛУЮ БОЛЕЗНЬ ЧЛЕНА СЕМЬИ

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования, кафедра детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии (Санкт-Петербург).

Цель настоящей работы - изучение эмоциональной сферы и защитного поведения детей, переживших смерть или тяжелую болезнь близких родственников, выявление роли семьи в адаптации ребенка к психотравмирующей ситуации, разработка модели оказания психологической помощи детям и их родственникам [1, 2]. Объект исследования - дети от 7 до 12 лет с расстройством эмоций и поведения, проходящие лечение в третьем диспансерном отделении Центра восстановительного лечения «Детская психиатрия» и их родители. К настоящему времени обследованы 15 семей, в которых дети пережили смерть члена семьи, и 7 семей, где дети переживали тяжелую болезнь близкого родственника.

Родители этих детей обратились за медицинской помощью к психиатру и затем были направлены к психологу. Чаше всего они жаловались на немотивированную агрессию и негативизм у детей, трудности в общении, неуспеваемость. Во время беседы с психологом дети производили впечатление пассивных, отстраненных, эмоционально отгороженных. При более подробном расспросе многие давали аффективную реакцию. Сами родители тоже активно предъявляли жалобы на тревогу, проблемы со здоровьем, сниженное настроение.

В ходе психодиагностического обследования получены следующие результаты.

1. Для большинства детей характерны демонстративность, сенситивность, беззащитность, заниженная самооценка, трудности в установлении близких эмоциональных отношений с окружающими, недостаточное развитие коммуникативных навыков (проективные методики «Дом-Дерево-Человек»; тест руки Вагнера в адаптации Т.Н. Курбатовой).
2. У всех детей повышен уровень тревожности. Особенно выражены: «тре-

вога в ситуации проверки знаний»; «тревога в ситуациях самовыражения»; «тревога в связи с оценкой окружающих». Дети, пережившие смерть родственника, в школе чувствуют большее эмоциональное напряжение, чем дома, а дети, у которых болеют родственники, наоборот, более тревожны дома, чем в школе (методика «Многомерная оценка детской тревожности» Е.Е. Ромицыной).

3. В ситуации фрустрации дети чаще всего проявляют интропунитивные, а реже всего – импунитивные реакции. Наиболее характерный тип реакции – «фиксация на самозащите». Это указывает на низкую самооценку, ранимость и неуверенность в себе (тест фрустрационной толерантности Розенцвейга).

4. С ситуациями стресса детям помогают справляться разнообразные копинг-стратегии. Самые частые из них: «Остаюсь один, сам по себе»; «Мечтаю, представляю себе что-нибудь», «Молюсь», «Обнимаю и прижимаю к себе кого-нибудь близкого, любимую вещь или глажу животное». Эти стратегии свидетельствуют об одиночестве детей, уходе в мечты и фантазии, потребности в физическом, сенсорном и эмоциональном контакте – так называемых отношениях привязанности (опросник копинг-стратегий школьного возраста в адаптации И.М. Никольской, Р.М. Грановской).

5. Почти у всех детей выявлено большое количество страхов. В основе большинства из них лежит страх «агрессии извне». Так, например, дети боятся маньяков, нападения, инопланетян. Многие переживают чувство обиды по отношению к одноклассникам. Дети, пережившие смерть члена семьи, часто волнуются за других родственников, боятся их потерять. Большинство детей, воображая себя волшебниками, желают вернуть то время, когда все члены семьи были живы. Дети, у которых тяжело болеет родственник, желают его выздоровления. Отметим, что дети, потерявшие близкого родственника, в будущем нередко видят себя одинокими (методика серийных рисунков и рассказов И.М. Никольской).

6. Воспитание детей чаще всего осуществляется по типам гиперпротекции либо гипопротекции. Гармоничный стиль воспитания выявлен только в двух семьях. Именно в этих семьях дети были лучше адаптированы к социуму, имели менее выраженные эмоциональные нарушения и потому с ними было легче установить рабочий альянс во время психокоррекционных занятий (опросник «Анализ семейных взаимоотношений» Э. Г. Эйдемиллера, В. Юстицкиса; методика «Семейная социограмма» в модификации Э.Г. Эйдемиллера, И.М. Никольской).

7. Родители обследованных детей в ситуации стресса чаще используют такие копинг-стратегии как «поиск социальной поддержки», «положительная переоценка ситуации» (опросник ОСС Р. Лазаруса, С. Фолкман).

Результаты психодиагностики соответствовали данным, полученным в ходе наблюдения и опроса. У детей наблюдались пониженный фон настроения, проблемы со сном, повторяющиеся навязчивые мысли. Они были чувствительны, зависимы от мнения окружающих, имели низкую самооценку и размытость психологических границ. В ряде случаев в семье ребенку уделялось недостаточно внимания, т. к. родители сами переживали потерю близкого человека и находились в процессе горевания. Переживание смерти могло сплотить родственников, в результате чего семья изолировалась от социального окружения, хотя до смерти близкого человека между членами семьи на-

блюдалась большая дистанция. Создавалось впечатление, что некоторые дети находились как бы «в двух измерениях». Так, например, одна девочка призналась, что одна ее часть живет в настоящем, а другая – в прошлом, когда произошла смерть отца.

В дальнейшем с некоторыми из обследованных детей проводились сеансы психотерапии. Они были направлены на стабилизацию и гармонизацию эмоциональной сферы детей, коррекцию внутрисемейных отношений. В основе психотерапии лежал психоаналитический подход. Использовались техники арт-терапии и игровой психотерапии.

С точки зрения психоанализа [3], при смерти утраченный объект долго переживается в качестве интроекта. Полная проработка потери постепенно сделает объект излишним. Интроект потерянного объекта в итоге исчезнет в соответствии с его замещением другими формами интернализации и замещающими объектными отношениями.

Дети, с которыми проводилась психотерапия, активно просили помощи в связи с дискомфортным эмоциональным состоянием. Прежде всего им оказывалась эмоциональная поддержка, в которой они так нуждались. В ходе работы было отмечено, что у ребенка часто возникает перенос на психолога чувств по отношению к утраченному объекту. Психологу приходилось временно брать на себя функции утраченного объекта (например, умершего родителя, независимо от его пола) и устанавливать с ребенком доверительные отношения. Затем психолог и ребенок совместно проживали ситуацию потери и проходили стадии горевания (если ребенок не прошел их самостоятельно). Т. о., в ходе психотерапии ребенок получал замену утраченному объекту.

Следует отметить, что в начале работы между ребенком и психологом устанавливаются очень близкие, доверительные отношения, что является для ребенка и подростка крайне необходимым. Это обусловлено тем, что, с точки зрения психоанализа, во время утраты близкого происходит как бы потеря «части себя» (интоецированного объекта). Причем такая особенность характерна как для взрослых, так и для детей, независимо от возраста. В связи с этим психолог временно заменяет собой утраченный объект. И ребенок в результате получает необходимые ресурсы, чтобы в первое время совладать со своим эмоциональным состоянием, заменив утраченный объект другим.

Например, девочки, пережившие потерю матери, остро нуждаются в материнском объекте. Как следствие, они часто не могут выстраивать гармоничные отношения с лицами своего пола, т. к. ждут, что эти лица будут выполнять по отношению к ним материнские функции (защищать, опекать, помогать). В дальнейшем девочки нередко попадают в эмоциональную зависимость от лиц своего пола (при потере матери) и от лиц противоположного пола (при потере отца). Они переживают, если эти люди не оказывают им должного внимания, не способны разорвать отношения, даже если испытывают агрессию по отношению к себе со стороны этих людей. Такие особенности взаимоотношений можно объяснить предположительно тем, что лучше терпеть агрессию от объекта и поддерживать отношения, чем утратить объект. Первое можно пережить, второе – практически невозможно.

В процессе психотерапии работы дети, пережившие смерть родственника, могут оказаться в полной эмоциональной зависимости от психолога. В

этой ситуации специалисту крайне важно осознавать необходимость сохранения определенной дистанции с ребенком или подростком, а также давать возможность ребенку проявлять достаточную активность, не ставя его в позицию ведомого.

Если в ходе психотерапии психологу удастся пройти с ребенком совместно все стадии горевания, то интроект постепенно исчезнет. Тогда ребенок начинает учиться жить без поддержки психолога и перестраивает свои отношения с окружающей действительностью.

Т. о., в основе психологической помощи детям, которые пережили смерть близкого родственника в семье, лежит эмоциональная поддержка и умение психолога пребывать с ребенком не только в настоящем, но и в субъективном прошлом, когда произошла утрата. Благодаря этому дети не чувствуют себя одинокими, легче прощаются с прошлой ситуацией и устанавливает новые объектные отношения в настоящем времени.

В процессе оказания психологической помощи детям, переживающим болезнь члена семьи, необходимо прорабатывать чувства вины и страха по отношению к болеющему родственнику. Родителям таких детей также важна поддержка психолога. В ходе работы обнаружилось, что для них крайне важно осознавать, что психолог им помогает и, в том числе, частично контролирует ситуацию в семье.

ЛИТЕРАТУРА

1. Калашникова М. Е. Эмоциональные нарушения у детей, переживших смерть или тяжелую болезнь близких родственников в семье / Материалы третьей международной научной конференции «Психологические проблемы современной семьи». - Часть 1 (2) / Под общей редакцией Лидерса А.Г. - М., 2007. - С. 413.
2. Никольская И.М., Калашникова М.Е. Психодиагностика и психотерапия детей и членов их семей в ситуации смерти или тяжелой болезни близких / Мнухинские чтения. Успехи детско-подростковой психиатрии и психотерапии (исторический и междисциплинарный подход / Материалы конференции.- СПб., 2007. – С. 138-141.
3. Фрейд З. Печаль и меланхолия / Психология эмоций. Тексты / Под ред. В.К. Виллюнаса, Ю.Б. Гиппенрейтер. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984. – С. 203-207.

Е.Д. Красильникова

РОЛЬ СЕМЬИ В РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПРОЦЕССЕ РЕБЕНКА С ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Тверской государственный университет (Тверь).

Семья - это естественная среда для гармоничного формирования и развития ребенка. В то же время семьи, воспитывающие ребенка с отклонениями в развитии, испытывают много трудностей. В связи с этим современная тенденция в реабилитации ребенка с отклонениями в развитии состоит в расширении спектра коррекционных воздействий и переносе акцента с ребенка - на семью, т. к. главными лицами, определяющими его воспитание и социальную адаптацию, являются родители. Семьи, воспитывающие ребенка с психической патологией, характеризуются как семьи с высоким коэффициентом «проблемности».

На сегодняшний день система государственной психологической помощи данным семьям отсутствует. В большинстве случаев родители пытаются разрешить проблемы, связанные с воспитанием «особого ребенка», собственными силами. Положение семей, в которых воспитываются дети с отклонениями в развитии, усугубляется тем, что своевременная поддержка и профессиональное содействие таким семьям малоэффективны из-за отсутствия как концептуальных подходов и теоретико-методологического обоснования психологической помощи, так и практических разработок по данному вопросу. В результате особую важность приобретает проблема создания модели государственной психологической помощи семьям, воспитывающим детей с отклонениями в развитии [5].

Современная семья, в которой воспитывается ребенок с отклонениями в развитии, не выполняет роль образования, в котором созданы благоприятные условия для его развития и воспитания. Прежде всего это связано с особенностями внутрисемейной атмосферы. К ним относят: высокий уровень психической травматизации членов семей вследствие рождения ребенка с отклонениями в развитии; отсутствие мотивов к оказанию помощи ребенку у родителей; отсутствие элементарных психолого-педагогических знаний и знаний особенностей заболевания ребенка у родителей; непринятие специфики ребенка родителями, что обусловлено как особенностями их личности, так и культурно-ценностными ориентациями [5].

Создание общей системы психологической помощи семье с «особым» ребенком требует решения большого числа частных вопросов. Актуально исследование клинико-психологических особенностей родителей, воспитывающих детей с различной психической патологией. Знание специфики семей, в которых живут такие дети, позволяет осуществлять дифференцированный подход при их психотерапии.

Задача, которая стоит перед специалистами, работающими с семьей, – актуализировать ресурсы семейной системы, помочь семье выйти на новый уровень функционирования, на котором семья будет максимально задействована в реабилитационном процессе ребенка. Зачастую в качестве препятствий, стоящих на реабилитационном пути, выступают личностные особенности родителей и их отношение к ребенку. Большое значение имеет исследование факторов, которые влияют на конструктивную активность родителей, направленную на реабилитацию ребенка. Знание и сознательное регулирование этих факторов позволит не только вывести психологическую и работу с семьей на качественно новый уровень, но и значительно повысить эффективность реабилитации ребенка с отклонениями в развитии.

Один из важнейших факторов, определяющих эффективность семейной системы в реабилитации ребенка, – реалистичное отношение родителей к ребенку, к его возможностям и способностям. Формирование адекватного отношения родителей к ребенку с психической патологией – центральная задача при работе с данной категорией семей. Часто родители обращаются в медицинские учреждения в надежде, что ребенок станет таким же, как все, либо, по крайней мере, станет достаточно приспособленным к жизни. Слишком далеко идущие, нереалистические цели приводят к разочарованию в ребенке, сгущению вокруг него атмосферы напряженности, которая мешает достижению даже

малейшего прогресса [3]. Следование скромным и более реалистичным целям позволяет семье и ребенку жить более полной и гармоничной жизнью, не преодолевать постоянно один кризис за другим. Прежде всего при работе с родителями необходима коррекция «образа ребенка», ориентация родителей на принятие его таким, каким он является от природы. Также необходимо формирование адекватных представлений о возможностях ребенка и о том, каким он должен стать в результате психокоррекционной работы [1].

Другая важная задача при работе с семьей, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии, - это помочь семье в преодолении кризиса, связанного с рождением «особого» ребенка. Речь идет о степени травматизации, которой подвержен каждый из членов семьи. Работа в этом случае должна охватывать не только родителей ребенка, но и представителей прародительской семьи, а также других детей, воспитывающихся в данной семье. Каждая семья, имеющая ребенка с психической патологией, сталкивается с экстраординарными проблемами, испытывает стресс, тяжесть которого зависит от тяжести состояния и возраста ребенка. Стресс в большей степени проявляется у матерей, которые не только испытывают чрезмерные ограничения личной свободы и времени, но и демонстрируют очень низкую самооценку в связи с тем, что недостаточно хорошо, по их мнению, выполняют свою родительскую роль [2]. Задача специалиста состоит в том, чтобы активизировать ресурсы семьи, направленные на преодоление кризиса, сформировать адекватные копинг-стратегии, преодолеть неконструктивные механизмы психологической защиты. Данная работа проводится на начальных этапах работы с семьей. Преодоление состояния острого кризиса позволяет вывести работу с семьей на конструктивный уровень, т. е. нахождение родителей и других членов семьи в остром стрессовом состоянии может лишать их уверенности в своих силах.

Не менее важна задача коррекции стиля семейного воспитания. Наличие у ребенка психического заболевания может влиять на выбор родителями воспитательной практики, заставляет прибегать либо к гиперопеке, либо к гипоопеке [1]. При этом воспитание здорового ребенка в этой же семье может проходить достаточно гармонично. На выбор стиля воспитания влияет не только знание родителей о заболевании ребенка, но также их социальный статус и личностные особенности. Коррекция личностных особенностей родителей с целью повышения эффективности реабилитации ребенка - это необходимое условие на всех этапах работы с семьей.

Создание благоприятного психоземotionalного климата в семьях детей с отклонениями в развитии, формирование положительных установок в сознании родителей - основные цели психокоррекционной работы. В связи с этим В.В. Ткачева [5] предлагает включение в психокоррекционный процесс следующих задач: реконструкцию родительско-детских взаимоотношений; оптимизацию супружеских и внутрисемейных взаимоотношений; гармонизацию межличностных отношений между диадой «мать с больным ребенком» и членами семьи, членами семьи и другими (посторонними) лицами; коррекцию неадекватных поведенческих и эмоциональных реакций родителей детей с отклонениями в развитии; развитие коммуникативных форм поведения, способствующих самоактуализации и самоутверждению; формирование навыков адекватного общения с окружающим миром.

На базе Тверского областного клинического психоневрологического диспансера нами проводится исследование, направленное на изучение особенностей функционирования и совладающего поведения семей, воспитывающих детей с различными вариантами нарушения психического развития. Нами выдвигается предположение, что параметры семейного функционирования могут определять степень конструктивной активности родителей, направленной на реабилитацию ребенка с психической патологией. Под конструктивной активностью мы понимаем спектр сознательных действий родителей на поведенческом и когнитивном уровнях, направленных на эффективную реабилитацию ребенка.

Нами проводятся индивидуальные и групповые занятия с семьями, воспитывающими детей с отклонениями в развитии. К настоящему моменту занятия посетили 39 родителей (из них 7 отцов и 32 матери). На начальном этапе основные усилия были направлены на формирование адекватного отношения родителей к ребенку и его заболеванию. По результатам наших исследований, около 75% родителей не воспринимают ребенка и его болезнь объективно. В большинстве случаев преобладает тревожный тип реагирования, а 23% родителей проявляют анозогнозический тип отношения.

Основная цель групповой работы, предлагаемой нами родителям, - это формирование гармоничной семейной системы, в которой реабилитация ребенка проходила бы более эффективно. Прежде всего нами оценивается конструктивная активность родителей, направленная на реабилитацию ребенка. Исследуются стили совладающего поведения, которые характерны для родителей. Как показали наши исследования, для большинства родителей характерен эмоционально-ориентированный стиль совладания (62%). У 56% родителей регистрируются низкие значения по шкале «социальное отвлечение».

В результате осуществляемой нами групповой психокоррекционной работы родители могут решить следующие задачи: приобрести психологические знания о воспитании ребенка и особенностях его заболевания; пересмотреть и оценить спектр тех усилий, которые они прилагают для развития и воспитания ребенка, сформировать к нему и к его болезни адекватное родительское отношение; открыть для себя новые пути по преодолению данной сложной ситуации, в том числе на основе коррекции стиля совладающего поведения; активизировать позицию отца в воспитании ребенка и в процессе его реабилитации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Архиреева Т.В. Особенности родительских установок при воспитании детей с отклонениями в развитии // Вопросы психологии, 2002. - № 3. - С. 72-79.
2. Вишневский В.А. О динамике психогенных депрессивных расстройств, вызванных рождением больного ребенка // Ж. невропатол. и психиатр., 1984. - Т. 84. - Вып. 4. - С. 563-567.
3. Волковская Т.Н. Возможные способы организации и содержание работы с родителями в условиях коррекционного дошкольного учреждения для детей с нарушениями развития // Коррекционная педагогика, 2003. - № 2. - С. 62-70.
4. Психология семьи и больной ребенок. Хрестоматия / Под ред. Защиринской О.В., Добрякова И.В. - СПб.: Речь, 2006. - С. 9-96.
5. Ткачева В.В. Психокоррекционная работа с матерями, воспитывающими детей с нарушениями психического развития. - М., 1999. - С. 46-52.

ЭВОЛЮЦИОННАЯ ПСИХОБИОЛОГИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ НЕВРОЗА КАК БОЛЕЗНИ АДАПТАЦИИ

Курганская областная психоневрологическая больница (Курган).

До сих пор имеют место разногласия в понимании понятия Невроз, его причин, динамики, исхода, путей профилактики, лечения [3, 6]. В МКБ–10 понятие Невроз вообще отсутствует как неопределенное понятие. Действующие модели Невроза как нозологической единицы не способствуют его единой трактовке, скорейшему разрешению противоречий, связанных с проблематикой Невроза. Между тем Невроз, формируя психосоматические болезни, в том числе ИБС, гипертоническую болезнь, язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки, бронхиальную астму, сахарный диабет, гинекологические заболевания, состояния иммунодефицита и другие [1], в их крайнем проявлении поставляет **ургентную патологию** в терапевтические и неврологические стационары. Кроме этого, проблематика невроза тесно переплетена с проблемами, связанными с употреблением психоактивных веществ: этиловый алкоголь, табак и другие **психоактивные вещества**, выступая факторами транквилизирующего, эйфоризирующего и адаптогенного действия при Неврозе, также участвуют в формировании ургентной терапевтической, неврологической, а также психической патологии.

С учетом вышеизложенного, а также большой распространенности Невроза и наличия у него социальных корней, разрешение проблематики Невроза имеет первостепенное значение.

Адаптация как приспособление может быть специфической и неспецифической. Общий неспецифический синдром адаптации Г. Селье характеризуется напряжением, интенсивностью, крайне широким и генерализованным спектром защитных процессов, охватывающих весь организм, с резкой активацией гипоталамо-гипофизарно-адренкортикальной системы [7, 8], которая играет ведущую роль в процессе неспецифического приспособления. Однако, в силу неспецифичности и разлитого общего характера синдром адаптации не всегда оптимален, и его несовершенство оказывает влияние на возникновение и развитие Болезней адаптации [12]. Прогресс адаптации идет по пути специализации и дифференцированности ответов на стрессор, что позволяет организму более тонко, качественно и адекватно приспособиться к окружающей среде. Специфические реакции адаптации связаны с деятельностью ЦНС. Платой за неспецифичность и генерализованность ответа на стрессор является Невроз как болезнь адаптации.

Причина Невроза – страх, тревога, стресс или физическая боль. Тревога – это диффузный неопределенный страх. Любой стресс также можно представить, как страх, угрозу жизни, здоровью, качеству жизни индивидуума. Физическая боль является эквивалентом страха, индикатором угрозы целостности организма.

В момент страха, как переживания опасности, идет мобилизация защитных сил организма, направленных на предотвращение угрозы. Возникает нейроэндокринный сдвиг или Общий адаптационный синдром (по Селье). В кровь выбрасываются гормоны страха, изменяется все гормональное зеркало

организма. При этом увеличиваются основной обмен, сердечный выброс, повышается артериальное давление, ускоряется утилизация глюкозы тканями организма, увеличиваются острота зрения, слуха, быстрота мышечных и нервно-рефлекторных реакций, учащается дыхание [7, 8].

Эволюционно на страх имеется **два типа унитарных реакций**:

1. Психомоторное возбуждение с активной моторной защитой, противодействием или активным уходом от ситуации (побег) – активная защита.
2. Психомоторный ступор – обездвиженность, мимикрия, чтобы себя не выдать, – пассивная защита.

Оба типа реакций эволюционно генетически запрограммированы, носят защитный, оборонительный характер, направлены на сохранение организма от непосредственной угрозы в данный момент, от повреждающего фактора.

При этом возможны следующие **варианты защиты**:

1. Гиперергическая реакция защиты;
2. Нормоергическая (адекватная) реакция защиты;
3. Гипоергическая (анергическая) реакция защиты.

Характер реакции зависит от предшествующего опыта организма, имеющихся стереотипов-автоматизмов защиты, сенсibilизации (готовности) организма. С точки зрения онтогенеза, гиперергическая реакция защиты (шок) является менее целесообразной, т. к. быстро приводит к истощению организма, некрозу, разрушению защитных сил организма, резкому ослаблению организма. Гипоергическая реакция защиты как игнорирование опасности возможна при недоразвитии или истощении защитных сил организма – также эволюционно менее благоприятна, т. к. происходит разрушение организма под воздействием стрессора.

При активной защите от стрессора (психомоторном возбуждении) происходит критическая, активная реализация и утилизация внутренней защитной энергии через сгорание защитного топлива. При реакции ступора активной реализации и утилизации внутренней защитной энергии не происходит, а после прекращения действия повреждающего фактора идет медленный, постепенный, литический возврат организма в исходное состояние. При этом защитное топливо, внутренняя защитная энергия сгорает в основном не в топке скелетно-мышечного возбуждения, а реализуется через цепь внутренних вегетативных реакций, через фазу нейроциркуляторной дистонии, т. е. через вегетодистонические и вегетодискинетические реакции (**вегетоневротические реакции**) – то, что не ушло вовне, идет внутрь.

При хроническом страхе или хронической боли уровень нейрогормональной защитной энергии в условиях гиподинамии будет постоянно повышен, вегетоневротические реакции закрепляются, т. к. внутренняя энергия ищет выход (феномен «котла»), возникает психосоматический синдром, затем психосоматическое заболевание. Психосоматическое заболевание – это способность организма с помощью гомеостатических реакций выводить нервно-психическую энергию через тело [5]. При этом локализация соматического звена не является случайностью, т. к. соматическое звено является составной необходимой частью сложного психобиологического комплекса [10, 11].

Психосоматическое заболевание – это локальное или системное страдание, обусловленное патогенным влиянием психоэмоционального стресса,

который канализируется и целенаправленно «бьет» по уязвимым, генетически детерминированным структурам [4]; это типовой процесс, который причинно связан с экзогенными и эндогенными конфликтами, нарушающими психосоматическую интеграцию, проявляющийся различными нозологическими формами со срывом нейрогормональной регуляции.

Психосоматическое заболевание имеет **две стадии развития**:

1. Функциональная стадия, когда нет морфологических (органических) изменений органов;

2. Морфологическая (органическая) стадия заболевания [10].

Примерами психосоматических заболеваний являются ИБС, гипертоническая болезнь, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, язвенные гастриты, колиты, бронхиальная астма, эндокринные и гинекологические заболевания, артрозы, дерматиты. [10, 11, 12].

С появлением психосоматического заболевания возникает вторичный болевой и фобический синдромы, образуется порочный круг заболевания, **соматопсихический синдром**. При этом роль стрессора на развитие психосоматического заболевания может уменьшаться [10].

Клинику невроза формируют:

А. Стрессор, значимость которого во многом носит индивидуальный характер с учетом пола, возраста, культуральных и социальных факторов, интенсивности и времени действия стрессора [9].

Б. Почва заболевания, которой может выступить:

1. Тип биологической конституции, как морфофункциональное выражение генотипа больного, генетической силы или хрупкости адаптационного гомеостата.

2. Акцентуация характера.

3. Заболевания ЦНС, головного мозга: органический, сосудистый, атрофический, эндогенный радикалы.

4. Заболевания сомы – острые и хронические соматические заболевания, эндокринные заболевания.

Причина и почва заболевания могут меняться местами. В клинике Невроза может доминировать не причинный фактор (по К. Ясперсу), а патология почвы. Неврогенный фактор дает толчок патокинезу почвы [2]. Если почвой Невроза является органическое заболевание ЦНС, головного мозга с функциональной слабостью вегетативных центров и вегетативной регуляции, то легче формируется НЦД, психосоматический синдром. Если почвой заболевания является патология сомы, то легче формируется органическая стадия психосоматического заболевания, соматопсихический синдром, порочный круг заболевания. Если у больного имеет место акцентуация характера, то легче возникает хронификация заболевания в связи с повышенной сенсibilизацией личности больного к стрессорному фактору, легче возникает психосоматический синдром. Неблагоприятными являются астеническая, тревожная, и истерическая акцентуации характера. При наличии у больного астенической конституции, т. е. когда в психике и соме доминирует астенический радикал, течение Невроза принимает злокачественный характер с быстрым прохождением всех стадий заболевания, формированием порочного круга заболевания. При наличии у больного эндогенного или атрофического процесса в ЦНС, головном мозге –

течение Невроза течет доброкачественно, в клинике имеет место нивелировка причинных факторов заболевания, реже формируется психосоматический синдром. На первое место выступает патология почвы.

Конечной стадией развития Невроза является тяжелое соматическое заболевание, истощение организма, глубокое расстройство личности больного, психоорганический синдром, анергическая реакция на вредность.

Стадии развития Невроза как болезни адаптации:

1. Расстройство адаптации. Психосоматическая реакция.
2. Функциональная стадия психосоматического заболевания. Стойкий психосоматический синдром.
3. Органическая стадия психосоматического заболевания. Формирование соматопсихического синдрома, порочного круга заболевания.
4. Тяжелое соматическое заболевание, истощение организма. Выраженное расстройство личности больного. Психоорганический синдром. Анергическая реакция на вредность.

Невроз – это социальное заболевание, т. к. в социуме большинство стрессов носит социальный характер. Решение социальных проблем, таких как безработица, преступность, пьянство, низкая заработная плата, недостаточность социальных гарантий и социальных защит является решающим фактором в профилактике и лечении Невроза как болезни адаптации.

Выводы:

1. Эволюционный психобиологический подход к Неврозу как болезни адаптации:

- 1.1. Дает ключ к пониманию причин Невроза, его динамики, исхода.

- 1.2. Выделяет соматические Болезни адаптации в рамках Невроза в отдельную группу заболеваний, к которым относятся ИБС, гипертоническая болезнь, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, бронхиальная астма, вегетодистонии и вегетодистонии, эндокринные, гинекологические заболевания, состояния иммунодефицита, артрозы, дерматиты, другие.

- 1.3. Определяет пути лечения Невроза как болезни адаптации:

- 1.3.1. Снижение актуальности стрессора (психотерапия, седативные средства).

- 1.3.2. Воздействие на почву заболевания.

- 1.3.3. Купирование психосоматического синдрома (психотропные и соматотропные средства, психотерапия). Направить энергию страха в топку скелетно-мышечного возбуждения (ЛФК, физический труд, закаливание, дыхательная гимнастика, сублимированная деятельность и другие).

- 1.3.4. Купирование порочного круга заболевания, соматопсихического синдрома (соматотропные, психотропные средства).

- 1.4. Подчеркивает единство психического и соматического, целостность организма. Только комплексное воздействие на человека как на единую психобиологическую систему, интегрированную в социум, может повысить эффективность лечебно-реабилитационных и профилактических программ.

2. В лечении невроза как болезни адаптации должны участвовать не только психиатры и психотерапевты, но и врачи-интернисты.

В случае выраженной соматизации Невроза болезнь лечит врач-интернист с привлечением психиатра и психотерапевта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина. Пер. с нем. - М.: Медицина, 1999. - С. 3–29.
2. Жислин С.Г. Очерки клинической психиатрии. Клинико-патогенетические зависимости. – М.: Медицина, 1965. – 320 с.
3. Карвасарский Б.Д. Неврозы. Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1990. - С. 11–16.
4. Коршунов Н.И., Григорьева Е.А., Капустина Л.В. и др. // Тер. архив, 1991, т. 63, № 8. - С. 100–104.
5. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство. - М., 1999. - С. 306–350.
6. Руководство по психиатрии. Под редакцией А.В. Снежневского. Т. 2. - М.: Медицина, 1983. - С. 342–343.
7. Селье Г. На уровне целого организма. – М.: Наука, 1972. – 36 с.
8. Селье Г. Стресс без дистресса. – М.: Прогресс, 1974. – 124 с.
9. Синицкий В.Н. Депрессивные состояния. – Киев.: Наукова думка, 1986. - С. 42–48, 65–68.
10. Смулевич А.Б., Гиндикин В.Я., Аведисова А.С. Соматизированные психические расстройства в течении психических заболеваний и пограничных состояний. Некоторые аспекты психопатологии, клинической типологии // Ж. невропатол. и психиатр., 1984, вып. 8. - С. 1235–1237.
11. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. – М.: Медицина, 1986.
12. Философские проблемы теории адаптации». Под ред. Г.И. Царегородцева - М.: Мысль, 1975. - С. 213–230.

В.В. Пушина

**ПРОБЛЕМА ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ
ПОДРОСТКОВ, БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ, С ПОЗИЦИИ
БИОПСИХОСОЦИАЛЬНОГО ПОДХОДА
Наркологическая больница (Нижний Новгород).**

Исследования проблемы сохранения и укрепления физического и психического здоровья подростков актуальны и социально значимы. В основе нарушений их здоровья может лежать целый комплекс биологических, психологических и социальных факторов.

В нашем исследовании с позиций биопсихосоциального подхода к здоровью и болезни рассмотрены особенности подросткового алкоголизма. Целью исследования было изучение особенностей личности и семьи у больных алкоголизмом подростков мужского пола и сопоставление этих характеристик с показателями их психосоматического здоровья (в связи с задачами психопрофилактики).

В исследовании приняли участие 80 подростков мужского пола 15-17 лет. Основную группу составили 40 подростков - пациентов подросткового отделения Наркологической больницы г. Нижний Новгород с диагнозом «ранний алкоголизм – формирование синдрома зависимости», контрольную –

40 здоровых подростков.

Для психодиагностики использованы: Гиссенский личностный опросник, опросник «Индекс жизненного стиля» (LSI) Р. Плутчика и Г. Келлермана, методика многомерного измерения копинга «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях» С. Эндлера, А. Паркера, опросник о способах копинга Р. Лазаруса и С. Фолькман, методика «Подростки о родителях» Л.И. Вассермана, И.А. Горьковой, Е.Е. Ромициной, графические методики «Семейная социограмма» и «Семейная генограмма», шкала для психологической экспресс-диагностики уровня невротизации (УН), Гиссенский опросник соматических жалоб.

Анализ социально-психологических свойств личности по Гиссенскому тесту показал, что больные подростки, по сравнению со здоровыми, характеризуются социальной дизадаптацией или низкими социальными способностями в виде необщительности, слабой способности к самоотдаче, неспособности к длительным привязанностям. Социальная дизадаптация больных алкоголизмом подростков прямо связана с их свойством личности «замкнутость» и с «автономностью» отца.

Сравнение представлений подростков основной и контрольной групп о реальных и идеальных образах родителей выявило, что подростки, зависимые от алкоголя, хотели бы, чтобы их родители имели более положительную социальную репутацию, умели успешно взаимодействовать с окружением, были более уступчивыми и терпеливыми, менее зависимыми и депрессивными, более открытыми и откровенными. От родителей больные алкоголизмом сыновья ждут большей активности и высокой социальной адаптации. Т. о., социальная дизадаптация характеризует не только больных алкоголизмом подростков, но также их родителей – матерей и отцов, что позволяет предположить действие механизмов патологизирующего семейного наследования.

Изучение структуры механизмов психологической защиты показало, что у подростков, зависимых от алкоголя, выраженность механизмов защиты достоверно выше, чем у здоровых. Системообразующими механизмами защиты у пациентов подросткового возраста с алкоголизмом выступают «регрессия», «замещение», «интеллектуализация» и «проекция», что в соответствии с теорией защитных механизмов Р. Плутчика указывает на неустойчивую акцентуацию личности (регрессия) в сочетании с возбудимостью (замещение), педантичностью (интеллектуализация) и застреваемостью (проекция).

Наиболее выраженным защитным механизмом у больных подростков является механизм «регрессии», проявляющийся как возвращение в условиях стресса к инфантильным формам поведения, способствующий социальной дизадаптации в обществе. Высокую выраженность регрессии у больных алкоголизмом по сравнению со здоровыми лицами подросткового возраста можно рассматривать и как следствие болезни, и как преморбидную черту личности, способствующую ее возникновению. В результате личность подростка больного алкоголизмом в своих поведенческих реакциях стремится избежать тревоги путем перехода на детские стадии развития либидо. Использование более простых и доступных поведенческих стереотипов позволяет больным подросткам избежать решения субъективно более сложных задач, что подтверждается также результатами исследования копинг-поведения.

Так, подростки, страдающие от алкоголя, по сравнению со здоровыми лицами достоверно чаще используют в качестве ведущего стиля совладающего поведения «копинг, ориентированный на избегание» с более высокими показателями субшкалы «отвлечения». Для здоровых подростков ведущим стилем является «копинг, ориентированный на решение проблемы».

В структуре ситуационно специфических стратегий совладания у больных алкоголизмом подростков наиболее выражены стратегии «бегство-избегание» и «конфронтация», а у здоровых лиц – «планирование решения проблемы», «самоконтроль» и «принятие ответственности». Это показывает, что больные алкоголизмом подростки, оказавшись в трудной ситуации, используют поведенческие и когнитивные усилия, чтобы отделиться от ситуации и уменьшить ее значимость, а здоровые подростки - направляют усилия на создание положительного значения ситуации, фокусируются на росте собственной личности и ответственности. Ведущая ситуационно-специфическая стратегия «бегство-избегание» рассматривается как основа дизадаптивного поведения больных алкоголизмом подросткового возраста.

Взаимодействие биологических и социальных факторов в происхождении и развитии алкоголизма продиктовало необходимость исследования семейных взаимоотношений у подростков с алкогольной зависимостью. С одной стороны, одним из существенных факторов развития алкоголизма у подростков является алкоголизм их родителей. С другой стороны, семья является первичной социальной группой, в которой осуществляется социализации личности, осваиваются социальные нормы и приобретаются социальные установки, в том числе деструктивные. В этой связи нами были подробно изучены особенности семей подростков.

Анализ семейных генограмм подростков основной группы показал, что они в 2,16 раз чаще, чем здоровые, воспитывались в неполных семьях. Основной причиной этого является развод родителей, который в семьях больных наблюдался в 3,6 раз чаще, чем в семьях здоровых.

Во всех семьях больных подростков алкоголизм был хроническим заболеванием и имел место во втором поколении в 77,5% случаев, в третьем – в 70%. В группе здоровых подростков алкоголизм со стороны отца отмечен только в 5% случаев.

Результаты анализа семейных социограмм подростков, страдающих алкоголизмом, показали: низкую самооценку - у 50%, переживание эмоционального отвержения - у 45%, конфликтные отношения в семье - у 55%, при этом чаще конфликты с отцом были у 37,5%, с матерью – у 17,5%. Значимыми членами семьи для больных подростков являются в 77,5% случаев мать, в 42,5% - отец. Для здоровых подростков в одинаковой степени значимы как матери, так и отцы (100%). Эгоцентрической направленности и конфликтных отношений в семьях здоровых подростков не отмечается.

Воспитательную практику матерей, с точки зрения больных подростков, достоверно отличают враждебность, непоследовательность, директивность и автономность, что указывает на открыто-враждебное материнское отношение. При анализе воспитательной практики отцов подростков, страдающих алкоголизмом, высокие результаты обнаружены по шкалам «Непоследовательность», «Директивность», «Враждебность», незначительное повышение

по шкале «Автономность». Данное сочетание шкал отмечает нарушение воспитательного стиля отцов больных подростков по враждебно-подавляющему типу со склонностью поддерживать материнское открыто-враждебное отношение к подростку.

Оценка воспитательной практики родителей здоровыми подростками свидетельствует о гармоничном типе воспитания.

Исследование психосоматического здоровья подростков основной и контрольной групп включало оценку их уровня невротизации и выраженности соматических жалоб. Обнаружено, что у подростков, страдающих алкоголизмом, уровень невротизации достоверно (в 4,45 раза) превышает уровень здоровых, которым свойственен низкий уровень невротизации (см. рис. 1).

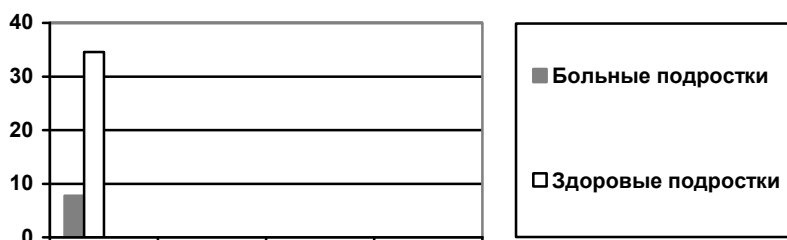


Рис. 1. Выраженность уровня невротизации в подгруппах больных алкоголизмом и здоровых подростков. (Обозначения градации оценок уровня невротизации: повышенный уровень – от -11 до -20; неопределенный уровень – от -10 до 10; пониженный уровень от 11 до 20; низкий уровень от 21 до 40.)

Исследование соматических жалоб показало, что подростки, употребляющие алкоголь, по сравнению со здоровыми сверстниками, в 3 раза чаще ощущают физическое недомогание в виде «желудочных и сердечных жалоб», в 1,81 раз чаще – «боли в различных частях тела», в 1,44 раза – «истощение». В целом интенсивность жалоб больше в 1,97 раз (см. рис. 2). Все указанные различия между испытуемыми основной и контрольной группы статистически значимы.

В нашем исследовании впервые прослежены достоверные взаимосвязи между показателями психосоматического здоровья подростков с алкоголизмом и различными психолого-социальными факторами. Так, показатель «интенсивность жалоб» у подростков основной группы взаимосвязан как с разнообразными соматическими недомоганиями («истощением», «желудочными жалобами», «сердечными болями», «ревматическими недомоганиями»), так и со стилем совладающего поведения по типу избегания (которое можно также трактовать, как уход в болезнь). Кроме этого, интенсивность соматических жалоб у подростком с алкоголизмом прямо связана с патологизирующим воспитанием их родителями – «автономностью» и «враждебностью» матери, с жесткостью, агрессивностью и чрезмерной строгостью отца и его низким позитивным интересом к сыну.

В нашем исследовании также впервые обнаружена взаимосвязь уровня невротизации подростков, страдающих алкоголизмом, с рядом их личностных характеристик (депрессивностью, выраженностью защитных механизмов «регрессии», «проекции», «замещения»), а также непоследовательностью воспита-

ния матерью. Можно видеть, что личность больного алкоголизмом подростка с повышенным уровнем невротизации и выраженностью соматических жалоб стремится избежать тревоги с помощью инфантильных форм поведения.

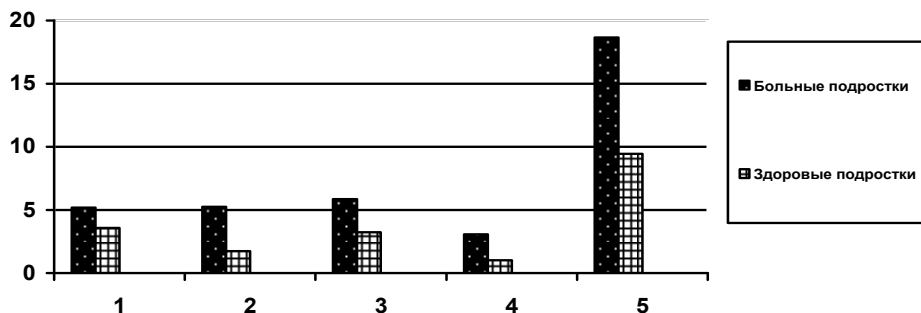


Рис. 2. Выраженность соматических жалоб в подгруппах больных алкоголизмом и здоровых подростков. (Обозначения соматических жалоб: 1 – «Истощение»; 2 – «Желудочные жалобы»; 3 – «Ревматический фактор»; 4 – «Сердечные боли»; 5 – «Давление» (интенсивность) жалоб.)

Неосознаваемые желания и конфликты прямо выражаются в действиях лиц подросткового возраста, что позволяет охарактеризовать их поведение как инфантильное. Чувство неуверенности, беспомощности, возникающие от невозможности реализовать желаемое, нередко оборачивается стремлением к разрушению, к перекладыванию ответственности на других. В стрессовых ситуациях, в обстановке кризиса подобные агрессивные формы «замещения» учащаются. В данной ситуации у матерей во взаимодействии с сыном-подростком, употребляющим алкоголь, возникает больше вероятности проявления непоследовательности. У больных подростков повышаются усилия, направленные на уменьшение напряжения и поддержки аффективного равновесия с помощью стиля совладающего поведения по типу избегания. Кроме того, они используют типичный для них способ поведения – употребление алкоголя, который вызывает усиление соматических жалоб, еще больше способствует повышению уровня невротизации, усиливает депрессивный фон настроения.

Выявление взаимосвязей между особенностями психосоматического здоровья подростков, больных алкоголизмом, их собственными личностными особенностями и личностными особенностями их родителей, а также воспитательной практикой родителей по отношению к детям подтверждает представление о том, что алкоголизм – это заболевание, которое необходимо рассматривать в рамках биопсихосоциальной модели болезни и здоровья. Все обнаруженные нами взаимосвязи можно рассматривать как порочный круг взаимовлияния биологических, психологических и социальных факторов, лежащих в основе заболевания алкоголизмом, который одновременно позволяет определить основные мишени и направления комплексной программы первичной психопрофилактики алкоголизма у подростков.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пушина В.В. Клиническая психология: Учебно-методическое посо-

бие. - Н.Новгород: Изд-во ВГИПУ, 2006. – С. 66-68.

2. Пушина В.В. Проблема взаимоотношений между родителями и подростками больными алкоголизмом // Нижегородский медицинский журнал, 2006. – № 7. – С. 194-196.

3. Пушина В.В., Никольская И.М. Анализ семейных взаимоотношений у лиц мужского пола, страдающих алкоголизмом // Неврологический вестник (журнал им. В.М. Бехтерева). - Т. 39, выпуск 3. – Казань: Изд-во «Медицина», 2007. - С. 70-73.

4. Пушина В.В. Особенности личности и семейных взаимоотношений у лиц мужского пола, больных алкоголизмом: Монография. – Н.Новгород: ВГИПУ, 2007. – 167 с.

Н.К. Спицына, И.М. Никольская

**ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ МАТЕРИНСКО-ДЕТСКИХ
ОТНОШЕНИЙ В СЕМЬЯХ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ
ПАРАЛИЧОМ И НАРУШЕНИЕМ РИТМА СЕРДЦА
ПО ТИПУ ЭКСТРАСИСТОЛИИ**

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования (Санкт-Петербург), Вологодская детская больница (Вологда).

Состояние психического и соматического здоровья ребенка, стиль его воспитания в семье во многом определяются мотивами и условиями зачатия, психологическим компонентом гестационной доминанты (ПКГД) у матери, стадией жизненного цикла семьи (ЖЦС), на которой родился ребенок. По данным литературы, запланированность и желанность ребенка, продуктивные мотивы зачатия, оптимальный тип ПКГД у матери, благоприятные стадии ЖЦС, на которых произошло зачатие и рождение ребенка, в большой степени способствуют сохранению и укреплению его здоровья, гармонизации семейных отношений.

В нашем исследовании проведено изучение перинатальных клинико-психологических факторов в семьях детей с нарушением развития по сравнению с семьями, воспитывающими здоровых детей. Определение этих факторов имеет значение не только в плане уточнения патогенеза заболеваний, но также с точки зрения понимания специфики взаимоотношений матери и больного ребенка, что важно для разработки принципов профилактики и психотерапии.

Психологические аспекты протекания перинатального периода исследованы у 50 матерей, родивших ребенка со спастической формой ДЦП (первая основная группа), у 30 матерей детей с нарушением ритма сердца (НРС) по типу экстрасистолии (вторая основная группа) и у 30 матерей здоровых детей (контрольная). На момент обследования - дети в возрасте 5-10 лет.

Средний возраст матерей детей с ДЦП на момент исследования составил $32,34 \pm 5,75$ г., матерей детей с экстрасистолией - $32,10 \pm 4,62$, матерей здоровых детей - $31,60 \pm 4,46$. Различия в возрасте достоверно не значимы. Большая часть обследованных женщин имела среднее специальное образование. Достоверных различий в уровне образования между группами нет.

Изучение факта запланированности либо незапланированности зачатия и рождения ребенка, мотивов, лежащих в основе этого, установление стадий ЖЦС, на которых были рождены обследованные дети, проводились ретроспективно с помощью метода полуструктурированного интервью. Для определения типа ПКГД был использован «Тест отношений беременной» И.В. Добрякова - ТОБ (р), предназначенный для ретроспективного исследования, основанного на воспоминаниях о своей беременности уже родившей женщины. Особенности воспитания ребенка в семье выявляли с помощью опросника АСВ (анализ семейных взаимоотношений) Э.Г. Эйдемиллера и В. Юстицкиса. При статистической обработке данных использовалась программа Statistika 6.0 (вычисление средних значений и стандартного отклонения, достоверности различий между сравниваемыми группами по t -параметрическому критерию Стьюдента и линейный корреляционный анализ по r -критерию Пирсона).

В соответствие с полученными данными, ребенок с ДЦП был запланирован в 56% случаев, с НРС – в 33,3%, а здоровый – в 53,3% случаев. Статистический анализ показал, что чаще дети с ДЦП - запланированные, дети с НРС по типу экстрасистолии - незапланированные, здоровые дети – запланированные. Установлены достоверные различия между фактом планирования детей первой и второй основной групп ($p=0,050$). Дети с ДЦП были чаще запланированы, чем дети с НРС.

В основе планирования детей с ДЦП лежали следующие мотивы: удовлетворение материнского инстинкта (78,6%); улучшение в семье взаимоотношений с мужем (14,4%); удовлетворение желания родственников (3,5%); достижение социального статуса «полной семьи» (3,5%). Т. о., в 21,4% случаев мотивы зачатия ребенка с ДЦП были деструктивными.

Мотивами планирования детей с НРС были: удовлетворение материнского инстинкта (60%); улучшение в семье взаимоотношений с мужем (30%); узаконивание брака (10%). Итак, в 40% случаев мотивы зачатия ребенка, который в последующем страдал НРС по типу экстрасистолии, были деструктивными.

При планировании здоровых детей основными мотивами выступали: удовлетворение материнского инстинкта (87,5%); улучшение отношений с мужем (6,3%); общение первого ребенка (6,3%). Можно видеть, что лишь в 12,5% случаев мотивы зачатия здорового ребенка были деструктивными.

Диагностика типов ПКДГ выявила, что у матерей всех групп не было таких преобладающих типов ПКГД, как эйфорический, тревожный и депрессивный. Чаще были представлены сочетанные типы или оптимальный тип ПКГД. Оптимальный тип ПКГД был у 18% матерей, родивших ребенка с ДЦП, у 20% матерей, имевших ребенка с НРС, и у 20% матерей здоровых детей.

У матерей больных детей (первая и вторая основные группы) чаще имели место следующие типы ПКГД: оптимально-гипогестогенезический (32% и 20%), оптимально-тревожный (18% и 23,3%), оптимально-эйфорический (14% и 16,6%). У матерей, родивших здорового ребенка, чаще всего наблюдался оптимально-эйфорический (50%) и оптимальный (20%) типы ПКГД.

При статистическом анализе результатов достоверных различий типов

ПКГД у матерей больных детей, а также достоверных различий по оптимальному типу ПКГД у матерей всех групп не установлено.

В отличие от матерей, родивших здоровых детей, женщины, родившие ребенка с ДЦП, достоверно больше были настроены гипогестогнозически ($p=0,013$), проявляли безответственность и пониженное внимание к беременности, не были мотивированы на сохранение гестации и создание благоприятных условий для развития будущего ребенка, а также характеризовались высоким уровнем тревоги ($p=0,0049$). Матери детей с НРС по типу экстрасистолии в период беременности характеризовались достоверно более высоким уровнем тревоги, нежели матери здоровых детей ($p=0,0004$). Женщины, родившие здорового ребенка, в отличие от женщин, родивших ребенка с ДЦП ($p=0,00007$) и ребенка с НРС по типу экстрасистолии ($p=0,0055$), имели достоверно более выраженный эйфорический настрой во время беременности, требовали повышенного внимания к себе.

При изучении стадий ЖЦС, на которых рождались дети, обнаружено, что 28% детей с ДЦП, 30% детей с НРС и 66,7% здоровых детей были рождены на благоприятных стадиях супружеских отношений (стадия компромиссов, стадия зрелого супружеского холона). В то же время 72% детей с ДЦП, 70% детей, страдающих НРС, и 33,3% здоровых детей рождены на неблагоприятных стадиях супружеских отношений (стадия добрачных отношений, стадия конфронтации, стадия экспериментирования с независимостью).

Статистический анализ показал, что достоверных различий в стадиях ЖЦС, на которых был рожден ребенок с ДЦП и ребенок, страдающий впоследствии НРС по типу экстрасистолии, не обнаружено. Однако стоит отметить, что дети с ДЦП ($p=0,021$) и НРС ($p=0,0013$) достоверно реже рождались на стадии компромиссов, чем здоровые дети. Также достоверно чаще дети с НРС по типу экстрасистолии ($p=0,019$) и дети с ДЦП ($p=0,043$), по сравнению со здоровыми детьми, рождались на стадии добрачных отношений. На стадии конфронтации без достоверных различий рождались как дети с патологией развития, так и здоровые дети.

При корреляционном анализе результатов установлено, что с фактом планирования ребенка с ДЦП положительно связана выраженность оптимального типа в структуре ПКГД у матери ($r=0,368$; $p<0,001$), доминирующая гиперпротекция в воспитании ребенка ($r=0,327$; $p<0,01$), асфиксия в родах ($r=0,329$; $p<0,01$), а отрицательно - стадия добрачных отношений жизненного цикла семьи, на которой был рожден ребенок ($r=-0,299$; $p<0,01$), уровень гипопротекции в воспитании ребенка ($r=-0,383$; $p<0,001$), недостаточность запретов в отношении ребенка ($r=-0,401$; $p<0,001$), вынесение конфликта между супругами ($r=-0,299$; $p<0,01$) в сферу его воспитания.

С фактом планирования ребенка, страдающего НРС по типу экстрасистолии, тесно связана выраженность эйфорического типа в структуре ПКГД у матери ($r=0,470$; $p<0,001$), стадия компромиссов ЖЦС, на которой рожден ребенок ($r=0,471$; $p<0,001$), доминирующая гиперпротекция в воспитании ребенка ($r=0,446$; $p<0,01$), а обратно - повышенная моральная ответственность в воспитании ($r=-0,463$; $p<0,001$), уровень игнорирования потребностей ребенка ($r=-0,550$; $p<0,001$) в семье, проекция на него не желаемых качеств родителя ($r=-0,423$; $p<0,01$), показатель враждебности в семейной ситуации при об-

щении с ребенком ($r=-0,377$; $p<0,01$).

С фактом планирования здорового ребенка положительно коррелирует стадия компромиссов ЖЦС, на которой был рожден ребенок ($r=0,473$; $p<0,001$), а отрицательно - стадия конфронтации ЖЦС ($r=-0,367$; $p<0,01$), выраженность тревожного типа ПКГД у матери ($r=-0,377$; $p<0,01$), большая выраженность игнорирования потребностей ребенка ($r=-0,411$; $p<0,01$).

Обнаружено, что выраженность оптимального типа в структуре ПКГД у матери ребенка с ДЦП положительно связана с его рождением на стадии «компромиссов» ЖЦС ($r=0,336$; $p<0,01$), с потворствующей гиперпротекцией в воспитании ($r=0,320$; $p<0,01$). Обратно этот показатель был связан с тревожностью в структуре ПКГД ($r=-0,363$; $p=0,01$) и с неустойчивым стилем воспитания ($r=-0,335$; $p<0,01$).

Выраженность эйфорического типа в структуре ПКГД у матерей детей с ДЦП была тесно связана с доминирующей гиперпротекцией в воспитании ($r=0,282$; $p<0,01$), а выраженность депрессивного - с неустойчивым воспитанием ($r=0,344$; $p<0,01$). Выраженность тревожного типа в структуре ПКГД у матерей данной категории положительно коррелирует с эмоциональным отвержением ребенка ($r=0,335$; $p<0,01$), с неустойчивостью его воспитания ($r=0,420$; $p<0,001$), и отрицательно - с доминирующей гиперпротекцией в воспитании ($r=-0,320$; $p<0,01$).

Связей между стадией ЖЦС, на которой был рожден ребенок с НРС, и ПКГД у его матери обнаружено не было. Эмоциональное отвержение такого ребенка в семье было положительно связано с выраженностью гипогестогнозического типа ($r=0,719$; $p>0,001$), отрицательно - с выраженностью оптимального ($r=-0,433$; $p<0,01$).

У матерей здоровых детей выявлена положительная связь выраженности депрессивного типа ($r=0,389$; $p<0,01$) в структуре ПКГД со стадией конфронтации, на которой рожден ребенок, и отрицательная связь тревожного типа в структуре ПКГД с непатологизирующим воспитанием ребенка ($r=-0,471$; $p<0,001$).

Т. о., исходя из полученных результатов исследования, можно сделать следующие выводы:

1. Дети с ДЦП чаще запланированы, чем дети с НРС по типу экстрасистоллии, но с той же частотой, что и здоровые дети. Конструктивные мотивы зачатия ребенка с разным состоянием здоровья фиксируются чаще, чем деструктивные мотивы зачатия. Наиболее частым конструктивным мотивом зачатия ребенка является удовлетворение женщиной материнского инстинкта, а деструктивным - улучшение в семье взаимоотношений с мужем.

Факт запланированности ребенка прямо связан с высокими показателями оптимального и эйфорического типа и отсутствием тревожного типа в структуре ПКГД у матери, а также со стадией компромиссов ЖЦС, на которой родился ребенок, то есть с более благоприятными отношениями женщины к беременности и отношениями в семье. Но данный показатель не связан с рождением здорового ребенка и его гармоничным воспитанием.

2. У матерей всех групп чаще были представлены сочетанные типы или оптимальный тип ПКГД. Не выявлено достоверных различий типов ПКГД у двух групп матерей, воспитывающих больных детей (с ДЦП и НРС по типу

экстрасистолии).

В отличие от матерей здоровых детей женщины, родившие ребенка с ДЦП, чаще имеют в структуре ПКГД высокие показатели гипогестогнозического и тревожного типов, а матери детей с НРС по типу экстрасистолии – высокий показатель тревожного типа. Матерям здоровых детей, в отличие от матерей детей с патологией развития, чаще присущ высокий показатель эйфорического типа ПКГД.

В связи с тем что различий по частоте встречаемости оптимального типа у матерей больных и здоровых детей не выявлено, оптимально-эйфорический тип ПКГД следует считать наиболее благоприятным в плане прогноза развития здорового ребенка и гармоничности его воспитания.

Оптимальный и эйфорический типы в структуре ПКГД у матерей связаны с большим уровнем протекции и удовлетворением потребностей ребенка в воспитании, но не связаны с гармоничным стилем общения с ним в условиях его болезни (потворствующая и доминирующая гиперпротекция).

Выраженность депрессивного, тревожного и гипогестогнозического типов в структуре ПКГД у матерей в период беременности обуславливает низкий уровень протекции, недостаточность удовлетворения (игнорирование) потребностей ребенка (эмоциональное отвержение), либо их неустойчивость. При этом состояние здоровья ребенка не значимо.

В основе гармоничного воспитания здорового ребенка не может быть высокого показателя тревожного типа в структуре ПКГД у матери.

3. Не установлено явной связи между стадией ЖЦС, на которой был рожден ребенок, с риском поражения его ДЦП или НРС по типу экстрасистолии. Однако определено соответствие между благоприятной стадией ЖЦС (стадии компромиссов) и рождением здорового ребенка, а также соответствие между неблагоприятной стадией брачных отношений и рождением ребенка с патологией развития.

Стадия компромиссов жизненного цикла семьи, которая рассматривается как благоприятная, прямо связана с оптимальным типом ПКГД у матери, т. е. с благоприятным отношением женщины к беременности. В свою очередь, стадия конфронтации жизненного цикла семьи, рассматриваемая как неблагоприятная, прямо связана с выраженностью депрессивного типа ПКГД, но не связана с рождением больного ребенка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Спицына Н.К. Типы психологического компонента гестационной доминанты у матерей, родивших ребенка с детским церебральным параличом // Научный журнал «Известия РГПУ им. А.И. Герцена. Аспирантские тетради» / Под ред. Н.Л. Шубиной. – СПб.: Издательство «Книжный дом» РГПУ им. А.И. Герцена, 2008. – С. 443-448.

2. Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия: Учебное пособие для врачей и психологов. - СПб.: Речь, 2005. - 336с.

И.Н. Чжен, Д.С. Барсанаева

РЕБЕНОК С ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕПРИВАЦИЕЙ В УСЛОВИЯХ ЗАКРЫТОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Киргизско-Российский (Славянский) университет, Специальный дом ребенка (Бишкек, Кыргызстан).

Чешские психологи Й. Лангмейер и З. Матейчек [2] определяют «психическую депривацию» как потерю чего-то, лишения из-за неудовлетворения какой-либо важной потребности. Они указывают, что депривация лишь в виде исключения возникает под воздействием всего одного фактора. Практически для каждой депривационной ситуации характерно неудовлетворение нескольких важных потребностей ребенка, которые у разных детей и в разные периоды развития находятся в различных взаимоотношениях. В этой связи важно установить, какие потребности в определенный период развития ребенка особенно сильны и недостаточное удовлетворение каких потребностей является особенно вредным. При этом следует помнить, что разные дети, испытывающие воздействие одной и той же «депривационной ситуации», будут вести себя различно.

В настоящее время проблема воспитания детей в Домах ребенка и Детских домах далека от разрешения. В закрытых учреждениях имеют место разные виды депривации: сенсорная, двигательная, информационная, материнская, эмоциональная, когнитивная и другие [1, 2, 3]. Сенсорная депривация возникает в обедненной среде при недостатке зрительных, слуховых, осязательных и других стимулов. Обедненная среда отрицательно воздействует на созревание мозга в младенческом и раннем возрасте. Если не реализуется потребность ребенка во впечатлениях, то происходит резкое отставание и замедление всех сторон его развития: своевременно не появляются движения, не возникает речь, отмечается задержка умственного развития.

Дети, воспитывающиеся в условиях Дома ребенка, не только испытывают сенсорную и эмоциональную депривацию, заброшенность, но также подвергаются постоянному психическому травмированию, что приводит в силу беззащитности ребенка к развитию аффективной возбудимости. С одной стороны, эти дети назойливо требуют внимания и ласки к себе со стороны взрослых, а с другой, – отличаются крайней обидчивостью, конфликтностью, легким возникновением дисфорических расстройств, сопровождающихся злобностью, агрессивными и негативными реакциями. Впоследствии детей, воспитывавшихся в Доме ребенка, обычно отличают плохая адаптация, неуверенность в себе, трудности при вступлении в контакт со сверстниками и взрослыми. Самозащита выражается как в виде пассивно-оборонительных действий, так и в виде аффективных вспышек.

В Специальном доме ребенка г. Бишкека (Кыргызстан) воспитывается около 90 детей, оставшихся без попечения родителей, сирот в возрасте от 0 до 4 лет. Наряду со здоровыми есть дети с отклонениями как в физическом, так и в умственном развитии. Обычно дети, поступающие в Дом ребенка, имеют неблагополучный биологический (отягощенная наследственность) и социальный анамнез (социально неблагополучная семья; семья одинокой матери; семья с алкоголиком или наркозависимым; семья, где один из родите-

лей находится в заключении). За последние годы увеличилось количество детей с ранним врожденным сифилисом, которые получают лечение сразу после рождения в роддоме.

Как показало изучение историй детей, поступающих в Дом ребенка, 12% из них - биологические сироты и 88% - социальные сироты. Т. о., большая часть детей – отказные и брошенные. Количество социальных сирот - детей, находящихся в Доме ребенка и имеющих родителей (часто и мать, и отца), значительно увеличилось в связи с ухудшением социально-экономической ситуации в Кыргызстане. Еще 15-20 лет назад ситуация была противоположной.

В то же время наметились и позитивные изменения: сейчас родители получили возможность временно, по рекомендации врача, определить своего ребенка в Центр дневного пребывания «Наристе». Этот Центр был построен в 1997 г. Международным благотворительным фондом «Спасите детей» (Дания). Его задача - реабилитация и последующая реинтеграция детей-инвалидов в общество на основе социальной модели реабилитации. Социальные работники Центра после реабилитации работают над возвращением детей в биологические семьи, осуществляется медицинская программа. Ежедневно Центр посещает около 30 детей, среди которых есть как нормально развивающиеся, так и дети с различными вариантами дизонтогенеза (с ДЦП, синдромом Дауна, РДА и др.).

Нами проведено комплексное психологическое и логопедическое исследование детей в возрасте от 2 лет 6 мес. до 3 лет 6 мес., которые воспитываются в Доме ребенка. Обследование осуществлялось в процессе логопедических занятий и наблюдений за детьми.

Изучение уровня психического развития показало, что около 70% детей обнаруживают задержку психомоторного и речевого развития разной степени выраженности (легкой, средней тяжести и тяжелой), отклонения в эмоционально-волевой сфере. У многих детей есть нарушения психомоторики, отмечаются патологические движения (тики, гиперкинезы, синкинезии). Задержка речи имеет место в 95% случаев, на ее фоне обнаруживаются явления стертой дизартрии и общего недоразвития речи (ОНР). Последствия сенсорной депривации наиболее выражены у отказных детей, которые со дня своего рождения воспитывались в Доме ребенка (20%).

Уровень развития познавательных процессов и способы выполнения действий у всех детей ниже возрастной нормы. Некоторые не различают цвета и формы, не осуществляют перенос ранее усвоенных действий на новые предметы. Игра в преобладающем большинстве случаев не носит сюжетно-образительного характера, а представляет собой специфическое и неспецифическое манипулирование предметами. Запас знаний и сведений об окружающем мире ограничен, соответствующий словарный запас беден. 80% детей не владеют навыками самообслуживания.

При исследовании у детей внимания выявлены такие его особенности, как медленная переключаемость, недостаточные концентрация, объем и распределение.

У большинства детей эпизодически, под влиянием определенных ситуаций, проявляются нарушения эмоций и поведения. Например, могут возник-

нуть беспричинные страхи, нарушения сна, расстройства пищевого поведения. Обычно эти нарушения носят временный характер и отражают возрастной уровень реагирования на вредности. Однако у некоторых детей данные нарушения проявляются часто, упорно и приводят к социальной дизадаптации. Такие состояния могут быть определены как психические расстройства.

Т. о., находясь в закрытом учреждении, дети испытывают сильнейшую психическую депривацию, что может в дальнейшем отрицательно повлиять на становление их личности и приспособление к социуму.

По данным экспертов ВОЗ, в детстве проблемы психического здоровья имеют более прямую связь с окружающей обстановкой, чем в другие возрастные периоды. Основным условием нормального психосоциального развития признается спокойная и доброжелательная обстановка, создаваемая благодаря постоянному присутствию взрослого, который внимательно относится к эмоциональным потребностям ребенка, беседует и играет с ним, обогащает его сенсорный опыт, осуществляет необходимое наблюдение.

Профилактика и реабилитация, осуществляемые в Доме ребенка, предполагают создание благоприятных условий для гармоничного развития детей с первых дней жизни. Стимулирование потребностей в эмоциях у ребенка (положительных или отрицательных), уход, соблюдение режима, сенсомоторное развитие в раннем периоде жизни – все это создает основу для их дальнейшего психического развития. Затем важным средством становится игра. Профилактическая реабилитация включает целый комплекс мероприятий, осуществляемых специалистами разного профиля: медикаментозное лечение, коррекционные психолого-педагогические занятия, игровую психотерапию, ритмику, ЛФК, физиотерапию, общевоспитательные мероприятия. Следует отметить, что в Доме ребенка г. Бишкека наряду с местными специалистами в настоящее время работают волонтеры из США, Германии. Они ухаживают за детьми, помогают кормить, делают массаж. Т. о., можно констатировать положительные тенденции в отношении общества к проблемам детей со специальными нуждам в связи с постепенной гуманизацией системы помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Волкова Г.А. Особенности поведения детей младшего дошкольного возраста, воспитывающихся в детском доме / Нарушения поведения детей и подростков. – СПб., 1992.
2. Лангмейер И. Психическая депривация в детском возрасте / И. Лангмейер, З. Матейчек. – Прага. 1984.
3. Рычкова Н.А. Поведенческие расстройства у детей: диагностика, психопрофилактика и коррекция. – М., 1998.

**МЕМОРАНДУМ
IV МЕЖДУНАРОДНОГО КОНГРЕССА
«МОЛОДОЕ ПОКОЛЕНИЕ XXI ВЕКА:
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ
СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ»**

22-24 сентября 2009 г. по инициативе Ассоциации детских психиатров и психологов, при участии Администрации г. Кирова, Кировской государственной медицинской академии и Института Гармоничного Развития и Адаптации («ИГРА») в г. Кирове на базе Кировской государственной медицинской академии состоялся IV Международный конгресс «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья». В нем приняло участие более 500 представителей различных специальностей (психиатров, психотерапевтов, психологов, педагогов, специалистов органов опеки, социальных педагогов и др.) из Российской Федерации, стран СНГ и США.

Конгресс установил, что состояние психического и социально-психологического здоровья подрастающего поколения по ряду показателей болезненности и заболеваемости остается неудовлетворительным, как неудовлетворительна и организационная ситуация деятельности и подготовки профессионалов, так или иначе соприкасающихся с проблемой охраны психического здоровья детей и подростков. Выявлен ряд общих для стран СНГ актуальных социально-психологических проблем: сохранение высокого уровня социального сиротства, детской безнадзорности, криминальности, роста болезней зависимости, сохранение высокой суицидальной опасности. Наряду с этим выявлены позитивные и прогрессивные формы оказания профессиональной высококвалифицированной помощи медиками, педагогами, психологами детям и подросткам с проблемным развитием.

IV Международный конгресс «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья» считает необходимым обратиться в органы законодательной и исполнительной власти, к общественным структурам России с следующими предложениями по решению наиболее острых проблем, стоящих на пути создания полноценной общегосударственной системы охраны психического здоровья подрастающего поколения:

1. Разработка и внедрение механизма более широкого привлечения детских психиатров, психологов, педагогов, специалистов органов опеки, социальных педагогов к подготовке законопроектов и проектов подзаконных нормативно-правовых ведомственных (межведомственных) документов (в части, касающейся проблем охраны психического здоровья и психосоциальной адаптации ребенка и семьи), в том числе их участия в экспертной оценке данных актов с точки зрения влияния на психическое здоровье и психосоциальную адаптацию ребенка и семьи.

2. Разработка и внедрение механизма профессиональной экспертизы и сертификации развивающей и игровой продукции для детей младшего и дошкольного возраста, с тем чтобы предотвратить ее негативное воздействие на психологическое развитие и психическое здоровье ребенка.

3. Разработка и внедрение механизма привлечения указанных специалистов к работе Федеральной службы по надзору за соблюдением законодательства в сфере массовых коммуникаций и охраны культурного наследия РФ, а также других органов государственной власти и общественных организаций для дачи экспертных заключений по вопросам последствий воздействия продукции СМИ и массовой культуры на психическое и нравственное развитие детей, подростков и молодежи.

4. Активное вовлечение профессионалов в области детско-подростковой наркологии и аддиктивных расстройств в разработку, научно-методическую оценку и сертификацию методов массовой диагностической (в том числе психодиагностической) и профилактической антинаркотической деятельности государственных ведомств и организаций – с целью предотвращения нарушения прав ребенка и семьи, неоправданного и неэффективного расходования государственных средств.

5. Изучение и повсеместное внедрение позитивного опыта, в частности Республики Беларусь и Кировского региона и муниципалитета, по созданию межведомственных (вневедомственных) центров федерального, регионального и муниципального уровней для решения научно-методических вопросов, подготовки и повышения квалификации кадров, организации мультидисциплинарной психосоциальной и психиатрической помощи детям и семьям, в том числе экстренной помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях.

6. Создание мультидисциплинарных кризисных центров на муниципальном и региональном уровнях для оказания экстренной психолого-социальной и психотерапевтической помощи детям, оказавшимся в ситуациях риска по ауто- и гетероагрессии.

7. Распространение моделей психологической и психотерапевтической помощи в учреждениях здравоохранения на всех этапах развития и социализации ребенка (в женских консультациях и родильных учреждениях, в педиатрических службах и т. п.) – с их научно-методическим обеспечением и системой подготовки соответствующих кадров..

8. Создание организационных условий и методического обеспечения полноценной профессиональной реализации, профессиональной защищенности и профессионального контроля, в том числе системы сертифицирования, для специалистов, работающих в учреждениях непрофильной ведомственной подчиненности (психологов и педагогов в учреждениях здравоохранения, психиатров и психотерапевтов в образовательной системе и т. п.).

9. Обеспечение внедряемой системы интеграции в естественный социум детей с особыми нуждами (в связи с проблемами психического развития, нарушений поведения, психической патологии различного уровня), а также одаренных детей научно-методической и нормативно-правовой базой, системой подготовки кадров, реорганизации деятельности психолого-медико-педагогических комиссий, просвещения населения и пр.

10. Осуществление государственной поддержки специальных изданий, мероприятий, в том числе тематических конгрессов и конференций на федеральном уровне, осуществляющих трансляцию опыта эффективного межпрофессионального и межведомственного взаимодействия в сфере охраны психического здоровья детей и подростков, поддержания психосоциальной адаптации семьи.

11. Прекращение повсеместно распространившейся практики проведения без медицинских показаний «регулируемых» и форсируемых родов, сопровождаемых несомненным риском перинатального повреждения центральной нервной системы плода с последующими «запрограммированными» нарушениями психического развития младенца.

12. Восстановление номенклатурной специальности детского психиатра (нарколога) с усовершенствованием системы профессионального образования и сертифицирования, отвечающей современным научно-организационным требованиям.

13. Создание эффективной системы ускоренного внедрения в практику детской психиатрии достижений современной психофармакологии, с тем чтобы в терапии детей и подростков могли использоваться наиболее современные, действенные и безопасные психотропные средства вместо морально устаревших, с высоким риском осложнений препаратов.

14. Развитие межрегионального и международного сотрудничества в области охраны социально-психологического здоровья подрастающего поколения, в том числе сотрудничества профессиональных сообществ, через организацию кросс-культуральных исследований наиболее острых проблем нарушений развития, поведения, психосоциальной адаптации, а также этнокультуральной ксенофобии и толерантности детей и их семей.

15. На Конгрессе было принято решение о проведении V Международного конгресса «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья» в 2012 г. либо в г. Санкт-Петербурге, либо в г. Туле (с учетом предложений местных профессиональных организаций).

16. Конгресс выражает уверенность в том, что как органы законодательной власти, так и ведомственные структуры на различных уровнях – от федерального до муниципального, а также общественные организации, в пределах своей компетенции способны взять на себя ответственность за решение указанных неотложных проблем в деле сохранения психического здоровья подрастающего поколения.

ИНСТИТУТ ГАРМОНИЧНОГО РАЗВИТИЯ И АДАПТАЦИИ («ИГРА»)

АССОЦИАЦИЯ ДЕТСКИХ ПСИХИАТРОВ И ПСИХОЛОГОВ

ЦЕНТР ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ

И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ В ОБЛАСТИ ПРОФИЛАКТИКИ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И МОЛОДЕЖИ

объявляют набор слушателей на **2010-2011 учебный год** по программе повышения квалификации и профессиональной переподготовки психологов, социальных педагогов и психиатров по направлению

«ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВАЯ И СЕМЕЙНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ»

Ведущие преподаватели и тренеры: проф. Н.М. Иовчук, проф. Ю.С. Шевченко, проф. Е.О. Смирнова, О.Я. Андреева, А.А. Северный, А.В. Черников, А.Ф. Шадура и др.

ПРОГРАММА КУРСА:

✓ Общая клиническая психология. Возрастная психология. Основы социальной психологии. Общая и возрастная патопсихология. Психолого-педагогическая диагностика и консультирование.

✓ Основы психиатрии детского и подросткового возраста. Основы психофармакотерапии.

✓ Введение в психотерапию. Поведенческая психотерапия. Основы детского психоанализа. Юнгианская песочная терапия. Игровая психотерапия. Групповая терапия с детьми и подростками. Терапия искусством и творческим самовыражением. Семейная психотерапия. Системная семейная терапия по М. Боуэну. Нарративная терапия с детьми и подростками. Методы релаксации и телесно-ориентированные методы. Психотерапия ПТСР. Психотерапия разводов и потерь. Психотерапия аддиктивного поведения. Детско-подростковая суицидология. Психотерапия дефицитарности общения.

Длительность и объем обучения: 2 года. Общий объем групповых занятий - 520 академических часов (320 часов семинары и тренинги).

Личная терапия 30 часов.

Форма обучения: дневная (1раз в месяц 2-дневный семинар по 16 акад. ч.).

По окончании выдается **ДИПЛОМ ГОСУДАРСТВЕННОГО ОБРАЗЦА
О ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКЕ.**

Начало занятий: январь-февраль 2010 г.

Условия приема: наличие высшего психологического или медицинского образования; наличие базовых знаний и практического опыта в области клинической психологии, психологического консультирования или психотерапии; зачисление производится на основании собеседования.

Контакты: Москва, ул. Тверская, д.12, стр. 8, офис 12, тел. (495)629-46-29, 650-52-91, сайт www.igra-msk.ru; www.acpp.ru; e-mail: igra-msk@mail.ru; acpp@inbox.ru

Подписано в печать 05.10.2009. Формат 70х100/16.

Бумага газетная. Гарнитура «Таймс».

Объем 9,2 п. л. Тираж 1000 экз.

ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ. 2009 (9), № 2.

Отпечатано в ООО «ЗЕТ-СТИЛЬ»

г. Москва, т. 980-6323. Зак. № 025