

АССОЦИАЦИЯ ДЕТСКИХ ПСИХИАТРОВ И ПСИХОЛОГОВ

**ВОПРОСЫ
ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ
ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

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

2012 (12), № 2

Москва. 2012

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, В.В. Зарецкий, Н.В. Зверева,
С.А. Игумнов, Н.К. Кириллина, 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. 2012

Перепечатка запрещена. При цитировании ссылка обязательна.

Выпуск журнала осуществляется при финансовой поддержке
Института гармоничного развития и адаптации («ИГРА»).

Данный выпуск подготовлен Санкт-Петербургским филиалом Ассоциации детских психиатров и психологов

СОДЕРЖАНИЕ

ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ, СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА И СМЕЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ	
ОБРАЩЕНИЕ К ЧИТАТЕЛЯМ.....	5
Н.И. Цыганкова	
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С МИНИМАЛЬНОЙ МОЗГОВОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ И СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ.....	5
И.Л. Коломиец	
СРАВНЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ДЕТЕЙ С ЦЕЛИАКИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.....	14
Л.М. Колпакова	
ТИПОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ АДАПТИВНОСТИ «ВОСХОДЯЩЕГО РАВНОВЕСИЯ» В ТРУДНОЙ СИТУАЦИИ (НА ПРИМЕРЕ МАТЕРЕЙ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ).....	22
Е.Д. Красильникова	
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ НАРУШЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ.....	29
Э.Ф.Верховцева	
ХАРАКТЕРИСТИКИ ЛИЧНОСТИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ МАТЕРЕЙ.....	36
Н.Л. Васильева	
ИССЛЕДОВАНИЕ ОБРАЗОВ РОДИТЕЛЕЙ У ПОДРОСТКОВ.....	45
ПРОФИЛАКТИКА, ТЕРАПИЯ, КОРРЕКЦИЯ, РЕАБИЛИТАЦИЯ, ОРГАНИЗАЦИЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ПОМОЩИ	
И.А. Колесников	
ПРОБЛЕМЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ АУТИЗМА.....	51
И.М. Никольская	
МЕТОД СЕРИЙНЫХ РИСУНКОВ И РАССКАЗОВ В СИТУАЦИИ ПЕРЕЖИВАНИЯ РЕБЕНКОМ СМЕРТИ БЛИЗКОГО РОДСТВЕННОИКА (АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ).....	58
Н.Ю. Оганесян, Д.В. Назарова, А. В. Поляринова, Е.В. Попова, Д.С. Михайлова	
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕХНИК ТАНЦЕВАЛЬНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ РАЗЛИЧНЫХ НОЗОЛОГИЧЕСКИХ ГРУПП.....	67
Е.А. Брецких	
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ СЕМЕЙ, ПРИНИМАЮЩИХ РЕШЕНИЕ ВОСПИТЫВАТЬ ПРИЕМНОГО РЕБЕНКА.....	75
Д.Ю. Шигашов, Ю.А. Фесенко	
ДЕТСКИЙ ТЕЛЕФОН ДОВЕРИЯ С ЕДИНЫМ ОБЩЕРОССИЙСКИМ НОМЕРОМ КАК СТРУКТУРНОЕ ПОДРАЗДЕЛЕНИЕ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОГО ЦЕНТРА ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ «ДЕТСКАЯ ПСИХИАТРИЯ».....	82

АРХИВ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ, ПСИХОЛОГИИ, СОЦИАЛЬНОЙ И КОРРЕКЦИОННОЙ ПЕДАГОГИКИ

Э.Г. Эйдемиллер, И.А. Колесников

ФРАГМЕНТ НАУЧНОГО И ПРАКТИЧЕСКОГО ЗНАКОМСТВА
С ТВОРЧЕСТВОМ САЛЬВАДОРА МИНУХИНА. НАЧАЛЬНОЕ
ИНТЕРВЬЮ В СЕМЕЙНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ (начало)..... 90

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

Ю.С.Феоктистова, Б.В. Панасенко

ПРИМЕНЕНИЕ КРАТКОСРОЧНОЙ ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ
В УСЛОВИЯХ КОРРЕКЦИОННОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО
УЧРЕЖДЕНИЯ..... 107

Н.В. Александрова

ПСИХИАТР-ПСИХОТЕРАПЕВТ В ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОМ
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ: ОПЫТ 15-ЛЕТНЕЙ РАБОТЫ..... 111

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ, ЛЕКЦИИ, МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

В.Л. Кокоренко

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СЕМЕЙ,
ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ
И СЕНСОРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ (ЛЕКЦИЯ)..... 114

В.В. Пушина

БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД В ПОНИМАНИИ
АЛКОГОЛИЗМА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
(ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) (начало)..... 124

ОФИЦИАЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, РЕЦЕНЗИИ, ИНФОРМАЦИЯ

Э.Г. Эйдемиллер, И.М. Никольская

ДЕСЯТЬ ЛЕТ КАФЕДРЕ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ, ПСИХОТЕРАПИИ
И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ СЕВЕРО-ЗАПАДНОГО
ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ИМЕНИ
И.И. МЕЧНИКОВА: ОПЫТ ПРОШЛОГО, НАСТОЯЩЕЕ И
ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ..... 134

ПОСТАНОВЛЕНИЕ КОНСТИТУЦИОННОГО СУДА РФ..... 142

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ПЕЧАТНЫХ РАБОТ..... 144

Материалы для публикации в журнале «**ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО
ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**» направляются с адресными рекви-
зитами автора (для последующей высылки ему экземпляра журнала с публи-
кацией) - электронной почтой вложенным файлом в формате Word.rtf на ад-
рес: <acpp@inbox.ru> либо acpprf@gmail.com.

Уважаемые читатели журнала!

Настоящий номер посвящен юбилею кафедры детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Северо-Западного государственного медицинского университета имени И.И. Мечникова (Россия, г.Санкт-Петербург). Кафедре, которой заведует профессор, доктор медицинских наук, Эдмонд Георгиевич Эйдемиллер, 2 июля 2012 года исполнилось 10 лет.

В настоящем номере опубликованы статьи сотрудников кафедры, ее учеников и коллег.

Благодарим Редколлегию журнала «Вопросы психического здоровья детей и подростков» за приглашение и возможность подготовить традиционный «Петербургский» выпуск журнала.

Заведующий кафедрой детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии СЗГМУ имени И.И. Мечникова, доктор медицинских наук, профессор **Э.Г. Эйдемиллер**

Помощник заведующего кафедрой по научной работе, доктор психологических наук, профессор **И.М. Никольская**

ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ, СОЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА И СМЕЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ

Н.И. Цыганкова

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С МИНИМАЛЬНОЙ МОЗГОВОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ И СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ

Санкт-Петербургская академия последипломного педагогического образования (Санкт-Петербург).

Состояние здоровья детей и подростков в последнее десятилетие в различных странах мира в целом и в России в частности характеризуется неблагоприятными тенденциями: ростом числа хронических заболеваний; увеличением частоты психических расстройств; распространением девиантного и зависимого поведения; деформацией медико-социального портрета семей, имеющих детей; значительной степенью ограничения возможностей их социальной интеграции. Один из ярких примеров этого в России – изменение к худшему распределения детей по группам здоровья. Если в 1998 г. к I группе здоровья (абсолютно здоровым) были отнесены 4,8% обследованных младших школьников, то в 2008 г. – 1,8%. Число учащихся со II группой здоровья (морфофункциональными отклонениями) за 10 лет не почти изменилось: 1998 г. – 49,8%, 2008 – 49,1%. Число детей с III и IV группами здоровья (хроническими заболеваниями) возросло на 4,7% [7].

На этом фоне особую актуальность приобретает изучение психологических аспектов таких заболеваний, как минимальная мозговая дисфункция (ММД) и синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), имеющих широкую распространенность у детей и вызывающих неблагоприятные социальные последствия для взрослых [2]. По данным различных исследований, распространенность СДВГ в детской популяции составляет от 2% до 12% с тенденцией к росту.

В настоящее время жалобы на невнимательность, импульсивность и гипе-

рактивность у детей характерны для большого числа учителей и родителей. При этом диагноз СДВГ детям, у которых учителя и родители находят выше перечисленные симптомы, ставится далеко не всегда. По данным различных исследований, показатели распространенности расстройства очень варьирует с учетом того, кто участвует в выявлении детей с таким заболеванием, – врачи при проведении комплексных клинико-психологических обследований или педагоги, заполняющие специально разработанные анкеты и опросники [4, 7].

СДВГ – поведенческое расстройство, характеризующееся триадой симптомов: нарушением внимания, гиперактивностью и импульсивностью. Его относят к категории гиперкинетических расстройств (F90.0 по Международной классификации болезней - МКБ-10). В 80% случаев сопутствующий признак ММД – это СДВГ, однако СДВГ может иметь место и при отсутствии минимальной мозговой дисфункции [6, 7].

ММД и СДВГ ухудшают качество жизни детей, вызывая нарушения социального функционирования, увеличивая риск травм и саморазрушающего поведения [3, 11]. От проявлений ММД и СДВГ страдают не только сами дети, но также их семьи, сверстники, учителя [17, 18].

Постановка проблемы исследования. Психологические проблемы детей с ММД и СДВГ связаны с задержкой темпа созревания функциональных систем мозга, обеспечивающих регуляцию когнитивных функций и произвольность [4]. Вторичные расстройства (неуверенность в себе, заниженная самооценка, страхи) нередко приводят к проявлениям оппозиционного и даже агрессивного поведения, ухудшая межличностные отношения и школьную адаптацию [1, 9]. Гипопротекция матерей может усугублять данные поведенческие расстройства детей с СДВГ [2, 10].

Стоит отметить также, что исследований, затрагивающих вопросы изучения свойств личности, учебных мотивов, отношений со сверстниками, учителями и родителями у детей с ММД и СДВГ (как основы для разработки программ психологической помощи) явно недостаточно. Незученным при данном расстройстве остается копинг, или совладающее поведение, – важнейший процесс адаптации личности к стрессу [5, 8, 18]. По данным И.М. Никольской, в совладании со стрессом дети опираются на присущие им индивидуально-психологические особенности, которые можно рассматривать как своеобразные «психологические орудия» защиты. Обуславливая нарушения адаптации ребенка в определенных жизненных ситуациях, они могут также выступать как важный инструмент снижения тревоги и напряжения [8]. Исходя из этого можно предположить, что характерные для детей с ММД и СДВГ невнимательность, импульсивность и гиперактивность также можно рассматривать, как защитные проявления. На защитный характер повышенной двигательной активности, расторможенности и «бездумности» детей с СДВГ указывают психиатры М.И. Лохов, Ю.А. Фесенко и М.Ю. Рубин, трактуя эти симптомы, как своеобразный защитный механизм, поддерживающий оптимальное функциональное состояние структур мозга данного ребенка, обеспечивающих его нормальное развитие [7].

Решающую роль в формировании личности и системы отношений ребенка играют семейные факторы [5, 15, 16]. То, как родители, и прежде всего мать, будут справляться с трудной ситуацией хронического заболевания ребенка с ММД и СДВГ, в значительной степени зависит от характеристик родительского воспитания и копинг-ресурсов родителей. Следовательно, говоря об изучении характеристик личности и межличностных отношений детей с ММД и СДВГ, актуально рас-

смотреть их во взаимосвязи с характеристиками материнского воспитания.

Гипотезы настоящего исследования состоят в том, что: 1. Дети с ММД и СДВГ имеют специфические характеристики личности и межличностных отношений. 2. Материнское воспитание детей с ММД и СДВГ имеет специфические характеристики. 3. Дети с диагнозом «ММД и СДВГ» и дети с симптомами невнимательности и импульсивности, выявленными в результате анкетирования учителей, имеют общие и специфические психологические характеристики. 4. Дети, у которых учителя не находят симптомов невнимательности и импульсивности, в отличие от детей с ММД и СДВГ и детей с симптомами невнимательности и импульсивности, имеют психологические особенности, связанные с трудностями внешнего реагирования аффекта.

Цель исследования – определить характеристики личности, межличностных отношений, материнского воспитания детей 9–10 лет с ММД и СДВГ (в связи с задачей психологической коррекции).

Дизайн исследования. Исследование проведено в Санкт-Петербурге на базе психолого-педагогических медико-социальных центров и общеобразовательных учреждений. Выборка составила 305 человек. На подготовительном этапе в исследовании приняли участие 13 учителей, заполнивших анкету «Невнимательность-импульсивность». На этапе психодиагностики участвовали 110 детей и 110 матерей, из которых были сформированы три группы сравнения. Основная – 40 детей с установленным неврологом диагнозом «ММД и СДВГ» и 40 матерей; первая группа сравнения – выявленные на основе анкетирования учителей 40 детей с симптомами невнимательности и импульсивности (группа риска) и 40 матерей; вторая группа сравнения – выявленные на основе анкетирования учителей 30 детей без симптомов невнимательности и импульсивности (контрольная группа) и 30 матерей.

Клинические и социально-демографические характеристики испытуемых. Дети основной группы: имеют II или III группы здоровья – 100%, состоят на диспансерном учете у невролога/психиатра с диагнозом «ММД и СДВГ» – 100%, имели диагноз «перинатальная энцефалопатия» – 100%, имели задержку речевого развития – 80%. Состоят на учете у других специалистов – 5 %. Дети группы риска: имеют II и III группы здоровья – 95%, когда-либо лечились у невролога с диагнозом «синдром гиперактивности» – 10%, состоят на учете у других специалистов – 17 %. Дети контрольной группы: имеют II или III группы здоровья – 93%, лечились у невролога с диагнозами «астеноневротический синдром», «логоневроз», «энурез» – 13%, состоят на учете у других специалистов – 15%.

В связи с тем, что ММД и СДВГ чаще встречается у мальчиков, во всех группах сравнения было по 80% мальчиков и 20% девочек. Средний возраст детей – 9,9 лет, матерей – 35,5 лет. Во всех группах сравнения семьи чаще имеют полную структуру. Матери детей чаще имеют среднее специальное образование. Все дети обучаются в общеобразовательных учреждениях. Дети с ММД и СДВГ и их матери также находятся на сопровождении в психолого-медико-социальном центре.

Методики психологического исследования. На подготовительном этапе в исследовании использованы авторская Анкета «Невнимательность – импульсивность», созданная на основе критериев МКБ-10. На психодиагностическом этапе – детский личностный опросник Р. Кеттелла в модификации Э.М. Александровской, И.Н. Гильяшевой, опросник копинг-стратегий школьного возраста SCS1 в адаптации Н.А. Сироты, В.М. Ялтонского, методика «Исследование межличностных отношений» Р. Жила, опросник «Анализ семейных взаимоотно-

ношений» Э.Г. Эйдемиллера, В. Юстицкиса. Статистический анализ результатов осуществлялся с помощью лицензионного пакета программ SPSS.

Результаты исследования. На рис. 1 представлены усредненные личностные профили трех сравниваемых групп детей, полученные при исследовании личности младших школьников с помощью детского вопросника Р. Кеттелла.

В результате статистического анализа установлены достоверные различия между группами сравнения по факторам А, В, Е, О, Q3, Q4. На основании рисунка 1 и выявленных достоверных различий можно сделать вывод, что младшие школьники группы ММД-СДВГ по сравнению с младшими школьниками группы риска более замкнуты (А при $p < 0,041$), имеют менее высокую степень сформированности интеллектуальных функций (В при $p < 0,006$) и менее послушны (Е при $p < 0,008$). По сравнению со школьниками контрольной группы школьники группы ММД-СДВГ менее послушны (Е при $p < 0,015$), менее тревожны (О при $p < 0,048$). Дети контрольной группы по сравнению с детьми с ММД-СДВГ имеют более низкий самоконтроль (Q3 при $p < 0,002$) и более напряжены (Q4 при $p < 0,000$). Дети группы риска по сравнению со школьниками контрольной группы показывают более высокую степень сформированности интеллектуальных функций (В при $p < 0,041$) и меньшую напряженность (Q4 при $p < 0,004$) [12].

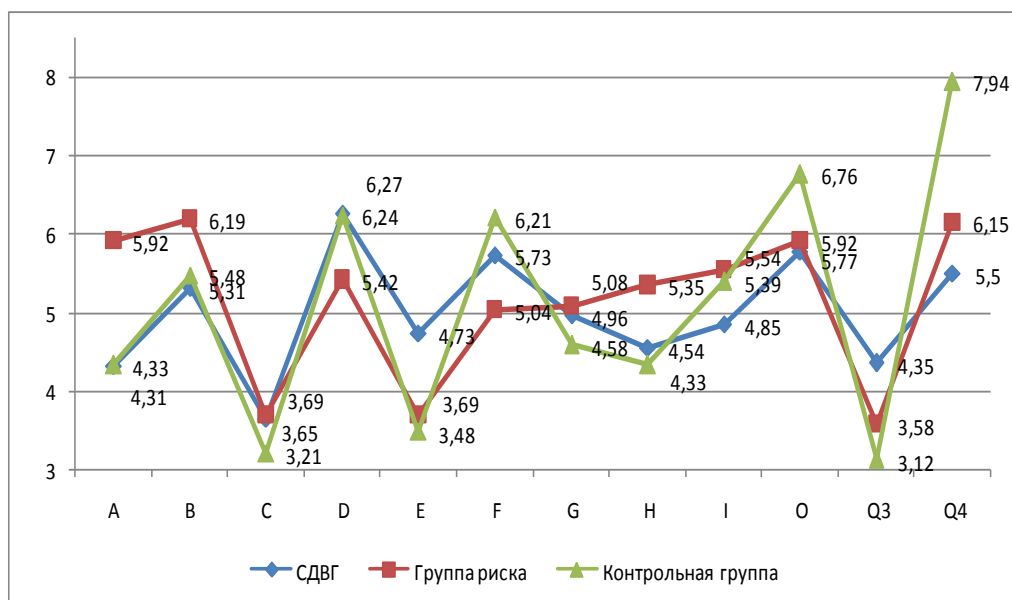


Рисунок 1. Личностные профили испытуемых в группах исследования.

С помощью дисперсионного анализа установлено, что наличие ММД и СДВГ связано с менее высокой степенью сформированности интеллектуальных функций (В) (знач. 0,002), самоконтролем (Q3) (знач. 0,001), напряженностью (Q4) (знач. 0,000). Корреляционный анализ показал, что в группе ММД-СДВГ самоконтроль (Q3+) детей прямо взаимосвязан со стремлением к доминированию ($r=0,625^{**}$) и социальной адекватностью поведения ($r=0,530^{**}$). У детей группы риска степень сформированности интеллектуальных функций (В) имеет прямые корреляции с предпочтением матерью в ребенке детских качеств (ПДК) ($r=0,474^{**}$) и обратные - с недостаточным удовлетворением его потребностей

(У-) ($r=-0,435^{**}$), чрезмерным количеством требований (Т+) ($r=-0,457^{**}$).

Исследование мотивации учебной деятельности показало, что у детей группы ММД-СДВГ по сравнению с группой риска более выражены внешняя мотивация учебной деятельности ($p<0,000$), игровая мотивация ($p<0,000$), мотивы взрослости ($p<0,000$) и успеха ($p<0,000$), отрицание мотива учебной деятельности ($p<0,000$). В группе ММД-СДВГ по сравнению с контрольной группой достоверно больше выражены внешняя ($p<0,000$) и игровая мотивация ($p<0,011$), мотивы взрослости ($p<0,002$) и успеха ($p<0,000$), отрицание мотива ($p<0,000$) учебной деятельности. У детей группы риска по сравнению с контрольной группой менее выражены внешняя мотивация учебной деятельности ($p<0,046$) и мотив взрослости ($p<0,048$). Дисперсионный анализ подтвердил, что наличие у ребенка ММД и СДВГ взаимосвязано с тем, что в структуре учебной мотивации детей преобладают неэффективные мотивы: внешний (знач. 0,002), игровой (знач. 0,001) и мотив взрослости (знач. 0,003) [12].

Корреляционный анализ показал, что у детей с ММД и СДВГ выраженность мотивов игрового и взрослости прямо коррелирует с их возбудимостью и реактивностью ($r=0,518^{**}$), социальный мотив имеет обратные корреляционные связи с независимостью, напористостью ($r=-0,641^{**}$). В группе риска отмечены обратные корреляционные связи внешнего мотива учебной деятельности с отношением к другу ($r=-0,443^{**}$). Игровой мотив прямо взаимосвязан с робостью, застенчивостью детей группы риска ($r=0,507^{**}$) и обратно взаимосвязан со спокойствием и оптимистичностью ребенка ($r=-0,440^{**}$), чрезмерностью санкций, применяемых матерями в воспитании ($r=-0,429^{**}$), расширением сферы родительских чувств (РРЧ) ($r=-0,534^{**}$). У детей контрольной группы игровой мотив имеет обратные корреляции с недостаточным удовлетворением матерями их потребностей ($r=-0,469^{**}$).

Выявлены достоверные различия в количестве используемых и помогающих копинг-стратегий у детей сравниваемых групп [14]. Дети групп ММД-СДВГ ($p<0,000$) и риска ($p<0,000$) достоверно чаще прибегают к использованию копинг-стратегий, чем дети контрольной группы. Кроме того, детям групп ММД-СДВГ ($p<0,005$) и риска ($p<0,001$), по сравнению с детьми контрольной группы, достоверно большее число копинг-стратегий помогает справляться с тревогой. В то же время дети группы ММД-СДВГ чаще, чем дети группы риска, избирают социально неодобряемые копинг-стратегии: «Бью, ломаю, швыряю вещи» (в 6 раз), «Дразню кого-нибудь» (в 4 раза), «Борюсь или дерусь с кем-нибудь» (в 2 раза) и реже социально одобряемые: «Бегаю или хожу пешком», «Сплю», «Говорю с кем-нибудь», «Смотрю телевизор, слушаю музыку».

С помощью дисперсионного анализа установлены взаимосвязи наличия диагноза ММД и СДВГ с количеством используемых (знач. 0,004) и помогающих (знач. 0,001) копинг-стратегий. Доказано, что при наличии у ребенка ММД и СДВГ он использует большее число копинг-стратегий и большее число этих стратегий помогает ему справляться с внутренним напряжением, тревогой и дискомфортом.

Корреляционный анализ показал, что в группе ММД-СДВГ общее количество используемых копинг-стратегий имеет обратные корреляции с напряженностью, фрустрированностью ребенка (Q4+) ($r=-0,585^{**}$). Общее количество помогающих копинг-стратегий обратно коррелирует с их фрустрированностью (Q4+) ($r=-0,660^{**}$). У детей группы риска количество используемых копинг-стратегий прямо связано со стремлением к уединению ($r=0,451^{**}$), а общее количество помогающих стратегий – прямо коррелирует с независимостью детей

($r=0,430^{**}$) и обратно - с низкой степенью сформированности интеллектуальных функций ($r=-0,476^{**}$), конфликтностью ($r=-0,313^{**}$), предпочтением матерями в ребенке детских качеств (ПДК) ($r=-0,441^{**}$). Количество помогающих копинг-стратегий детей контрольной группы имеет прямые корреляции с их добросовестностью ($r=0,498^{**}$).

Особенности межличностных отношений детей проявились в следующем [13]. Для детей всех групп сравнения значимыми оказались отношения к матери, родителям, воспринимаемым как родительская чета, к братьям и сестрам. Однако отношения к матери были менее значимы для детей групп ММД-СДВГ ($p<0,006$) и риска ($p<0,018$), чем для детей контрольной группы. Отношение к другу - более значимо для детей групп ММД-СДВГ ($p<0,001$) и риска ($p<0,005$), чем для детей контрольной группы. Отношение к учителю - более значимо для детей группы ММД-СДВГ ($p<0,050$), чем детей контрольной группы. Дети группы ММД-СДВГ ($p<0,015$) реже стремятся к общению в больших группах, чем дети группы риска. Дети контрольной группы чаще демонстрируют пассивно-страдательную реакцию на фрустрацию, чем дети группы риска ($p<0,013$).

Посредством дисперсионного анализа доказаны взаимосвязи наличия у ребенка диагноза ММД и СДВГ с показателями: «отношение к другу» (знач. 0,000), «отношение к учителю» (знач. 0,000). Это проявляется в том, что для ребенка с ММД и СДВГ друг и учитель – положительно эмоционально значимые фигуры. С помощью корреляционного анализа уточнено, что в основной группе выраженность «к другу» прямо взаимосвязана с гипопротекцией матерей ($r=0,397^{*}$), чрезмерным количеством требований–запретов ($r=0,596^{**}$) и санкций ($r=0,403^{*}$), неразвитостью у матери родительских чувств ($r=0,424^{*}$), переносом матерью на ребенка собственных нежелательных качеств ($r=0,435^{*}$). Отношение к учителю прямо взаимосвязано с недостаточным удовлетворением матерью потребностей ребенка ($r=0,431^{*}$) и обратно – с ее воспитательной неуверенностью ($r=-0,390^{*}$). У детей группы риска выраженность отношения к учителю прямо взаимосвязана с неустойчивым стилем воспитания ($r=0,439^{**}$). Активно-агрессивная реакция на фрустрацию детей группы риска прямо взаимосвязана с недостаточным количеством требований, предъявляемых к ребенку ($r=0,318^{*}$) и обратно взаимосвязана – с гиперпротекцией их матерей ($r=-0,347^{*}$). В контрольной группе отношение детей к учителю прямо взаимосвязано с воспитательной неуверенностью матерей ($r=0,318^{*}$) и обратно – с их гиперпротекцией ($r=-0,352^{*}$).

Для материнского воспитания детей группы ММД-СДВГ, по сравнению с материнским воспитанием детей группы риска, больше характерны гипопротекция ($p<0,000$) и менее характерен неустойчивый стиль воспитания ($p<0,025$). Матери основной группы достоверно реже предъявляют детям большое количество требований ($p<0,039$), а также используют как чрезмерное ($p<0,010$), так и недостаточное количество санкций ($p<0,036$). По сравнению с матерями детей контрольной группы, матери детей группы ММД-СДВГ реже склонны чрезмерно удовлетворять потребности ребенка ($p<0,023$) и чаще проецируют на него собственные нежелательные качества ($p<0,013$). Матери детей группы риска, по сравнению с матерями контрольной группы, реже склонны к гипопротекции ($p<0,000$), чаще применяют чрезмерное количество санкций ($p<0,008$). Их воспитательный стиль чаще характеризуется неустойчивостью ($p<0,013$), воспитательной неуверенностью ($p<0,013$).

Дисперсионный анализ подтвердил, что наличие у ребенка ММД и СДВГ

взаимосвязано с элементами гипопротекции матери (Г– знач. 0,000): ребенок находится на периферии ее внимания, ей «не до него», она обращается к ребенку, лишь когда случается что-то серьезное.

Обсуждение результатов. Таким образом, у детей с ММД и СДВГ с помощью дисперсионного анализа доказана взаимосвязь имеющегося у них расстройства с характеристиками познавательной, мотивационной, поведенческой, эмоционально-личностной сферы и межличностных отношений. Наличие заоблачения имеет взаимосвязь с менее высокой степенью сформированности интеллектуальных функций ребенка, его меньшим послушанием и уступчивостью, меньшей личностной напряженностью, преобладанием незрелых и неэффективных учебных мотивов, что может прямо обуславливать школьную дизадаптацию, гипопротекцией матери и компенсаторной значимостью фигур «друга» и «учителя». Последнее может объяснять, почему в результате корреляционного анализа нами не было выявлено взаимосвязей между свойствами личности и учебной мотивации детей с ММД и СДВГ с характеристиками материнского воспитания. По-видимому, воспитание матери с учетом выявленных особенностей не оказывает существенного влияния на формирование личности и учебных мотивов ребенка с ММД-СДВГ, что может усугублять его дизадаптацию в школе и обществе в целом.

Сравнение детей с ММД и СДВГ и детей группы риска с отдельными симптомами невнимательности и импульсивности показало, что в группе риска оказались более открытые и доброжелательные дети, стремящиеся к широкому общению в больших группах людей, ценящие друзей. Для них характерна более высокая степень сформированности интеллектуальных функций, а в структуре учебной мотивации доминирование конструктивных социального и учебного мотивов. Важная особенность детей группы риска состоит в том, что характеристики их личности, учебной мотивации и межличностных отношений имеют многочисленные взаимосвязи с материнским воспитанием. Этот факт, а также наибольшая выраженность гиперпротекции как черты материнского воспитания в данной группе, позволяют предположить существенную роль матери в формировании личности и поведения детей, отнесенных в группу риска.

Эти данные позволяют акцентировать два важных момента. Первый из них состоит в том, что часто используемое на практике выявление СДВГ у ребенка на основе анкетирования учителей и родителей, которые должны «замечать» у ребенка определенные симптомы, ведет не только к гипердиагностике данного расстройства, но также к стигматизации детей, когда ребенка активного, интеллектуально-одаренного, хотя и моторно-расторможенного, награждают ярлыком «гиперактивного», «неуправляемого», а часто и «больного». Мы считаем, что клинический диагноз «СДВГ» должен устанавливаться только в результате клинко-патопсихологических исследований, а никак не на основе анкетирования. Результаты настоящего исследования также показали, что сходным признаком детей групп с ММД, СДВГ и риска является большое число используемых и помогающих копинг-стратегий, направленных на внешнее отреагирование аффекта в действии. Однако если дети с ММД и СДВГ используют стратегии социально неодобряемые, ведущие к проблемам в поведении и общении, то дети с симптомами невнимательности и импульсивности – социально адекватные. Отсюда следует вывод о том, что детям с ММД-СДВГ необходима психологическая коррекция их копинг-поведения в плане их большей социальной адаптивности.

Вместе с тем, от детей, не имеющих симптомов невнимательности и им-

пульсивности (контрольная группа), первые две группы школьников отличаются меньшей личностной напряженностью и фрустрированностью, меньшей тревожностью. Статистически также установлено, что дети контрольной группы используют наименьшее число копинг-стратегий и наименьшее число этих стратегий им помогает. Можно предположить, что не имеющие симптомов невнимательности и импульсивности и потому, по-видимому, «удобные» для учителей и других взрослых людей дети имеют специфические психологические особенности, связанные, прежде всего, с трудностями внешнего отреагирования аффекта через действие и общение. Это позволяет выдвинуть гипотезу о риске возникновения у них невротических расстройств и необходимости проведения соответствующих психопрофилактических мероприятий.

Выводы.

1. Наличие у ребенка ММД и СДВГ связано с меньшей степенью сформированности его интеллектуальных функций, преобладанием в структуре учебной мотивации неэффективных мотивов (внешнего, игрового и взрослости), меньшим послушанием, личностной напряженностью и фрустрированностью, большим числом используемых (в том числе социально неодобряемых) и помогающих копинг-стратегий.

2. Наличие у ребенка ММД и СДВГ связано с эмоциональной значимостью для него фигур друга и учителя, склонностью к гипопротекции со стороны матери.

3. Личностные свойства детей с ММД-СДВГ взаимосвязаны с учебными мотивами и копинг-поведением, а межличностные отношения – с характеристиками материнского воспитания.

3.1. Возбудимость и реактивность детей с ММД и СДВГ прямо коррелируют с выраженностью учебных мотивов игрового и взрослости, более низкая личностная напряженность и фрустрированность – с большим числом используемых и помогающих копинг-стратегий.

3.2. Отношение к другу как к эмоционально значимой фигуре у ребенка с ММД и СДВГ прямо связано с гипопротекцией со стороны матери, неразвитостью ее родительских чувств, чрезмерностью запретов и санкций, проекцией на ребенка нежелательных качеств.

3.3. Отношение к учителю как к эмоционально значимой фигуре прямо связано с недостаточным удовлетворением матерью потребностей ребенка с ММД и СДВГ и обратно – с ее воспитательной неуверенностью. Чем более значима фигура учителя для ребенка с ММД-СДВГ, тем меньше у него выражены конфликтность, активно-агрессивная реакция на фрустрацию и тем больше – любознательность.

4. Сопоставление психологических характеристик детей с диагнозом «ММД и СДВГ», детей группы риска с симптомами невнимательности и импульсивности и детей контрольной группы, не имеющих симптомов невнимательности и импульсивности, а также характеристик их матерей установило:

4.1. Общие признаки детей с ММД-СДВГ и с симптомами невнимательности и импульсивности – большое число используемых и помогающих копинг-стратегий (в том числе направленных на внешнее отреагирование аффекта), выраженность отношения к другу. По сравнению детьми с ММД и СДВГ детей группы риска отличают более высокая степень сформированности интеллектуальных функций, наличие зрелых учебных мотивов, открытость, послушание, социально одобряемое копинг-поведение, стремление к общению в больших группах людей. У матерей детей группы риска не прослеживаются такие откло-

нения в воспитании, как гипопротекция, отсутствие требований к ребенку и четкой системы наказаний, желание видеть своего ребенка более взрослым. В группе риска установлены взаимосвязи характеристик материнского воспитания не только с показателями межличностных отношений детей (как в группе ММД-СДВГ), но также со свойствами их личности и учебной мотивации.

4.2. Детей, не имеющих симптомов невнимательности и импульсивности, по сравнению с двумя другими группами, отличают большие личностная напряженность и фрустрированность, меньшее число используемых и помогающих копинг-стратегий. От детей с ММД и СДВГ их также отличают более высокая тревожность, меньшая степень самоконтроля, наличие зрелых мотивов учебной деятельности, меньшая значимость отношений к другу и учителю и большая значимость отношения к матери, которая склонна чрезмерно удовлетворять потребности ребенка. От детей группы риска с симптомами невнимательности и импульсивности детей контрольной группы отличает более выраженная пассивно-страдательная реакция на фрустрацию, а их матерей – склонность к гипопротекции и меньшая выраженность фобии утраты ребенка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вострокнутов Н.В. Школьная дезадаптация: ключевые проблемы диагностики и реабилитации // Школьная дезадаптация. Эмоциональные и стрессовые расстройства у детей и подростков. – М., 1995. – С. 8-11.
2. Гудман Р., Скотт С. Детская психиатрия. – 2-е изд. / Пер. с англ. – М.: Триада-Х, 2008. – 405 с.
3. Журба Л.Т., Мастюкова Е.М. Ранние неврологические проявления минимальной мозговой дисфункции у детей. // Ж. невропатол. и психиатр. – 1976 – Т. 10. – № 10. – С. 1450-1454.
4. Заваденко Н.Н., Лебедева Т.В., Счасная О.В. и др. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью: роль анкетирования родителей и педагогов при оценке социально-психологической адаптации пациентов. // Ж. неврол. и психиатр. – 2009. – № 11. – С. 5-57.
5. Крюкова Т.Л., Сапоровская МВ., Куфтяк Е.В. Психология семьи: жизненные трудности и совладание с ними. Учебное пособие. – СПб.: Речь. 2005. – 240 с.
6. Кучма В.Р., Сухарева Л.М., Рапопорт И.К. Изменение показателей заболеваемости школьников в процессе завершения общего образования // Материалы I Конгресса Российского общества школьной и университетской медицины и здоровья. –М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – С. 94-95.
7. Лохов М.И., Фесенко. Ю.А., Рубин М.Ю. Плохой хороший ребенок. (Проблемы развития, нарушения поведения, внимания, письма и речи). 2-е издание. – СПб: ЭЛБИ-СПб, 2008. – 320 с.
8. Никольская И.М., Грановская Р.М. Психологическая защита у детей. – СПб.: Речь, 2006. – 342 с.
9. Полунина А.Г., Давыдов Д.М., Брюн Е.А. Когнитивные нарушения и риск формирования алкоголизма и наркоманий при синдроме дефицита внимания с гиперактивностью // Психологический журнал. – 2006. – V. 27 (1) – С. 93-100.
10. Романов А.М. Когнитивная и эмоциональная сфера у младших школьников, страдающих СДВГ, и их особенности в зависимости от стиля воспитания // Мат-лы междунар. конфер., посвященной памяти С.С. Мнухина и 40-летию городского отделения неврозов у детей. VII Мнухинские чтения. Междисциплинарный подход в детской неврологии (успехи детской психиатрии, неврологии, психотерапии и клинической психологии) / Под ред. Л.П. Рубиной, Ю.А.

Фесенко. - СПб.: Бастион, 2008. – С. 119-120.

11. Тржесоглава З. Легкая дисфункция мозга в детском возрасте / Пер. с чешск. – М.: Медицина, 1986. – 256 с.

12. Цыганкова Н.И. Свойства личности и мотивы учебной деятельности у младших школьников с минимальной мозговой дисфункцией и синдромом дефицита внимания с гиперактивностью // Известия Российского государственного педагогического университета имени А.И. Герцена: научный журнал. - СПб., 2011. - № 132. - С. 362–368.

13. Цыганкова Н.И., Никольская И.М. Межличностные отношения младших школьников с гиперкинетическим расстройством // Вестник Тюменского государственного университета: научный журнал. Сер. Педагогика и психология. - Тюмень: ТюмГУ, 2011. № 9. – С. 216–223.

14. Цыганкова Н.И. Трудные жизненные ситуации и стратегии совладающего поведения младших школьников с гиперкинетическим расстройством // Вестник Тверского государственного университета: научный журнал. Сер. Педагогика и психология. Тверь: 2012. Выпуск 2. № 9. – С. 73-79.

15. Шипицына Л.М. «Необучаемый» ребенок в семье и обществе. Социализация детей с нарушением интеллекта. – СПб.: Дидактика Плюс, 2002. – 496 с.

16. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В. Психология и психотерапия семьи. – СПб.: Питер, 1999. – 656 с.

17. Bernfort L., Nordfeldt S., Persson J. ADHD from socio-economic perspective // Foundation Acta Paediatrica, 2008. – Vol. 97. – P. 239-245.

18. Lazarus R.S., Folkman S. Transactional theory and research on emotion and coping // Europ. J. of Personality – 1987. – V.1 –141-169.

19. Rosler M., Retz W., Retz-Jundinger P., et al. Prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder and comorbid disorders in young male prison inmates // Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. – 2004. – V. 254(6). – P. 365-71.

И.Л. Коломиец

СРАВНЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ДЕТЕЙ С ЦЕЛИАКИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

**Северо-Западный государственный медицинский университет имени
И.И. Мечникова» (Санкт-Петербург).**

Изучение психологических характеристик детей с соматическими заболеваниями и их матерей – важная проблема клинической психологии семьи и детства [9, 10]. Такие заболевания, с учетом их специфики, могут оказывать определенное влияние на психику, поведение и систему взаимоотношений больного ребенка и членов его семьи.

Целиакия (глютеновая энтеропатия) - болезнь пищеварительного тракта, при которой повреждается тонкая кишка и развивается гиперрегенераторная атрофия из-за употребления в пищу глютена - растительного белка, найденного в зернах пшеницы, ржи, ячменя и овса. Для того чтобы быть здоровым человеком, больной целиакией должен всю жизнь соблюдать безглютеновую диету. При постановке диагноза «целиакия» нередко возникают трудности, так как не имеется ни одного симптома, который бы встречался у 100% детей с данным заболеванием. При длительном течении нераспознанной целиакии повышается риск возникновения опухолей желудочно-кишечного тракта и другой локализа-

ции, а также ассоциированных с целиакией аутоиммунных заболеваний, в том числе сахарного диабета (СД) [12].

Психологические особенности больных целиакией детей остаются практически не изученными [12, 13]. Отмечено, что у большинства детей с целиакией происходит поражение нервной системы. На этом фоне серьезной проблемой оказывается медико-социальная адаптация больных, в том числе проблема приверженности лечению. Анализ анкет детей с целиакией показал, что основная причина осознанного несоблюдения ими диеты – мнение взрослых о ее ненужности (77% – мнение родных, 14% – мнение друзей и подруг, 7% – врач амбулаторного звена выразил сомнение в правильности диагноза стационара, 2% – ребенок сам решил, что диета не нужна). Опасное положение создается в семьях, которые не могут обеспечить ребенку дорогостоящую безглютеновую диету по причине нехватки материальных средств. Тогда возникают две серьезные проблемы: 1. В 15% семей не хватает денег на соблюдение диеты, то есть каждый шестой ребенок не может соблюдать диету по причине нехватки денег у родителей. 2. Некоторые родители детей с целиакией специально прекращают диету и вызывают возвращение симптомов, чтобы ребенок получил статус «инвалида» и имел социальную поддержку [13].

Дети с целиакией страдают от неврологических и психических расстройств, включая головные боли, дефицит внимания. Для них характерны проблемы обучения, невротические тики, депрессивные реакции и тревога, которые в основном проявляются до того момента, как диетическое лечение начинает действовать [16].

Однако даже на строгой безглютеновой диете детей с целиакией, по сравнению со здоровыми детьми, отличает высокая частота поведенческих и эмоциональных расстройств. Увеличение симптомов депрессивных и тревожных расстройств с момента постановки диагноза «целиакия» наблюдалось во взаимосвязи с возрастом ребенка. Симптомы депрессии были значительно более выражены у детей с целиакией по сравнению с взрослыми пациентами с данным заболеванием [16].

Нами впервые проведено сравнение психологических характеристик детей, больных сходными по ряду признаков соматическими заболеваниями, целиакией и СД. Характерное для данной болезни нарушение всех видов обмена веществ (в первую очередь углеводного) приводит к возникновению патологических изменений со стороны практически всех органов и тканей человеческого организма [4].

Дети с СД имеют особенности эмоциональной сферы и поведения в виде изменения настроения с преобладанием депрессии, молчаливости, апатии, мнительности, подозрительности, несдержанности, недостаточной мотивации поступков и конфликтов с окружением [2, 3, 11]. Внутренняя картина болезни (ВКБ) у детей с СД формируется по гипернозогностическому типу [5]. Эмоциональный аспект их ВКБ характеризуется высоким уровнем тревожности [1, 5, 6]. Уровень тревоги и депрессии у детей и подростков с СД – основные факторы, препятствующий достижению адекватного гликемического контроля [11; 15]. У детей препубертатного возраста с СД обнаруживались трудности в сфере межличностных отношений [14]. Считается, что сенситивность, эмоциональная инертность и интровертированность составляют основу преморбиды детей с СД.

Важной особенностью целиакии и СД как быстро распространяющихся в настоящее время соматических заболеваний является сложность, неоднород-

ность этиологии и патогенеза. Динамика подобных болезней зависит не только от генотипа или экзогенных биологических влияний, но также от общих и специфических факторов психологической природы, учет которых может способствовать улучшению динамики болезни, предупреждению развития различных осложнений [8]. Обе сравниваемые болезни обычно начинаются в раннем возрасте и сходны по ряду условий, в которых находится больной ребенок: неизлечимость болезни, необходимость постоянного контакта с врачом, прохождения медицинских процедур, соблюдения диеты, нахождение в режиме ограничений и запретов. Все это приводит к затруднению повседневного функционирования детей и их матерей. При обеих болезнях существует риск инвалидизации, хронических осложнений и потенциальная витальная угроза. Однако, если для родителей больных СД детей соблюдение ребенком диеты и инсулинотерапия – важнейшие условия поддержания его оптимального психофизического состояния и сохранения жизни, то для родителей детей с целиакией выполнение медицинского предписания (безглютеновой диеты) в ряде случаев либо невыполнимо, либо «условно невыгодно», тем более что эта болезнь имеет не непосредственные, а отдаленные угрожающие последствия для жизни детей.

Цель исследования – определить общие и специфические психологические характеристики детей с целиакией и СД как сходными по ряду признаков моделями соматических заболеваний.

Материалы и методы исследования. Эмпирическая база исследования составила 55 детей в возрасте от 8 до 11 лет: основная – 20 младших школьников с целиакией; группа сравнения – 35 младших школьников с СД. В исследовании использовались шкалы явной тревожности СМАС в адаптации А.М. Прихожан, детский фрустрационный тест С. Розенцвейга, опросник копинг-стратегий школьного возраста, модифицированный нами для детей опросник изучения типов и выраженности внутриличностной конфликтности и нарушений в системе межличностных отношений СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева, проективная методика «Кинетический рисунок семьи».

Результаты исследования. Сравнение уровней тревожности с помощью шкалы явной тревожности СМАС в адаптации А.М. Прихожан в двух группах детей показало, что они достоверно не различаются, хотя тенденция к различию имеет место и проявляется в более высоком уровне тревожности в группе с целиакией ($F=3,543$, $p<0,066$). Среднее значение тревожности детей с целиакией равно 8,15, это значение можно отнести к уровню явно повышенной тревожности. Среднее значение тревожности детей с СД равно 7, что соответствует уровню несколько повышенной тревожности.

Явно повышенная и очень высокая тревожность, которая обычно носит «разлитой», генерализованный характер наблюдается у 55% детей с целиакией и у 25% детей с СД. Из них 20% детей с целиакией и 11% детей с СД входят в группу риска по уровню тревожности. Дети этой группы требуют оказания психологической помощи.

Несколько повышенная тревожность выявлена в 45% случаев в группе детей с целиакией и в 40% случаев – в группе детей больных СД. Такой уровень тревожности часто связан с ограниченным кругом ситуаций, определенной сферой жизни. Нормальный уровень тревожности, который необходим для адаптации и продуктивной деятельности, отмечается у детей с СД в 34% случаев, а у детей с целиакией только в 10% случаев. У детей с СД и целиакией не обнаружена такая характеристика, как «состояние тревожности не свойственно».

Результаты исследования реакций детей на фрустрацию с помощью теста С. Розенцвейга представлены на рис. 1. Из рисунка видно, что в группе детей с СД средние значения интрапунитивных, импунитивных реакций и реакций с фиксацией на самозащите выше, чем у детей с целиакией. В группе детей с целиакией средние значения экстрапунитивных реакции, реакций с фиксацией на разрешении ситуации, стандартность реакций выше, чем у детей с СД. Средние значения реакций с фиксацией на самозащите одинаковы у детей с СД и целиакией. Статистически установлено, что у детей с целиакией больше, чем у детей с СД, выражены экстрапунитивные реакции на фрустрацию ($p < 0,05$). Это показывает, что они в большей степени склонны выражать негативные эмоции по поводу фрустрирующих ситуаций и событий, осуждать и критиковать окружающих людей.

У детей с СД больше, чем у детей с целиакией, выражены интрапунитивные реакции на фрустрацию ($p < 0,05$). Это говорит о том, что они в большей степени считают себя источником неприятностей, признают свою вину, принимают ответственность за разрешение ситуации.

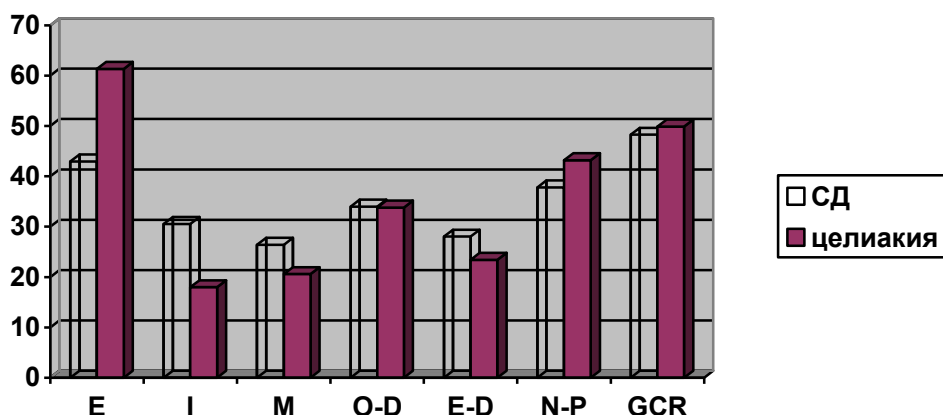


Рисунок 1. Средние значения выраженности реакций на фрустрацию у детей с СД и целиакией.

Для уточнения поведения двух групп детей в ситуации фрустрации проведено сравнение различающих их характеристик с нормативными значениями (табл. 1).

Таблица 1.

Средние значения реакций на фрустрацию, различающиеся в группах детей с СД и целиакией, в сопоставлении с нормативными значениями для детей

Реакции на фрустрацию	Средние значения		
	Дети с СД	Дети с целиакией	Нормативная выборка
Экстрапунитивные (E)	42,95	61,33	46,8
Интрапунитивные (I)	30,55	18,00	25,9

Из табл. 1 видно, что среднее значение выраженности экстрапунитивных реакций у детей с СД ниже как данных группы детей с целиакией, так и нормативных данных. Это отражает, что они при столкновении с неприятностями как бы

уходят в себя, не обращая внимания на то, что происходит вокруг, начинают меньше общаться, могут продолжать действовать так, как будто ничего не произошло. Внешние проявления каких бы то ни было эмоциональных реакций практически отсутствуют. Дети не прибегают к помощи, пытаясь найти выход из положения, действуют в одиночку, стремление к сотрудничеству отсутствует.

В отличие от этого, у детей с целиакией выраженность экстрапунитивных реакций значительно превышает данные нормативной выборки. Это указывает, что они открыто проявляют недовольство, раздражение, гнев, вовлекают в свои переживания окружающих, иницируют общение. Проявляют повышенное внимание к тому, что происходит вокруг них, стараются влиять на окружающих, побуждают их к действиям. Окружающие люди ими осуждаются, критикуются, поучаются, высмеиваются. Дети с целиакией ожидают помощь советом или решение проблемы. Для них все вокруг виноваты и должны все исправить.

Среднее значение выраженности интрапунитивных реакций у детей с СД выше данных группы детей с целиакией и нормативных значений. Это отражает уверенность больных детей, что они сами являются причиной всех своих неудач и неприятностей. Дети считают себя виноватыми, несмотря на то, что не имели никакого отношения к случившемуся и никак не могли повлиять на произошедшие события. Неприятности вызывают у них глубокие внутренние переживания, которые могут быть незаметны окружающим. Такие дети стараются как-то исправить ситуацию, оказать помощь тем, кто пострадал вместе с ними.

В отличие от этого, выраженность интрапунитивных реакций у детей с целиакией ниже средненормативных значений для детей. Это отражает, что они постоянно сталкиваются с одними и теми же неприятностями, не учатся на ошибках и пытаются искать виноватых. В «обычной жизни» ребенок с целиакией чаще вполне самокритичен и действует конструктивно, однако, сталкиваясь с неожиданными неприятностями, он оказывается не в состоянии рационально оценивать происходящие события.

Для исследования копинг-стратегий детей использовался «Опросник копинг-стратегий школьного возраста». Обнаружено, что средние значения используемых копинг-стратегий в группах сравнения не различаются (у детей с детьми с целиакией – 10,85, с СД - 10,09, у). Средние значения помогающих копинг-стратегий в группах сравнения также примерно одинаковы (у детей с целиакией – 10,3, с СД - 9,57). Общими копинг-стратегиями детей обеих групп являются стратегии «плачу, грущу», «смотрю телевизор, слушаю музыку». Влияние болезни на число используемых и помогающих копинг-стратегий статистически не установлено.

Качественный анализ показал, что особенностями копинг-поведения детей с целиакией является удовлетворения своих хронически фрустрированных физиологических потребностей (стратегия «ем или пью»), вербальное взаимодействие и внешнее отреагирование аффекта, в том числе, с помощью использования социально неодобряемых копинг-стратегий.

Особенностями помогающего копинг-поведения детей с СД является уход в замещающие занятия («играю в игру»), принятие своей ответственности за ситуацию («прошу прощения», «остаюсь сам по себе, один»), важность невербального, телесного взаимодействия с помогающим объектом («обнимаю, прижимаю, глажу») и физического расслабления для достижения психического успокоения («стараюсь расслабиться», «сплю»).

Сравнение частоты представленности неприятных ситуаций, которые

вспомнили и нарисовали дети сравниваемых групп, показало следующее. В рисунках детей с целиакией чаще представлены трудные и неприятные ситуации, связанные с общением и учебной деятельностью детей (в 70% случаев против 40% у детей с СД). В группе СД в рисунках чаще представлены ситуации, связанные с болезнью или болью («Лежу под капельницей, два дня в реанимации», «Я в больнице, а мама уезжает. Я плачу», «Не хочу колоть уколы. Не хочу ехать на скорой помощи в больницу», «Я болею и играю с игрушечной собакой», «Перед больницей меня рвет, и забирает скорая», «Когда врач - Елизавета Романовна рядом», «Упал с лестницы»). У детей с СД они встречались в 45% случаев, у детей с целиакией – только в 10% случаев («у меня болит живот», «меня тошнит»).

При исследовании типов внутриличностных конфликтов использовался модифицированный нами для детей опросник изучения типов и выраженности внутриличностной конфликтности и нарушений в системе межличностных отношений СПбНИПНИ им. В.М.Бехтерева.

Установлено, что у 60% детей целиакией и у 43% детей больных СД выражен конфликт между потребностями зависимости и независимости, что может быть обусловлено их возрастными особенностями. У 45% детей больных целиакией обнаружены конфликт между потребностями и требованиями окружающей среды и конфликт между нормами и тенденцией к агрессивному поведению, тогда как у детей с СД эти конфликты наблюдаются реже, в 34% и 29% соответственно. В 40% наблюдений у детей с целиакией выражено расхождение между уровнем притязаний, тогда как у детей с СД оно имеет место только в 29% наблюдений.

Статистически установлено, что у детей с целиакией, по сравнению с детьми с СД, более выражен конфликт между потребностью достижения и страхом неудач ($p < 0,005$).

В целом, можно говорить о большей выраженности большинства внутренних конфликтов у детей с целиакией, так как только частота встречаемости конфликта между доверенными задачами и возможностями у детей с СД превышает частоту встречаемости у детей с целиакией. Все остальные внутриличностные конфликты по частоте встречаемости у детей с целиакией превышают частоту встречаемости у детей с СД.

Для исследования переживаний семейной ситуации детьми, больными СД и целиакией, использовалась проективная методика «Кинетический рисунок семьи». Результаты представлены на рисунке 2.

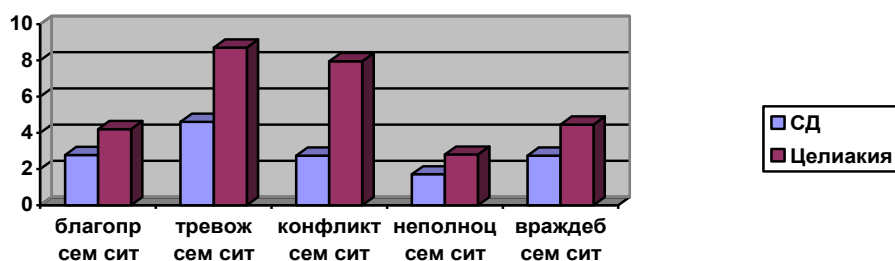


Рисунок 2. Средние значения симптомокомплексов субъективных переживаний детьми семейной ситуации.

Установлено, что симптомокомплексы: «благоприятная семейная обстановка», «тревожность», «конфликтность», «чувство неполноценности», «враждебность» в семейной ситуации в группе детей с целиакией выражены больше, чем в группе детей с СД ($p < 0,05$). Это показывает, что дети с целиакией субъективно интенсивнее переживают семейную ситуацию, чем дети с СД.

Заключение. В исследовании установлены общие и специфические характеристики детей с целиакией и СД. Для обеих групп детей с хроническими соматическими заболеваниями характерен повышенный уровень тревожности. У половины детей с целиакией и у четверти детей больных СД наблюдается явно повышенная и очень высокая тревожность, которая обычно носит «разлитой», генерализованный характер. При этом высокие значения уровня тревожности у детей с целиакией встречаются в два раза чаще, а нормальный уровень тревожности – в три раза реже, чем у детей с СД.

Общей характеристикой поведения в ситуации фрустрации являются реакции с фиксацией на самозащите. Дети с целиакией в ситуации фрустрации значительно чаще используют экстрапунитивные реакции, а дети с СД – интрапунитивные.

Детям с целиакией, так же как и детям с СД, в трудных и неприятных ситуациях помогают используемые ими копинг-стратегии. Общими копинг-стратегиями детей обеих групп являются стратегии «плачу, грущу», «смотрю телевизор, слушаю музыку». Особенности копинг-поведения детей с целиакией является удовлетворения своих хронически фрустрированных физиологических потребностей, тогда как детей с СД – физическое расслабление и замещающие занятия. 45% неприятных ситуаций у детей с СД связаны с болезнью или болью, тогда как детей с целиакией больше беспокоят ситуации, связанные с общением и школой.

У детей с целиакией по сравнению с детьми с СД установлен конфликт между потребностью достижения и страхом неудач. В целом дети с целиакией существенно чаще переживают внутриличностные конфликты, чем дети с СД.

Дети с целиакией субъективно интенсивнее переживают семейную ситуацию, чем дети с СД.

Таким образом, в исследовании были установлены общие и специфические психологические особенности детей с двумя соматическими заболеваниями (целиакия и СД), которые могут быть положены в основу разработки программ оказания психологической помощи таким детям [7].

ЛИТЕРАТУРА

1. Бондаренко С.М., Смирнов В.В., Даниленко О.В., Петрайкина Е.Е. Особенности внутренней картины болезни у детей и подростков, больных сахарным диабетом 1 типа // Педиатрия. - № 4. - 2006. – С. 22-27.
2. Вовненко К.Б. Диагностика эмоциональных и поведенческих проблем детей младшего школьного возраста, больных сахарным диабетом // Электронный журнал «Психологическая наука и образование» www.psyedu.ru /ISSN: 2074-5885. – 2009. - № 4.
3. Гирш Я.В., Миронова Н.А., Гильбурд О.А. Влияние территориальных особенностей на формирование аффективных расстройств у детей и подростков с сахарным диабетом 1 типа // Сахарный диабет. - 2010. - № 4. - С. 107.
4. Дедов И.И., Шестакова М.В., Сунцов Ю.И. Сахарный диабет в России: проблемы и решения. – М. - 2008. – С. 3-6.
5. Зелинский С.М. Представление о своей болезни у детей, страдающих са-

харным диабетом // Психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. Л. -1990. - С.55-59.

6. Коломиец И.Л. Эмоционально-поведенческие характеристики детей с сахарным диабетом 1 типа и целиакией и их матерей // Вестник Тверского государственного университета. Серия «Педагогика и психология». 2012. - № 9. - выпуск 2. - С. 109-121.

7. Коломиец И.Л., Никольская И.М. Модель краткосрочной гештальт-терапии матерей детей, больных сахарным диабетом // Мнухинские чтения. Успехи детско-подростковой психиатрии и психотерапии (исторический и междисциплинарный подход) / Материалы конференции.- СПб. - 2007. - С. 129-132.

8. Мотовилин О.Г., Щербачева Л.Н., Андрианова Е.А., Кураева Т.Л. Детско-родительские отношения в семьях детей, больных сахарным диабетом 1 типа // Сахарный диабет. – 2008. – № 4(41) – С. 50–54

9. Никольская И.М. Клиническая психология семьи // Вопросы психического здоровья детей и подростков.– 2005 (5). - № 2. – С.7-11.

10. Никольская И.М. Биопсихосоциальная модель болезни и здоровья как теоретико-методологическая основа клинической психологии и психотерапии семьи и детства // Семья: межинституциональное взаимодействие в социокультурном пространстве Санкт-Петербурга / под общей редакцией Е.Н. Барышникова, О.В. Эрлиха. – СПб.: Изд-во. Политехн. ун-та. - 2001. – С.161-167.

11. Павлова Л.Б. Роль тяжести течения диабета в формировании психологических особенностей подростков // Развитие специального образования в современной России. Материалы межвузовской научно-практической конференции молодых ученых к 90-летию профессора Евгения Сергеевича Иванова. 25 апреля 2008 г. Санкт-Петербург. Часть 2. СПб. - 2008. - С. 53-56.

12. Ревнова М.О. Целиакия – старый взгляд на новую проблему // Русский медицинский журнал. Мать и дитя. Педиатрия. Специальный номер, 13 августа 2008 г. том 16. № 18. - С. 64-70.

13. Ревнова М.О. Целиакия у детей: клинические проявления, диагностика, эффективность безглютеновой диеты: Автореф. дисс.... докт. мед. наук. СПб., 2005.

14. Самойлова Ю.Г., Кравец Е.Б., Олейник О.А. Роль психологических факторов в достижении адекватного гликемического контроля у детей и подростков с сахарным диабетом типа 1// Бюллетень сибирской медицины. - № 1. – 2010. – С. 97-103.

15. Herzer M., Hood KK. Anxiety Symptoms in Adolescents with Type 1 Diabetes: Association with Blood Glucose Monitoring and Glycemic Control // J. Pediatr. Psychol. (2010) 35(4): 415-425.

16. Mazzone L., Reale L., Spina M. Compliant gluten-free children with celiac disease: an evaluation of psychological distress // BMC Pediatrics. V. 11// URL: <http://biomedcentral.com>.

Л.М. Колпакова

**ТИПОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ АДАПТИВНОСТИ
«ВОСХОДЯЩЕГО РАВНОВЕСИЯ» В ТРУДНОЙ СИТУАЦИИ
(НА ПРИМЕРЕ МАТЕРЕЙ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ
ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ)**

**Учреждение Российской академии образования «Институт педагогики
и психологии профессионального образования» (Казань).**

В процессе психолого-социальной адаптации людей к трудной ситуации проявляется многообразие тенденций и феноменов в осуществлении адаптивных и неадаптивных способов поведения [13]. «Ситуация» - это важнейшая категория, с помощью которой можно многое понять в психологической сути обсуждаемой проблемы. Ситуация как научная категория используется в психологии в двух аспектах – как социальная среда и как психологическая ситуация [3, 6]. В контексте психологической ситуации нельзя не учитывать сложность и многоплановость реальных и идеальных возможностей личности, соотношение которых может выступать в качестве прогноза как по содержанию протекания процесса, так и результата социально-психологической адаптации в трудной ситуации.

Обращаясь к анализу психологических механизмов адаптации, необходимо отметить, что кроме классического понимания этого феномена как приспособления в контексте саморегулируемой системы, присущей любому живому виду [7], нередко ее нужно рассматривать как свойство или даже как качество личности [2, 10, 14]. Последнее представляется очень важным для раскрытия психологической природы механизмов адаптивного поведения в трудной ситуации. Дело в том, что возможность быть адаптированным зависит и от уровня развития личности и от того, какой психологический смысл для человека имеет та или иная ситуация с ее неопределенностью и непредрежденностью. То есть ситуация - это всегда чья-то ситуация, она всегда носит пристрастный характер [6, 14]. Отсюда следует, что необходимо учитывать наличие ситуационного фактора в соотнесенности с уровнем развития личности, что предоставляет возможность выявлять не только универсальные, но и специфичные механизмы адаптации, отражающие феноменологические проявления системного образования личности при организации и реализации ее активности в изменяющихся условиях внешней среды [5, 11].

Положение матерей, имеющих детей с двигательной патологией, относится к трудным жизненным ситуациям. Возникая в связи с рождением ребенка с диагнозом детский церебральный паралич [ДЦП], она становится актуальной проблемой исследования не только психологии, клинической психологии, но и психиатрии и социальной педагогики. ДЦП, выступающий в классификации болезней как одна из форм резидуальной нервно-психической патологии ЦНС сложного генеза, обусловленной поражением головного и спинного мозга в пренатальном периоде или периоде новорожденности, чаще всего рассматривается в рамках медицинской реабилитации и социально-педагогической адаптации детей. Обозначенные в этом контексте подходы к решению проблем детей в настоящее время в России имеют характер недостаточности даже в отношении тех, у кого прогноз наиболее благоприятен, например, при спастической диплегии и гемипаретической формах ДЦП. Острота проблемы обозначена не только тяжестью дефекта детей, больных ДЦП, но и тем, что условия ее разрешения в основном ложатся на семьи, и особенно на матерей, оказавшихся в трудных жизненных ситуациях, кардинально изменивших содержание и качест-

во их жизнедеятельности.

Обзор литературы показывает, что внимание исследователей менее всего концентрируется на проблемах матерей, оказавшихся в ситуациях больного ребенка, хотя научно-практическая значимость ее ни кем не оспаривается. В частности, в рамках изучения клиники пограничных психических расстройств у матерей детей с двигательной патологией имеются работы, в которых изучаются преморбидные свойства, способствующих изменению личности в аспекте нозологической специфичности. В то же время проблема психологических механизмов изменений личности не только в ракурсе пограничных или патологических расстройств, но и позитивных новообразований личности пока еще относится к ряду малоизученных.

Опираясь на свои исследования, с учетом представлений о высшем уровне активности, интегративности и целостности личности, нам удалось обосновать, что длительная трудная ситуация, создавая условия для возникновения процесса дизадаптации, тем не менее, может приводить не к разрушению, а к развитию личности. Было замечено, что это происходит за счет заложенных в ней динамических тенденций, направленности на преобразование внутренней и внешней ситуации и стремления к «оптимуму» функционирования [15] в предлагаемых жизненных обстоятельствах.

Возможность объяснения проявления подобных фактов потребовала дополнительных теоретических и экспериментальных усилий. Подробное его обоснование сделано посредством введения в анализ двух функциональных форм, обозначенных нами как «личностная» и «субъектная» адаптивность. Основное внимание было сосредоточено на специфике сознания, обуславливающей характер и стиль жизнедеятельности в контексте обеих форм функционирования, изучение которых было представлено в других работах, поэтому здесь ограничимся перечислением некоторых ключевых моментов, позволяющих подойти к пониманию некоторых феноменологических проявлений личности в специфических условиях трудной жизненной ситуации.

1. Адаптивность «восходящего равновесия» понимается нами как системно-интегральное образование, обеспечивающее личности устойчивость и динамичность в изменяющихся условиях среды. Особенности и характер содержания введенного понятия в целом определяются двумя формами репрезентации функциональной активности – «личностной» и «субъектной». Специфика феноменологических проявлений посредством первой может возникнуть в динамическом процессе устремленности к стабильности, сохранению равновесного состояния (адаптированности), стимулируемой условиями психогенных факторов среды, и обнаружиться в самодостижениях личности. Специфика феноменологических проявлений в ходе второй – в устремленности к преобразованию условий, несущей в себе «заряд» самоосуществления посредством сложных форм активности, в том числе, через осознанное нарушение приспособительного поведения (дизадаптация). Дополнительность и взаимообусловленность этих, полярных на первый взгляд, противоречивых форм активности является условием для возникновения динамического вектора адаптивности «восходящего равновесия», направленного на повышение и в то же время сохранение ценности жизни, ее привлекательности.

2. Потенциал «восходящего равновесия» заложен и в «личностной», и в «субъектной» формах активности. Развитие его определяется регулирующими воздействиями психологической организации личности, ее регулятивным опы-

том и тем, каким образом соотносятся и связываются друг с другом способы динамического существования, обоснованные стремлением к равновесию и/или стремлением к изменению на всем протяжении жизненного пути. «Приспособление/-преодоление» рассматриваются как универсальные психологические механизмы активности в пространстве динамического существования личности, соотношение которых является важным для изучения феноменологических эффектов личностной сферы. В контексте «личностной адаптивности» – это механизмы, обусловленные «социоориентированной направленностью» и непосредственно связаны с «приспособлением», т. е. стремлением к равновесию. Механизмы «субъектной адаптивности», задаваемыми индивидуально-личностными вариациями характеристик субъекта, связаны с «преодолением» – стремлением к изменению. Важным источником развертывания возможностей этого механизма являются такие личностные характеристики, как инициация, автономность, самостоятельность, ответственность [2, 12, 13, 14].

3. Специфика и отличие каждой из представленных форм активности заложены в динамических критериях границ достижения восходящего уровня адаптации. В аспекте «личностной адаптивности» – это ограниченная динамика развития, имеющая конечность, так как механизм ее осуществления генетически заложен в социализации и зависит от социальной нормативности и социального заказа общества. Субъектная – заключает в себе «заряд» безграничной самодетерминации. Понимание личности как субъекта, целостно включающегося в способы своего деятельностного существования, позволяет говорить о функциональной взаимосвязи и взаимообусловленности этих противоположных форм активности в психологической организации личности.

4. Преобладание или недоразвитие одной из форм адаптивности влияет на активность или угнетение определенных психических качеств, изменение личностных характеристик, что ведет к нарушениям в сфере самоорганизации и регуляции поведения.

5. Оценка адаптивности «восходящего равновесия» по критериям «личностной» и «субъектной» активности возможна через анализ механизмов регуляции поведения в изменяющихся жизненных ситуациях, обусловленных, прежде всего, психологическими характеристиками личности.

В описываемых в статье исследованиях проверялась следующая гипотеза:

1) у матерей, попавших в трудную ситуацию, активность обусловлена как стремлением к равновесию, так и стремлением к изменению и проявляется в характеристиках субъектной и личностной адаптивности, придавая способам регуляции поведения индивидуально-содержательную «окраску»;

2) дизадаптация и ее преодоление являются необходимым условием «восходящего равновесия», что обусловлено устремленностью человека к изменению ситуации, в том числе самоизменению посредством преобразовательной активности;

3) чем менее выражена субъектная активность в структуре свойств личности тем выше вероятность возникновения поведенческих проявлений по невротическому типу.

МЕТОДЫ И МЕТОДИКА

Исследование проводилось в Казани и других городов Татарстана, а также г. Ульяновске. В общей сложности в экспериментах участвовали 1195 человек. В контрольных группах участвовали матери больных детей с двигательной патологией младшего школьного и подросткового возраста 6-11 лет и 12-16 лет.

Принципиальное значение для целей наших исследований имело включение лонгитюдного и феноменологического методов, который предоставляет возможность изучения опыта, недоступного для других, в нашем случае экспертом которого были матери, находящиеся в трудных условиях воспитания детей с двигательной патологией.

Исследования проводились в несколько этапов в течение 4 лет. На первом этапе изучалась документация, включающая выписки из личного дела, медицинские карты детей. Проводились индивидуальные консультации с матерями, материал которых с их согласия, при полной анонимности, использовался при анализе. Кроме того, был получен богатый эмпирический материал бесед с психологами, социальными работниками, педагогами, работающими с данным контингентом.

На втором этапе осуществлялась разработка методики адаптивного отношения к трудной ситуации. Основная цель, - выявление характеристик «субъектной адаптивности» в плоскости специфических проявлений самосознания, регуляторного опыта и поведения в трудной жизненной ситуации [8]. Методика содержит вопросы, на которые отвечающий должен ответить, отразив свое отношение к ситуации и свои возможности справиться с трудностями в виде уровневой оценки. Интерпретация и анализ полученных данных проводились с учетом сигмальных отклонений по каждой шкале выявляемого признака. Определены и выделены восемь шкал, заключающих варианты характеристик субъектной адаптивности, значимых в системе регуляции и организации жизнедеятельности человека. Это: 1) «автономность от внешних установок»; 2) «позитивность»; 3) «готовность принять неудачу, провести коррекцию жизненных стратегий»; 4) «толерантность» - открытость социальному опыту; 5) «способность к изменению стереотипа презентации»; 6) «эмоциональная устойчивость»; 7) «эффективность» - способность к гибкому поведению и 8) «приемлемый компромисс».

На третьем этапе проводились экспериментально-психологические исследования с помощью стандартизованных и проективных методик.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В экспериментах, проводимых в течение 4 лет, участвовали 450 женщин. Прежде всего, исследование было направлено на изучение условий и проявление регуляторных механизмов адаптивности, обусловленных индивидуально-личностными особенностями матерей, несущих на себе основную психосоциальную нагрузку в трудной ситуации воспитания детей-инвалидов, которая может приводить к усилению или ослаблению адаптационных процессов.

Для этого использовалась квантифицированная карта, где были представлены вопросы, направленные на изучение личностных особенностей и микросредовых факторов. Особое внимание уделялось психотравмирующим событиям и способам совладания с ними. Фиксировались: самостоятельный поиск новых способов выхода из трудной ситуации или прибегание к посторонней или какой-либо другой внешней помощи.

В качестве экспертов выступали социальный работник и психолог, хорошо знавшие испытуемых. Ключевыми моментами для оценивания личности были характеристики по шкалам методики адаптивного отношения. По результатам экспертной оценки была выявлена группа из 114 женщин, характеристики которых соответствовали в той или иной мере обозначенным критериям.

Дополнительно та же процедура была проделана между женщинами, вхо-

дящими в одну и ту же группу, которые оценивали друг друга по тем же характеристикам, включенным в квантифицированную карту. Индекс совпадения рассчитывался по стандартной процедуре, т. е. как модуль частного от деления =реал/идеал. Шкала оценки составляла: от 0 – отсутствие признака или слабое выражение; средняя выраженность признака – 1; яркое проявление признака – 2. Все полученные показатели усреднялись и сравнивались (по t-критерию Стьюдента). В результате показатели, которые получили матери с характеристиками «субъектной» адаптивности, значимо превышали показатели матерей с «личностной» адаптивностью на статистически значимом уровне по следующим параметрам: а) автономность, самостоятельность; б) рефлексия и в) ценностно-смысловая направленность. Следовательно, результаты экспериментов однозначно свидетельствуют о том, что «субъектная» адаптивность представлена как поведенческая и личностная характеристика.

Следующая стадия анализа данных заключалась в разбиении на группы с целью выявления критериев устойчивости показателей «субъектной» и «личностной» адаптивности. Для этого, используя полученные результаты выраженности изучаемого признака, в первую группу были включены 23 человека, у которых показатели были равными или превышающими медианное значение (1-я группа), и 91 испытуемая в группу, показатели которых соответствовали медианному значению признака «личностной» адаптивности. Показатели в этих группах сравнивались по опроснику СМИЛ, проективной методике цветовых выборов Люшера и методики совладающего поведения Лазаруса. При этом группу, условно отнесенную к фактору «личностной» адаптивности (91 чел.), в которой у испытуемых присутствовал большой разброс данных по СМИЛ, мы разбили на три группы, обозначенные как 2-я, 3-я и 4-я: 2-я – с умеренным профилем (40 чел.), 3-я – с неустойчивым, широко разбросанным профилем, но не выходящим за пределы стандартной нормы (24 чел.) и 4-я – с некоторым «заострением» профиля (27 чел.). В дальнейшем в этих группах проводились контрольные замеры по основным показателям с периодичностью в один год.

В результате первого замера было обнаружено, что во всех группах выбора по критерию субъекта в процессе взросления детей у матерей происходят качественные изменения в психическом статусе, что подтверждалось показателями несбалансированных профилей, как результат дизадаптированного состояния. Особо показательна в этом отношении были 4-я группа, в которой количество испытуемых увеличилось на 14%, и 1-я группа, в которой испытуемых с высокими показателями профиля адаптивности уменьшилось на 43,5%. Ответы большинства испытуемых соответствовали показателям «неравновесного состояния», как факта свидетельствующего о дизадаптации [9].

Повторное обследование теми же методами с интервалом еще в один год показало продолжающиеся изменения в группах. На последнем этапе исследований распределение групп испытуемых соответствовало: матерей с «личностной» адаптивностью от целой совокупности эмпирической выборки составило $\approx 63,3\%$, а с «субъектной» адаптивностью – $\approx 36,7\%$. При этом процент совпадений по критерию сохранности признака в группе матерей с «субъектной» адаптивностью составлял $\approx 17,5\%$.

Клинико-психологический анализ подтвердил, что происходят изменения в структуре личностных характеристик. Больше всего матерей с симптомами дизадаптации, носящих продолжительный характер, было обнаружено в группах с «личностной» адаптивностью, со следующими характеристиками невротиче-

ских реакций: склонность к реакциям по неврастеническому типу (во 2-й группе), склонность к реакциям расстройства адаптации (в 3-й группе) и склонность к реакциям тревожно-фобического типа (в 4-й группе). Анализ показал, что имеется общий показатель, характерный для всех женщин этих групп – это социальная зависимость, обусловленная, прежде всего, проблемой идентификации. У них отмечается более длительное напряжение в психической сфере, несбалансированные профили, уменьшение адаптационного потенциала и более длительное проживание периода дизадаптации, связанного с переживаниями потерь привычных условий жизнедеятельности в силу объективных причин болезни ребенка.

В то же время профиль женщин с «субъектной» адаптивностью показывает больший потенциал адаптивных ресурсов, обозначенный, прежде всего, позитивной активностью матерей, свидетельствующей о преодолении противоречий в период дизадаптации, принятии жизненных ситуаций, связанных с трудностями болезни ребенка, что расширяет границы мотивационно-потребностных запросов и смысложизненных ориентиров. У них более выражена адекватность в понимании жизненной ситуации и развиты такие психологические характеристики, которые наиболее значимы для регуляции и организации способов деятельного существования. К ним относятся: автономность от внешних установок; готовность принять неудачу и провести коррекцию жизненных стратегий; толерантность и открытость социальному опыту, способность к гибкому поведению, использование приемлемого компромисса.

По результатам анализа эмоционально-мотивационных характеристик (цветового тест Люшера) были получены подтверждения того, что у матерей с «субъектной» адаптивностью интервалы, обусловленные дизадаптацией, проходят короче, что проявляется усилением перехода от «эмоционального напряжения» в сторону соответствия «эмоционального равновесия» (выбор 34215607). Обнаружено, что у данных матерей ведущим мотивом становится *удержание позиций эмоционального равновесия* и усиливается потребность в социальном общении.

В группах с «личностной» адаптивностью были получены следующие данные: во 2-й группе – сочетание по неустойчиво-импульсивному типу (+3+4) и проявление варианта с контрастными сочетаниями (+3+0) эгоцентрического типа; в 3-й группе – усиление агрессивно-оборонительных реакций (+3+2) и варианты ригидно-импульсивного типа, особенно в ситуациях задетого самолюбия (+2+4); в 4-й группе – усиление конфликтных потребностей (+2+0) и снижение тревоги, проявление публичных переживаний (4) и демонстративности. В дополнение к этому было обнаружено, что в динамике жизнедеятельности усиливаются мотивационные изменения (сдвиги) в сторону гипостенических проявлений, а у матерей из 4-й группы по сравнению с другими – по регрессионному типу.

Сравнительный анализ поведения показал, что в группах с «личностной» адаптивностью чаще всего применяется эмоциональный копинг «протест» ($p \leq 0,01$), а также «пассивная кооперация», «подавление эмоций» «проблемный анализ», «обращение к социальной поддержке». При этом обнаружено сужение мотивационно-потребностной сферы, усиление психологических защит, направленных на сохранение статусной позиции в социальном взаимодействии. Выявленные факты оказывают бесспорное влияние на ухудшение функционирования женщин из этих групп, определяя причины недостаточности включения в способы деятельного существования.

В то же время анализ показал, что женщины с «субъектной» активностью, также как и женщины с «личностной» адаптивностью, направлены на стабилизацию ситуации («стремление к равновесию»), но обладают явным преимуществом характеристик когнитивно-эмоционального и поведенческого плана, проявление которых представлено в период переживаемой дизадаптации наиболее ярко, чем у женщин с «личностной» адаптивностью. Это прежде всего рациональность, усиление морально-нравственной компоненты, повышение саморегулирующих свойств (таких как «самоконтроль» и «принятие ответственности»). Кроме того, в арсенале регуляторного опыта у этих женщин используются больше стратегий совладающего поведения – «планирование проблем», «социальная поддержка» и «положительная переоценка».

Таким образом, были обнаружены основные факторы, способствующие развитию личности в трудной ситуации дизадаптации, которая детерминирует формирование специфических личностных черт, адекватных для ее преодоления и достижения более высокого уровня «восходящего равновесия».

При изучении условий и механизмов поведенческих проявлений адаптивности на примере матерей, имеющих детей с ДЦП в трудной ситуации их воспитания, было обнаружено, что:

- активность в трудной ситуации проявляется в характеристиках «личностной» и «субъектной» адаптивности, придавая способам и средствам регуляции и организации жизнедеятельности индивидуально-содержательную «окраску»;
- адаптивность активизирует процесс формирования субъектности, что обеспечивает личности устойчивость и динамичность в изменяющихся условиях среды;
- адаптивность «восходящего равновесия», с одной стороны, проявляется в устремленности к стабильности, сохранению равновесного состояния (адаптированности), с другой стороны, в устремленности к преобразованию, порождая сложные формы активности, связанные с дизадаптацией (преодоление), как условия, необходимого для самоизменения.

Итак, наиболее развитой системой управления функциональным состоянием обладают матери с «субъектной» адаптивностью. Это обусловлено положительной мотивацией активности в трудной ситуации, усилением потребностей в социальном взаимодействии, применением преобразовательных стратегий, повышением результативности в достижении состояния «восходящего равновесия».

В заключение выскажу глубокое убеждение в том, что обращение к проблеме феноменов адаптации с позиции субъектно-личностного подхода открывает новые и, безусловно, перспективные направления анализа индивидуально-го сознания человека. Введение специфических механизмов, обусловленных феноменологическими характеристиками «субъектной» и «личностной» адаптивности, позволяет расширить классическое толкование «адаптации» как приспособления, а стресса как разрушения за счет субъектного фактора, несущего в себе преобразующее начало. Это позволит в дальнейшем разрабатывать идею активно-действенного поведения субъекта, расширить диапазон научных исследований от интеллектуально-деятельностного до поведенчески-преобразующего.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абульханова-Славская К.А. Стратегия жизни. – М.: Мысль, 1991. – 299 с.
2. Ананьев Б.Г. Человек как предмет познания. – М.: Наука, 2000. – 351 с.
3. Анцыферова Л.И. Личность в трудных жизненных условиях: Переос-

мысление, преобразование ситуаций и психологическая защита // Психол. журн. – 1994. – Т.15. № 1. – С. 3-18.

4. Брушлинский А.В. Проблемы психологии субъекта. – М.: Ин-т психологии РАН, 1994. – 109 с.

5. Веккер Л.М. Психические процессы. – Л.: Изд-во ЛГУ. – Т.3. Субъект. Переживание. Действие. Сознание. – 1981. – 326 с.

6. Выготский Л.С. Психология. – М.: Апрель Пресс: ЭКСМО-Пресс, 2000. – 1007 с.

7. Жданов И.А. Адаптация и прогнозирование деятельности. – Казань: Издательство Казанского университета, 1991. – 256.

8. Колпакова Л.М. Адаптивные способности в регуляции прогноза поведения в трудной ситуации // Образование и саморазвитие. – 2011. – № 4 [26]. – С. 185-191.

9. Леонова А.Б. Психодиагностика функциональных состояний человека. – М., 1984. – 200с.

10. Маклаков А.Г. Личностный адаптационный потенциал: его мобилизация и прогнозирование в экстремальных условиях // Психол. журн. – 2001. – Т. 22. – № 1. – С. 16-24.

11. Моросанова В.И. Личностные аспекты саморегуляции произвольной активности человека // Психол. журн. - 2002. - Т.23.- № 6. - С. 5-17.

12. Осницкий А.К. Психологические механизмы самостоятельности. – М.: Обнинск: ИГ-СОЦИН, 2010. – 232 с.

13. Петровский В.А. Человек над ситуацией. – М.: Смысл, 2010. – 559 с.

14. Рубинштейн С.Л. Человек и мир. – М.: Наука, 1997, – 190 с.

15. Шакуров Р.Х. Эмоция. Личность. Деятельность [механизмы психодинамики]. – Казань: Центр инновационных технологий, 2001. – 180 с.

Е.Д. Красильникова

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙ,
ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ
НАРУШЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ
Областной клинический психоневрологический диспансер (Тверь).**

Гармоничная семья – оптимальная среда, в которой происходит развитие и первичная социализация ребенка. В случае, когда семья воспитывает ребенка с отклонениями в развитии, она также является важнейшим ресурсом, на котором строится реабилитация и социализация ребенка. Э.Г. Эйдемиллер определяет нормально функционирующую семью, как семью, которая сознательно и дифференцированно выполняет все свои функции, вследствие чего удовлетворяется потребность в росте и изменениях как семьи в целом, так и каждого ее члена [5].

В связи с этим перед специалистами встает необходимость поиска средств укрепления и гармонизации семьи. Теоретические и эмпирические исследования кафедры детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии СЗГМУ имени И.И. Мечникова в области клинической психологии и психотерапии семьи и детства являются ярким примером научно-практических разработок в данном направлении. Эти разработки базируются на парадигме биопсихосоциальной модели, согласно которой следует учитывать биологические, психологические и социальные аспекты болезни и здоровья [3]. И.М. Николь-

ская указывает на актуальность разработки нового раздела медицинской (клинической) психологии: клинической психологии семьи, отличающейся от других ее разделов особенностями своего предмета и спецификой круга изучаемых явлений. Предмет клинической психологии семьи - особенности семейного функционирования в их значении для диагностики, лечения и предупреждения болезней; сохранения и укрепления здоровья детей, подростков и взрослых [4]. В качестве одной из целей клинической психологии семьи И.М. Никольская определяет такую цель, как создание и изучение методов психологического воздействия, направленных на лечение пациента в семье и при помощи семьи, а также на оптимизацию семейных взаимоотношений (методы семейной психотерапии) [4].

Таким образом, семья должна стать активным и сознательным участником реабилитационного процесса. В связи с этим социальную значимость приобретает разработка методов психокоррекционного воздействия, направленных на гармонизацию функционирования семьи ребенка с нарушениями развития. При этом необходимо ориентироваться на психологические особенности семей, в которых воспитываются дети с различными вариантами нарушения.

Цель настоящего исследования – определить характеристики функционирования семей и совладающего поведения родителей детей с различными вариантами нарушения психического развития [1, 2]. Цель исследования раскрывается в следующих задачах:

- изучить и сравнить параметры функционирования семей, воспитывающих ребенка с нарушениями психического развития, и здорового ребенка;
- исследовать копинг-стили и конструктивную активность родителей, направленную на реабилитацию ребенка;
- выявить взаимосвязи изученных показателей (с учетом клинических характеристик детей и социально-демографических характеристик семей) для определения ресурсов и мишеней психологической коррекции.

Всего обследованы 160 родителей (101 мать и 59 отцов). В исследовании принимали участие только полные семьи, имеющие детей от одного брака, проживающие в городе. При этом в 41 случае обследовались оба родителя. Испытуемые распределялись на четыре основные и одну контрольную группы. Основные группы сравнения составили родители, воспитывающие детей с различными вариантами нарушений психического развития (120 родителей, по 30 испытуемых в каждой группе). В контрольную группу вошли родители, воспитывающие здоровых детей (40 испытуемых). Были выделены следующие группы сравнения:

1 группа – родители, воспитывающие детей с искаженным психическим развитием (детская шизофрения, шизотипическое расстройство и синдром раннего детского аутизма);

2 группа – родители, воспитывающие детей с задержкой психического развития;

3 группа – родители, воспитывающие детей с психическим недоразвитием (умеренно выраженная умственная отсталость);

4 группа – родители, воспитывающие детей с поврежденным психическим развитием (на примере эпилепсии).

Были применены следующие методы исследования:

1. Авторская анкета, предназначенная для оценки конструктивной активности родителей, направленной на реабилитацию ребенка.

2. Опросник для родителей «Анализ семейных взаимоотношений» (АСВ), В. Юстицкис, Э.Г. Эйдемиллер.

3. Шкала оценки степени удовлетворенности родителей семейным функционированием (авторская методика).

4. Методика «Семейная социограмма», Э.Г. Эйдемиллер, О.В. Черемисин.

5. Методика «Шкала семейной адаптации и сплоченности» (FACES-3), Д.Х. Олсон, Дж. Портнер, И. Лави, адаптированная М. Перре.

6. Методика диагностики отношения к болезни ребенка (ДОБР), В.Е. Каган, И.П. Журавлев.

7. Опросник КПСС (Копинг-поведение в стрессовых ситуациях), Н. Эндлер, Д. Джеймс, А. Паркер, в адаптации Т.Л. Крюковой.

На основе статистического анализа результатов исследования с помощью стандартизированного пакета прикладных программ STATISTICA и STATGRAFICS PLUS FOR WINDOWS (установление достоверности различий между выборками, корреляционный и регрессионный анализ) были выделены психологические особенности семей, воспитывающих детей с различными вариантами нарушения психического развития.

Психологические особенности семей детей с искаженным психическим развитием (на примере аутистических расстройств)

1. В семьях преобладает разобщенный уровень семейной сплоченности и хаотичный уровень семейной адаптации. Только 20% семей по этим показателям являются сбалансированными. В семьях с хаотичным уровнем семейной адаптации напряженность от заболевания ребенка выше. По мере взросления ребенка адаптация семьи повышается, приобретая более нормативный уровень.

2. В семьях с высоким уровнем семейной сплоченности родители более удовлетворены семейным функционированием и реже отмечается наличие внутрисемейных объединений. Родители детей с искаженным психическим развитием склонны устанавливать внутрисемейные симбиотические отношения, наличие которых часто сочетается с воспитательной неуверенностью и анозогнозическим типом отношения к болезни ребенка.

3. В семьях детей с искаженным психическим развитием уровень родительской удовлетворенности семейным функционированием ниже, чем в семьях здоровых детей и детей с задержкой развития. Родители больше удовлетворены выполнением воспитательной и хозяйственно-бытовой функциями семьи, меньше – эмоциональной. При этом родители с высшим образованием чаще более удовлетворены эмоциональным общением в семье.

4. Чаще всего у родителей, воспитывающих детей с искаженным вариантом психического развития, присутствуют тревожный и экстернальный типы отношения к болезни ребенка. Тревожный тип часто сочетается с высоким уровнем гиперпротекции и неустойчивостью в семейном воспитании.

5. Для родителей в целом характерен высокий уровень потворствующей гиперпротекции, достаточно часто они имеют высокий уровень воспитательной неуверенности и склонны проецировать на ребенка собственные негативные качества. Уровень гиперпротекции в воспитании ниже у профессионально занятых родителей.

6. В структуре копинг-поведения у родителей детей с искаженным психическим развитием преобладает проблемно-ориентированный копинг-стиль. Родители с выраженным эмоционально-ориентированным стилем совладания испытывают большее напряжение от болезни ребенка, более склонны к использо-

ванию доминирующей гиперпротекции в воспитании. Их стиль воспитания более неустойчивый, они склонны проецировать на ребенка собственные негативные качества. При выраженных показателях стиля совладания, ориентированного на избегание, отмечается большая удовлетворенность родителей семейным функционированием, в особенности от выполнения воспитательной и эмоциональной функций.

7. Около 50% родителей детей с искаженным психическим развитием имеют высокий уровень конструктивной активности, направленной на реабилитацию ребенка. Родители детей с искаженным психическим развитием характеризуются как самые активные при организации для ребенка различных развивающих мероприятий и совместной деятельности с ребенком. Однако они чаще бывают непоследовательными при лечении ребенка, склонны нарушать рекомендации врача, мнительны по отношению к лечению.

8. Чем выше уровень образования родителей, тем выше уровень их конструктивной активности. Образованные родители более последовательны при лечении ребенка. Конструктивная активность родителей выше в семьях с высокой семейной сплоченностью и гибкой адаптацией.

9. В семьях с преобладанием гармоничного стиля семейного воспитания менее выражена неустойчивость воспитания и выше уровень конструктивной активности родителей.

10. Нарушение эмоционального контакта ребенка и родителя (когда родитель длительно не получает эмоционального отклика от ребенка при взаимодействии с ним) приводит к постепенному «эмоциональному закрытию» родителей.

11. При высокой выраженности проблемно-ориентированного копинг-стиля уровень конструктивной активности в реабилитации ребенка выше. В то же время высокая выраженность эмоционально-ориентированного копинг-стиля сочетается с более низкими показателями конструктивной активности.

Психологические особенности семей детей с задержкой психического развития

1. В семьях детей с задержкой психического развития ведущими являются разобщенный и разделенный уровни семейной сплоченности и хаотичный уровень семейной адаптации. Гибкий уровень семейной адаптации чаще характерен для семьи с большим количеством детей. При хаотичном уровне семейной адаптации удовлетворенность родителей семейным функционированием ниже.

2. В данных семьях в семейную систему достоверно чаще включаются проживающие отдельно близкие родственники, что отрицательно влияет на конструктивную активность родителей детей с задержкой психического развития. Чаще это характерно для молодых семей, которые прибегают к помощи родственников и одновременно оценивают себя как менее удовлетворенных семейным функционированием.

3. Родители детей с задержкой психического развития оценивают себя как достаточно удовлетворенных семейным функционированием. По степени удовлетворения эмоциональной и сексуально-эротической функциями они приближены к семьям, воспитывающих здоровых детей. Чем старше родители, тем чаще они оценивают себя как более удовлетворенных семейным функционированием.

4. Общая напряженность, связанная с заболеванием ребенка редко имеет высокие значения. Для родителей детей с задержкой психического развития

чаще характерны интернальный и экстернальный типы отношения к болезни ребенка и реже - тревожный. Тревожный тип отношения чаще отмечается у родителей с неустойчивым стилем семейного воспитания, при высокой воспитательной неуверенности и проявлениях фобии утраты ребенка. В семьях с высокой семейной сплоченностью общая напряженность от заболевания ребенка выше.

5. Среди психологических причин, приводящих к нарушению процесса воспитания, чаще всего прослеживаются неустойчивость семейного воспитания, высокая воспитательная неуверенность и вынесение супружеского конфликта в сферу воспитания. Чем выше уровень образования родителей, тем меньше проявления неустойчивости воспитания и воспитательной неуверенности. Чем старше ребенок с задержкой психического развития, тем выше проявления неустойчивости и чаще отмечается вынесение супружеского конфликта в сферу воспитания.

6. В большинстве семей (73,3%) отмечается гармоничный стиль семейного воспитания. В то же время тип патологизирующего воспитания по типу потворствующей гиперпротекции у родителей детей с задержкой психического развития прослеживается чаще, чем у родителей здоровых детей. Чем старше родители, тем реже у них отмечаются высокие показатели гиперпротекции в воспитании.

7. В структуре совладающего поведения родителей преобладающим является проблемно-ориентированный копинг-стиль (57,5%). Однако также характерна выраженность копинг-стиля, ориентированного на избегание. Чем старше родители детей с задержкой психического развития, тем ниже показатели копинг-стиля избегания. Данный копинг-стиль характерен для более молодых родителей и сочетается с более низкими показателями конструктивной активности, направленной на реабилитацию ребенка. У родителей с высокими показателями эмоционально-ориентированного копинг-стиля чаще отмечается воспитательная неуверенность и проекция собственных нежелательных качеств на ребенка.

8. В 66,6% родители детей с задержкой психического развития имеют средний уровень конструктивной активности, направленной на реабилитацию ребенка. Они достаточно хорошо информированы о заболевании ребенка, однако бывают непоследовательны при лечении. Уровень конструктивной активности родителей детей с задержкой психического развития положительно коррелирует с уровнем их образования и количеством детей в семье.

9. При высоких показателях гиперпротекции, воспитательной неуверенности и неустойчивости семейного воспитания уровень конструктивной активности родителей ниже. Он также снижается, если родители не удовлетворены выполнением хозяйственно-бытовой функции семьи.

Психологические особенности семей детей с психическим недоразвитием (умеренно выраженная умственная отсталость)

1. В семьях детей с психическим недоразвитием преобладает экстремальный разобщенный уровень семейной сплоченности. По мере взросления ребенка семьи становятся еще более разобщенными. При этом в случае высокой семейной сплоченности уровень родительской удовлетворенности семейным функционированием ниже (ниже степень удовлетворенности от духовного и сексуально-эротического общения в семье).

2. Родители детей с психическим недоразвитием представляют собой дос-

таточно неоднородную группу по уровню семейной адаптации. Преобладают структурный и гибкий уровни семейной адаптации, не являющиеся экстремальными. При этом только 20% семей детей с психическим недоразвитием сбалансированы по уровням семейной сплоченности и адаптации. В семьях, где возраст ребенка выше и родители более старшего возраста, уровень семейной адаптации переходит от экстремального хаотичного в сторону более структурированного.

3. Для семей детей с психическим недоразвитием свойственна большая закрытость семьи частое установление симбиотических внутрисемейных объединений. При наличии таких объединений родители оценивают себя как менее удовлетворенных семейным функционированием (в основном снижается удовлетворенность от эмоционального общения в семье).

4. Родители детей с психическим недоразвитием часто оценивают себя как неудовлетворенных семейным функционированием (особенно в аспекте воспитательной и эмоциональной функции семьи). Чем больше количество детей в семье, тем выше удовлетворенность родителей семей. Чем старше родители, тем выше уровень родительской удовлетворенности семейным функционированием. Профессионально занятые родители оценивают себя как более удовлетворенных выполнением эмоциональной и хозяйственно-бытовой функциями семьи.

5. Преобладает анозогнозический и тревожный типы отношения к болезни ребенка. Профессионально занятые родители реже имеют тревожный тип отношения к болезни ребенка и уровень общей напряженности от заболевания ребенка у них ниже.

6. Гармоничный стиль семейного воспитания отмечается в 67%. При этом достаточно часто родители используют стиль семейного воспитания по типу доминирующей гиперпротекции. Чем старше ребенок, тем выше уровень доминирующей гиперпротекции. Происходит переход от потворствующей гиперпротекции к доминирующей. У родителей более старшего возраста чаще отмечается наличие неустойчивого стиля воспитания.

7. У родителей преобладает проблемно-ориентированный стиль совладающего поведения, однако его выраженность ниже по сравнению с родителями других групп. Напротив, выраженность эмоционально-ориентированного копинг-стиля у родителей детей с психическим недоразвитием ниже, чем у родителей других групп. При высоких показателях эмоционально-ориентированного копинг-стиля выше уровень воспитательной неуверенности.

8. Только 13,4% родителей детей с психическим недоразвитием имеют высокий уровень конструктивной активности, направленной на реабилитацию ребенка. Чаще для них характерен ее средний уровень. Родители детей с психическим недоразвитием реже используют поддержку близких членов семьи, менее активны при организации развивающих мероприятий при воспитании ребенка.

9. Родители более старшего возраста и с высоким уровнем образования более активны при реабилитации ребенка и последовательны при его лечении. Объединение семьи вокруг ребенка часто согласуется с более высокой конструктивной активностью. Также отмечается, что чем выше показатели копинг-стиля, ориентированного на избегание, тем ниже уровень конструктивной активности родителей.

Психологические особенности семей детей с поврежденным психическим развитием (на примере эпилепсии)

1. Преобладает разделенный (не является экстремальным) уровень семейной сплоченности (80%). Чем выше степень семейной сплоченности, тем выше удовлетворенность родителей семейным функционированием и ниже проявления воспитательной неуверенности. Преобладает экстремальный хаотичный уровень семейной адаптации (80%). Чем ближе уровень семейной адаптации приближается к хаотичному уровню, тем выше воспитательная неуверенность. В 80% случаев семьи детей с поврежденным развитием имеют среднюю сбалансированность по уровню семейной сплоченности и семейной адаптации.

2. Родители оценивают себя как недостаточно удовлетворенных семейным функционированием. Имеют достаточно низкие показатели удовлетворенности хозяйственно-бытовыми условиями в семье, эмоциональным, духовным и сексуально-эротическим взаимодействием в семье. На этом фоне удовлетворенность от взаимодействия с ребенком (воспитательная функция семьи), по сравнению с родителями других групп, является более высокой. По мере взросления ребенка удовлетворенность семейным функционированием снижается. Родители с высшим образованием оценивают себя как более удовлетворенных семей.

3. Высокий уровень гиперпротекции в процессе воспитания и наличие страха потери ребенка согласуются с низким уровнем удовлетворенности родителей функционированием семьи. Использование поддержки членов семьи и родственников повышает степень удовлетворенности семей.

4. Для родителей детей с поврежденным психическим развитием характерен тип отношения к болезни ребенка, приводящий к ограничению его активности. Также присутствуют такие типы отношения к болезни ребенка, как экстернальный и тревожный. Профессионально занятые родители реже имеют тревожный тип отношения к болезни ребенка.

5. Гармоничный стиль семейного воспитания отмечается в 60% случаев. В процессе воспитания детей с поврежденным психическим развитием достоверно часто присутствует высокий уровень потворствующей гиперпротекции. При этом профессионально занятые родители имеют более низкий уровень гиперпротекции в воспитании и неустойчивости стиля семейного воспитания.

6. У родителей детей с поврежденным психическим развитием преобладает проблемно-ориентированный копинг-стиль. При высоких показателях проблемно-ориентированного копинг-стиля у родителей отмечается менее тревожное восприятие болезни ребенка. Наличие копинг-стиля избегания отмечается достаточно редко. При высокой выраженности эмоционально-ориентированного копинг-стиля отмечается повышение воспитательной неуверенности, тревожности восприятия болезни ребенка и расширение сферы родительских чувств.

7. Конструктивная активность родителей, направленная на реабилитацию ребенка, чаще всего имеет средний уровень. Родители детей с поврежденным развитием последовательны при лечении, могут активно использовать поддержку членов семьи и родственников. Однако в процессе воспитания часто прибегают к шадящему режиму и являются самыми пассивными при организации развивающих мероприятий для детей.

8. При более гибком уровне семейной адаптации и при удовлетворенности семей уровень конструктивной активности родителей, направленной на реабилитацию, выше. Также снижение уровня гиперпротекции в воспитании, снижение проявлений фобии утраты ребенка и расширения сферы родительских чувств приводит к повышению уровня конструктивной активности родителей.

Также, когда удовлетворенность супружескими отношениями (сексуально-эротическая функция семьи) растет, уровень конструктивной активности родителей повышается.

Таким образом, определение психологических особенностей семей, воспитывающих детей с нарушениями психического развития, позволяет осуществлять дифференцированный подход при организации их психологического сопровождения. Опора на особенности семейного функционирования и совладающего поведения родителей при выборе психокоррекционных технологий работы семьей и реабилитации ребенка с нарушениями развития позволяет существенно повысить эффективность психологического сопровождения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Красильникова Е.Д. Психологическое сопровождение семьи, воспитывающей ребенка с различными вариантами нарушения психического развития // Вестник Тверского государственного университета, № 1, 2012. - С. 50-58.
2. Красильникова Е. Д. Роль семьи в реабилитационном процессе ребенка с психической патологией // Вопросы психического здоровья детей и подростков. Научно-практический журнал психиатрии, психотерапии и смежных дисциплин. 2009(9), № 2. М., 2009. С.120-124.
3. Никольская И.М. Биопсихосоциальная модель болезни и здоровья как теоретико-методологическая основа клинической психологии и психотерапии семьи и детства // Семья: межинституциональное взаимодействие в социокультурном пространстве Санкт-Петербурга: М-лы межрегион. научно-практ. конф. Санкт-Петербург, 22 апреля 2011 г. / под общ. ред. Е.Н. Барышникова, О.В. Эрлиха. - 2011 - С. 161-167.
4. Никольская И.М. Клиническая психология семьи: основные положения [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн., 2010, № 4. URL: <http://medpsy.ru>.
5. Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. Учебное пособие для врачей и психологов. – СПб.: Речь, 2005. - 336с.

Э.Ф.Верховцева

ХАРАКТЕРИСТИКИ ЛИЧНОСТИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ МАТЕРЕЙ

Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова (Санкт-Петербург).

Аннотация: по результатам сравнительного психологического исследования определены личностные характеристики ВИЧ-инфицированных женщин с детьми раннего возраста: интегральное чувство «против» собственного «Я», высокая ситуативная и личностная тревожность и др.

Ключевые слова: ВИЧ-инфицированные женщины с детьми раннего возраста, свойства личности, самоотношение

Abstract: the results of a comparative psychological study identified personality characteristics of HIV-infected women with young children: a sense of the integral "against" his own, high situational and personal anxiety, etc.

Keywords: HIV-infected mothers with young children, personality traits, self-attitude

Актуальность и социальная значимость темы настоящего исследования обусловлена ростом числа ВИЧ-инфицированных женщин репродуктивного возраста, увеличением рождаемости детей с перинатальным контактом по ВИЧ-инфекции и необходимостью разработки программ психологического сопровождения для данного контингента. С 2002 г. отмечается увеличение пропорции женщин среди людей, инфицированных ВИЧ. К концу 2011 г. в России было зарегистрировано более 232,5 тысяч ВИЧ-инфицированных женщин (35,8% всех зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции). Также увеличивается количество детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, находящихся на диспансерном наблюдении до установления диагноза. На конец 2002 г./ зарегистрированы 4092 таких ребенка, на конец 2008 г. – 20615, на конец 2011 г. – 29204 [8].

Традиционно выделяют несколько критических этапов развития ВИЧ-инфекции: адаптация к диагнозу; ухудшение здоровья; начало приема антиретровирусной терапии; беременность; терминальная стадия. В эти периоды возрастает потребность в психологической помощи для людей, живущих с ВИЧ. Беременность и решение о рождении ребенка для женщин, инфицированных ВИЧ, сопряжено с трудностями медицинского и психологического характера. В тех случаях, когда о ВИЧ-инфекции становится известно во время наступившей беременности, к нормативному семейному кризису, связанному с необходимостью овладеть ролью матери, добавляются переживания, связанные с адаптацией к диагнозу, длительность которой зависит от степени информированности женщины об этом заболевании, зрелости и адаптивности ее личности [5].

По данным психологических исследований, для ВИЧ-инфицированных пациентов характерен высокий уровень тревожности, склонность к депрессивным состояниям. ВИЧ-инфицированных женщин, ожидающих или имеющих детей, отличают переживания отчаяния, одиночества, страха скорой кончины, которые дополняются чувством вины перед ребенком [6, 11, 12]. Тип отношения к беременности у большинства ВИЧ-инфицированных женщин - тревожный, хотя их отношение к себе как к беременным - положительное. Тревожность чаще всего связана с отношениями в системе «мать-дитя»: женщин пугают мысли о предстоящем материнстве, обязанностях матери, трудностях, связанных с воспитанием. Подавляющее число из них также боится инфицировать своего ребенка, кроме того, тревогу вызывает нестабильное материальное положение [4].

В послеродовом периоде у ВИЧ-инфицированных женщин риск нарушения психической адаптации к материнству существенно выше, чем у здоровых матерей. Это обусловлено низкой оценкой собственной материнской роли, сложностями в общении с ребенком и противоречивым отношением к нему, эмоциональной нестабильностью тревожно-депрессивного спектра. Установлено, что риск нарушения психической адаптации женщины после родов зависит не от клинических характеристик основного заболевания, а определяется целым комплексом социально-психологических и клинико-психологических факторов [1, 2].

В то же время для большинства ВИЧ-инфицированных наркозависимых женщин характерно в целом позитивное переживание материнства и негативное отношение к употреблению наркотиков. Авторы трактуют полученные данные как наличие реабилитационного потенциала беременности и материнства для наркозависимых ВИЧ-инфицированных [4].

В связи с тем, что с каждым годом увеличивается риск инфицирования ВИЧ женщин репродуктивного возраста, актуально более детально исследовать характеристики личности и самосознания ВИЧ-инфицированных женщин и на

этой основе определить возможные мишени для проведения психологической коррекции.

Социологические и эпидемические исследования распространения ВИЧ-инфекции показывают, что в заболевание в большей степени вовлекаются категории социально дизадаптированных граждан: употребляющих инъекционные наркотики и склонных к беспорядочным незащищенным половым контактам. Социально-психологическая дизадаптация также проявляется в невозможности отделения от родительской семьи как в материально-бытовом плане, так и в психологическом - эмоциональном. Созависимые отношения у ВИЧ-инфицированных женщин обычно формируются с собственными матерями, которые также являются одним из основных социально-психологических ресурсов для своих дочерей и внуков [8, 10]. В связи с этим для выявления патогенного и саногенного характера данных взаимоотношений важен сравнительный анализ характеристик личности ВИЧ-инфицированных женщин с детьми раннего возраста и их матерей

Цель настоящего исследования – изучить социально-психологические характеристики личности, систему самоотношения и уровень тревожности у ВИЧ-инфицированных женщин, имеющих детей раннего возраста.

Всего психологически были обследованы 40 ВИЧ-инфицированных женщин с детьми от 3 месяцев до 1 года 10 месяцев (основная группа), 20 матерей ВИЧ-инфицированных женщин и 50 условно здоровых женщин, не имеющая хронических заболеваний, с детьми от 2 месяцев до 2 лет (контрольная группа).

Женщины основной группы получали социальные, психологические и медицинский консультации в проекте «МАМА+» общественной организации «Право на здоровье» (США), в рамках которого с ними был установлен контакт и получено согласие на участие в исследовании. Контрольную группу составили женщины, состоящие на сопровождении в центре социальной помощи семье и детям Невского района.

Средний возраст участниц основной группы - 27,9 лет. 23 из них (58,97%) имели опыт употребления наркотических веществ (героин, метадон) в среднем в течение 7,7 лет. 3 женщины (7,69%) злоупотребляли алкоголем. 13 женщин (33,3%) не имели опыта употребления наркотических веществ и не злоупотребляли алкоголем. В среднем ВИЧ-инфицированные женщины до момента обследования знали о своем заболевании в течение 5 лет, 9 женщинам (23%) была назначена антиретровирусная терапия.

Средний возраст матерей ВИЧ-инфицированных женщин – 54,4 года. Средний возраст женщин контрольной группы – 28,3 года.

В исследовании использовались Гиссенский личностный опросник (ГТ); тест-опросник самоотношения Столина, Пантелеева (ОСО); шкала самооценки тревожности Спилбергера-Ханина. ГТ разработан в 1968 г. на базе Психосоматической клиники Гиссенского университета. Он дает возможность испытуемому создать психологический автопортрет, описав свой внутренний мир и взаимоотношения с окружающими по шести шкалам: 1 – социального одобрения; 2 – доминантности; 3 – контроля; 4 - преобладающего настроения; 5 – открытости/замкнутости; 6 – социальных способностей (социальной потентности) [3]. ОСО оценивает самоотношение испытуемого по двенадцати шкалам: S – интегральное чувство «за» или «против» собственного «Я»; I - самоуважение, II - аутосимпатия, III – ожидаемое отношение от других, IV – самоинтерес. Еще семь шкал измеряют выраженность установки на те или иные внутренние дей-

ствия в адрес своего «Я»: 1 – самоуверенность; 2 – отношение других; 3 – самопринятие; 4 – саморуководство, самопоследовательность; 5 – самообвинение; 6 – самоинтерес; 7 – самопонимание. Конечный результат выводится в процентном соотношении [7]. Шкала самооценки тревожности, предложенная Ч. Спилбергером и адаптированная Ю.Л. Ханиным дифференциально измеряет тревожность как личностное свойство (уровень личностной тревожности) и как состояние (уровень ситуативной тревожности) [9]. Статистическая обработка данных с помощью программы SPSS-13.0 включала вычисление однофакторного дисперсионного анализа и корреляционного анализа.

На рис. 1 представлены профили личности согласно результатам Гиссенского Теста.

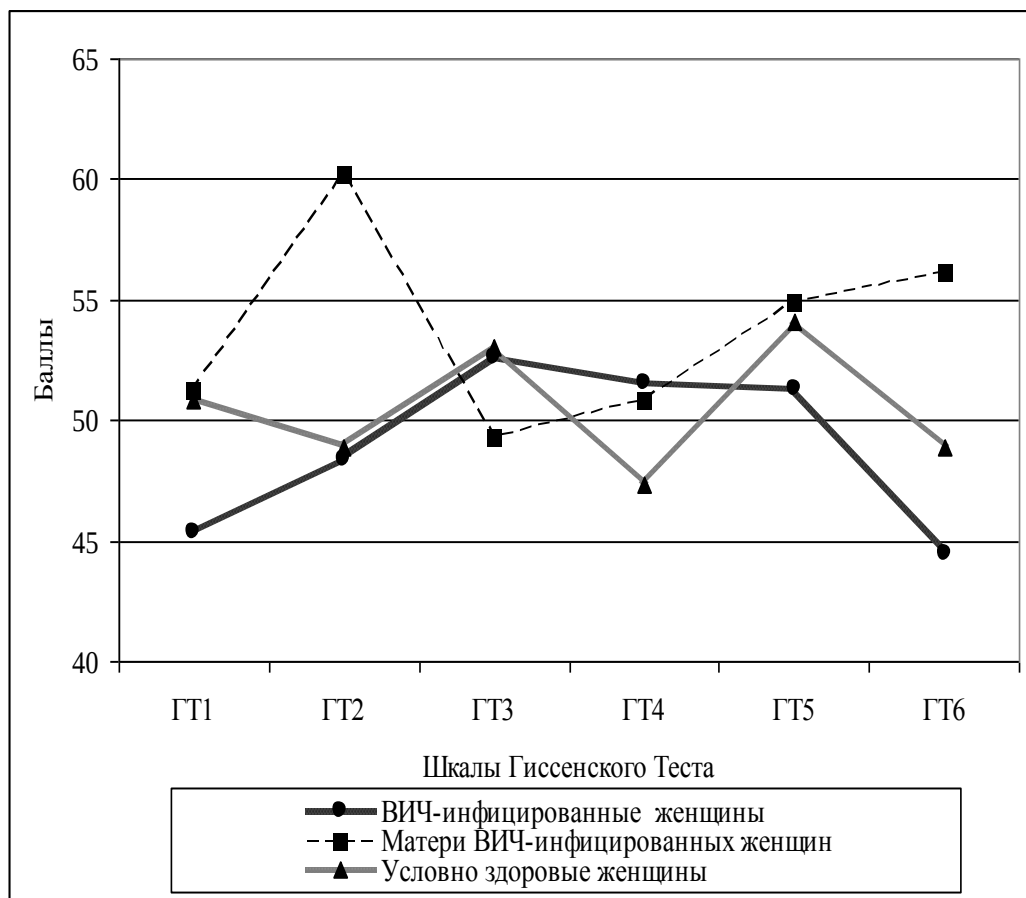


Рисунок 1. Профили личности групп сравнения.

По данным рис. 1, среднестатистический психологический автопортрет ВИЧ-инфицированных женщин, имеющих детей раннего возраста, характеризуется отрицательной социальной репутацией (ГТ1), склонностью к властолюбию (ГТ2) и педантичности (ГТ3), скорее депрессивным фоном настроения, склонностью к рефлексии (ГТ4), замкнутостью, недоверчивостью (ГТ5), а также хорошими социальными способностями (ГТ6).

Среднестатистический психологический автопортрет матерей ВИЧ-инфицированных женщин характеризуется положительной социальной репутацией (ГТ1), уступчивостью, терпением (ГТ2), склонностью к беззаботному по-

ведению (ГТ3), скорее позитивным фоном настроения, отсутствием склонности к рефлексии (ГТ4), замкнутостью, недоверчивостью (ГТ5), а также социальной слабостью: необщительностью, неспособностью к длительным привязанностям (ГТ 6).

Среднестатистический психологический автопортрет условно здоровых женщин характеризуется положительной социальной репутацией (ГТ1), склонностью к властолюбию (ГТ2) и педантичности (ГТ3), скорее позитивным фоном настроения, отсутствием склонности к рефлексии (ГТ4), замкнутостью, недоверчивостью (ГТ5), а также а также хорошими социальными способностями (ГТ 6).

Профили самооотношения (ОСО) испытуемых групп сравнения представлены на рис. 2.

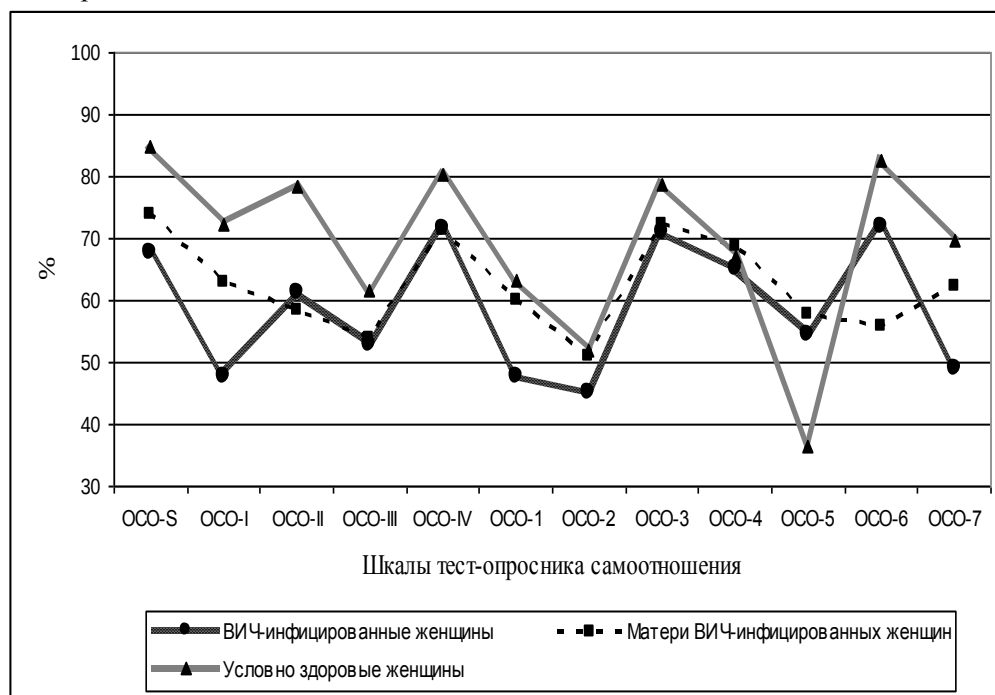


Рисунок 2. Профили самооотношения групп сравнения.

По данным рис. 2, самооотношение ВИЧ-инфицированных женщин, имеющих детей раннего возраста, характеризуется средней степенью выраженности положительного отношения к себе (ОСО- S), аутосимпатии (ОСО-II), саморукводства, самопоследовательности (ОСО-4) и самообвинения (ОСО-5). У ВИЧ-инфицированных женщин в самооотношении не выражены самоуважение (ОСО-I), самоуверенность (ОСО-1), самопонимание (ОСО-7), слабо выражено ожидание положительного отношении со стороны окружающих (ОСО-III), не выражено положительное отношение окружающих (ОСО-2). Отмечается выраженность показателей по шкалам самоинтереса: интереса к своим мыслям и чувствам, уверенность в собственной интересности для других (ОСО-IV, ОСО-6), самопринятия (ОСО-3).

В целом, значения по всем шкалам тест-опросника, характеризующим самооотношение ВИЧ-инфицированных женщин, располагаются в нижней части бальной шкалы, не достигая ни по одной из них значения яркой выраженности,

74 баллов, что свидетельствует в целом о невысокой оценке себя, своих способностей. Обращает на себя внимание выраженность показателей шкалы самообвинения у ВИЧ-инфицированных женщин и их матерей.

По данным рис. 2 среднестатистическое самоотношение матерей ВИЧ-инфицированных женщин характеризуется выраженностью положительного отношения к себе (ОСО-S), самоуважения (ОСО-I), аутосимпатии в виде одобрения себя, доверия себе (ОСО-II). В той же степени выражены показатели самоинтереса: мера близости к самому себе, в частности, к своим мыслям и чувствам, уверенность в собственной интересности для других (ОСО-IV, ОСО-6), самоуверенности (ОСО-1), самопринятия (ОСО-3), саморуководства, самопоследовательности (ОСО-4), самообвинения (ОСО-5), самопонимания (ОСО-7). Среднестатистическое самоотношение матерей ВИЧ-инфицированных женщин также характеризуется малой степенью выраженности показателей ожидаемого положительного отношения других (ОСО-III, ОСО-2).

В целом, значения по всем шкалам тест-опросника, характеризующим самоотношение матерей ВИЧ-инфицированных женщин, располагаются в классе выраженности, не поднимаясь до значений яркой выраженности и не опускаясь до значений не выраженности.

По данным рис. 2, среднестатистическое самоотношение условно здоровых женщин характеризуется яркой выраженностью положительного отношения к себе (ОСО-S), аутосимпатии: одобрение себя, доверие себе (ОСО-II), самоинтереса: мера близости к самому себе, в частности, к своим мыслям и чувствам, уверенность в собственной интересности для других (ОСО-IV, ОСО-6) и самопринятия (ОСО-3). У этих женщин в средней степени выражены такие показатели, как самоуважения: вера в свои силы, способности, самостоятельность, положительная оценка своих возможностей (ОСО-I), ожидаемое положительное отношения других (ОСО-III, ОСО-2), самоуверенность (ОСО-1), саморуководство, самопоследовательность (ОСО-4), самопонимание (ОСО-7). Условно здоровых женщин также отличает не выраженность показателя самообвинения (ОСО-5).

В целом, условно здоровые женщины имеют по всем показателям высокие баллы, их результаты на рис. 2 располагаются по всем шкалам, кроме шкалы самообвинения, выше результатов всех остальных участников исследования.

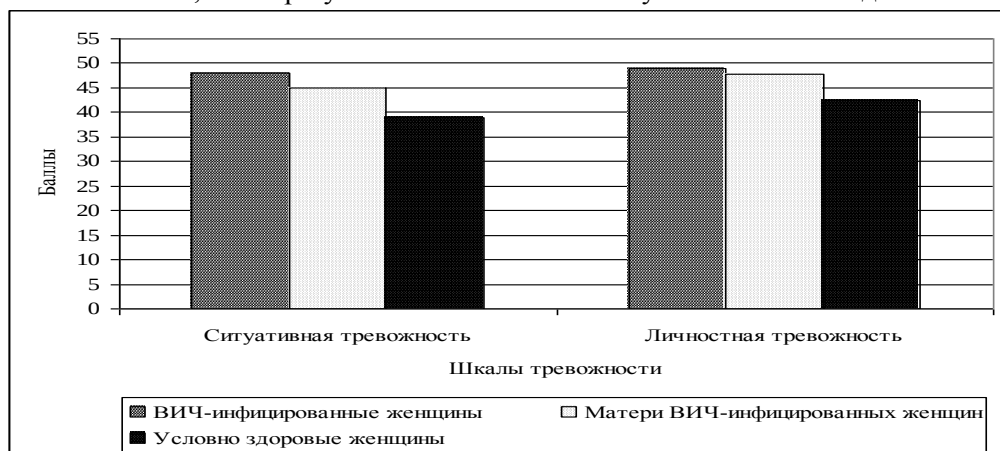


Рисунок 3. Средние значения тревожности групп сравнения.

Средние значения шкал тревожности испытуемых всех групп сравнения

представлены на гистограммах рис. 3. По данным рис. 3, ВИЧ-инфицированные женщины характеризуются наличием высокого уровня тревожности как ситуативной, так и личностной. Матери ВИЧ-инфицированных женщин характеризуются наличием ситуативной тревожности на умеренном уровне и личностной тревожности – на повышенном. Уровень тревожности, ситуативной и личностной, условно здоровых женщин находится на умеренном уровне,

Полученные результаты исследования личностных характеристик ВИЧ-инфицированных женщин, их матерей и условно здоровых женщин обеих групп сравнения для выявления статистически значимых различий были обработаны с помощью дисперсионного анализа. Его результаты представлены в табл. 1.

Таблица 1.

Разность средних значений и достоверность различий личностных характеристик в сравниваемых группах испытуемых

Зависимая переменная	Группы сравнения		Разность средних	Ст. ошибка	Достоверность
ГТ-2	ВИЧ-инфицированные женщины	Матери ВИЧ-инфицированных женщин	-11,83	3,210	0,002
ГТ-6			11,6	3,250	0,002
ОСО-S	ВИЧ-инфицированные женщины	Условно здоровые женщины	-17,07	4,33	0,001
ОСО-I			-24,53	5,32	0,000
ОСО-II			-17,2	4,98	0,004
ОСО-1			-15,53	5,15	0,013
ОСО-5			17,99	5,64	0,008
ОСО-7			-20,9	4,63	0,000
СТ			9,11	2,46	0,002
ЛТ			6,53	1,75	0,001

Данные табл. 1 свидетельствуют, что ВИЧ-инфицированные женщины, в сравнении с их матерями, на статистически значимом уровне характеризуют себя более властолюбивыми, нетерпеливыми, желающими настаивать на своем (ГТ2 при $p < 0,01$), достоверно лучше характеризуют свои социальные способности: активность, общительность, самостоятельность, уверенность в себе (ГТ6 при $p < 0,01$).

ВИЧ-инфицированные женщины в сравнении с условно здоровыми женщинами имеют достоверно более низкую самооценку (ОСО-S при $p \leq 0,001$), статистически значимо меньше верят в свои силы, способности, энергию, самостоятельность (ОСО-I при $p < 0,001$; ОСО-1 при $p < 0,05$), у них статистически значимо ярче выражено самообвинение как часть отношения к себе (ОСО-5 при $p < 0,01$), не выражено понимание себя, своих чувств и своего поведения (ОСО-7 при $p < 0,001$), они обладают достоверно более высокой ситуативной (СТ при $p < 0,01$) и личностной тревожностью (ЛТ при $p \leq 0,001$).

Также были проанализированы корреляционные взаимосвязи психологических характеристик, по которым установлены значимые различия между женщинами основной и контрольной групп.

У ВИЧ-инфицированных женщин высокие значения шкалы самообвинения (ОСО-5) имеют статистически значимые связи с низкими показателями по шка-

лам: интегральной самооценки (ОСО-S) $r=-0,470$ при $p=0,01$; самоуважения (ОСО-I) $r=-0,387$ при $p=0,01$; аутосимпатии (ОСО-II) $r=-0,791$ при $p=0,01$ и самопонимания (ОСО-7) $r=-0,365$ при $p=0,01$. Выраженное самообвинение также имеет статистически значимые связи с высокими показателями по шкале личностной тревожности (ЛТ) $r=0,391$ при $p=0,01$.

Таким образом, выраженная склонность к самообвинению, характерная для ВИЧ-инфицированных женщин, связана с негативным отношением к собственному «Я», в целом, с отсутствием веры в свои силы, способности, самостоятельность, с недоверием себе, со склонностью акцентировать свое внимание на собственных недостатках, с плохим пониманием себя как личности и высокой личностной тревожностью.

В основной группе высокие показатели ситуативной тревожности имеют статистически значимые связи с низкими показателями по шкалам: интегральной самооценки (ОСО-S) $r=-0,598$ при $p=0,01$; самоуважения (ОСО-I) $r=-0,426$ при $p=0,01$; аутосимпатии (ОСО-II) $r=-0,466$ при $p=0,01$; самоуверенности (ОСО-1) $r=-0,419$ при $p=0,01$; самоинтереса (ОСО-6) $r=-0,322$ при $p=0,01$ и самопонимания (ОСО-7) $r=-0,356$ при $p=0,01$.

Высокие показатели личностной тревожности имеют статистически значимые связи с низкими показателями по шкалам: интегральной самооценки (ОСО-S) $r=-0,609$ при $p=0,01$; самоуважения (ОСО-I) $r=-0,638$ при $p=0,01$; аутосимпатии (ОСО-II) $r=-0,472$ при $p=0,01$; самоуверенности (ОСО-1) $r=-0,468$ при $p=0,01$; и самопонимания (ОСО-7) $r=-0,512$ при $p=0,01$. Высокие показатели ситуативной тревожности также имеют статистически значимые связи с высокими показателями по шкалам: преобладающего депрессивного фона настроения (ГТ4) $r=0,565$ при $p=0,01$ и самообвинения (ОСО-5) $r=0,360$ при $p=0,01$.

Большое количество связей у показателей тревожности (ситуативной и личностной) демонстрирует значение и всепроникновения этого параметра в важнейшие личностные структуры - такие, как образ «Я» и самоотношение. Уровень тревожности имеет значение в подавляющем большинстве описанных значимых связях исследованных характеристик личности.

Таким образом, основными характеристиками личности и самоотношения ВИЧ-инфицированных женщин, имеющих детей раннего возраста, являются: выраженная склонность к властолюбию, интегральное чувство «против» собственного «Я», отсутствие веры в свои способности, заострение внимания на собственных недостатках, выраженная склонность к самообвинению, а также высокая ситуативная и личностная тревожность.

Обнаруженные различия характеристик личности ВИЧ-инфицированных женщин, матерей ВИЧ-инфицированных женщин и условно здоровых женщин имеют различную природу. Различия между ВИЧ-инфицированными женщинами и их матерями лежат в разности восприятия своих личностных особенностей, участники этих двух групп по-разному рисуют свой психологический портрет, в частности, эта разница касается склонности к властолюбию и оценки собственных социальных способностей.

Различия между характеристиками личности ВИЧ-инфицированных женщин и условно здоровых женщин лежат в разности отношения к себе, а также в уровне тревожности различного генеза.

Выявленные личностные характеристики ВИЧ-инфицированных женщин, имеющих детей раннего возраста, их отличия от аналогичных характеристик их матерей и условно здоровых женщин подтверждают результаты ранее прове-

денных исследований, в частности, высокие показатели уровня тревожности по отношению всех исследованных аспектов жизни ВИЧ-инфицированных женщин. В то же время результаты нашего исследования впервые статистически обосновывают различную природу отличий личностных характеристик ВИЧ-инфицированных женщин от характеристик матерей ВИЧ-инфицированных женщин и условно здоровых женщин.

Полученные данные свидетельствуют о возможных трудностях оказания психологической помощи ВИЧ-инфицированным женщинам, которые могут быть обусловлены их высоким уровнем тревожности (СТ и ЛТ) и агрессивно-импульсивным поведением (ГТ-2). Результаты исследования также выявляют личностные ресурсы, на которые специалисты могут опираться при осуществлении психологического сопровождения ВИЧ-инфицированных женщин, – хорошие социальные способности (ГТ-6).

Результаты исследования также определяют целый комплекс личностных проблем у ВИЧ-инфицированных женщин, имеющих детей раннего возраста, которые можно рассматривать в качестве мишеней психологической коррекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Афанасьева Е.Д. Материнство ВИЧ-инфицированных женщин: клинико-психологический аспект // Вестник психотерапии, 2011. – № 38. – С. 9-31.
2. Афанасьева Е.Д. Нарушение психической адаптации ВИЧ-инфицированных женщин при рождении ребенка // Вестник Южноуральского государственного университета. Серия «психология», 2011. – Вып.14, № 29. – С. 94-98.
3. Голынкин Е.А., Исурина Г.Л., Кайдановская Е.В. и др. Методическое пособие по описанию, адаптации и стандартизации Гиссенского личностного опросника. Психоневрологический институт им. В.М.Бехтерева. – СПб., 1994. – С. 3-5.
4. Егоров А.Ю., Костина Т.Н. Психологические особенности наркозависимых ВИЧ-инфицированных беременных женщин // Наркомания, ВИЧ и беременность: проблемы сохранения здоровья матери и ребенка: сб. материалов Междунар. Конф / под ред. В.Д. Менделевича. – Казань, 10-11 ноября 2008. – С. 27-36.
5. Ким Э.Ф. Задачи психологического сопровождения больных с ВИЧ-инфекцией // Материалы международной научно-практической конференции «Клиническая психология: теория, практика и обучение» (СПб 30 сентября–1 октября 2010). – СПб.: СЕНСОР, 2010. – С. 67-69.
6. Копыл О.А., Баженова О.В., Л.Л. Баз. Готовность к материнству: выделение факторов, условий психологического риска для будущего развития ребенка // Синапс, 2003, № 4. – С. 35-42.
7. Пантелеев С.Р. Самоотношение как эмоционально-оценочная система. – М., 1991. – С. 6-30.
8. Покровский В.В., Ладная Н.Н., Соколова Е.В., Буравцева Е.В. ВИЧ-инфекция. Информационный бюллетень № 36. – М., 2012. – С. 48-52.
9. Практикум по возрастной психологии: Учебное пособие / Под ред. Л.А. Головей, Е.Ф. Рыбалко. – СПб.: Речь, 2006. – С. 376-378.
10. Профилактика ВИЧ-инфекции у несовершеннолетних в образовательной среде: Учебное пособие / Под ред. Л.М. Шипицыной. – СПб., 2007. – С. 127-131.
11. Тухтарова И.В. Копинг-стратегии, механизмы психологической защиты и психосоциальной адаптации больных с ВИЧ-инфекцией. – СПб., 2003. – С. 21-22.
12. Улюкин И.М. Особенности психической адаптации больных ВИЧ-инфекцией молодого возраста. – СПб., 2000. – С. 18-19.

ИССЛЕДОВАНИЕ ОБРАЗОВ РОДИТЕЛЕЙ У ПОДРОСТКОВ Санкт-Петербургский государственный университет (Санкт-Петербург).

Резюме: Статья представляет результаты эмпирического исследования значения образов матери и отца в субъективном мире личности. В группе испытуемых старшего подросткового возраста прослежена связь между характером отношения к образам родителей и особенностями эмоциональной сферы личности.

Summary: The paper presents the results of the empirical study concerning the meaning of the maternal and paternal images in the subjective world of a person. In the sample of late adolescents the interconnections between the design of the maternal and paternal images and characteristics of the emotional sphere of a person are revealed.

Современными психологическими исследованиями показано, что поведение человека в социальном контексте не является простым следствием воздействующих на него объективных обстоятельств, а существенно зависит от субъективного восприятия и истолкования совокупности внешних событий. События внешней жизни преломляются в субъективном мире человека, который оказывает модулирующее воздействие на все характеристики психической деятельности, выступая по отношению к ним «фундаментом», некоторым более общим контекстом, в рамках которого все факты объективной реальности приобретают новое значение. Фактор субъективного измерения психики придает своеобразие всем характеристикам психической деятельности человека.

Начало исследованию субъективной реальности было положено в психоанализе, где любое психическое явление рассматривалось как с объективной точки зрения, так и обязательно – с субъективной. Но и в психоанализе понятие субъективной реальности было представлено только на уровне здравого смысла, пока в 1962 г. Дж. Сандлер не выдвинул концепцию «репрезентативного мира» [16]. Использование этой концепции позволило более четко очертить границы понятия «субъективный мир». Репрезентативный мир – это целый комплекс психических представлений, желаний, чувств, воспоминаний, представлений и символов. Репрезентация может рассматриваться как более или менее длительное образование, построенное из множества впечатлений. В процессе своего развития человек создаёт целый мир схем, или репрезентаций, которые структурируют входящую сенсорную информацию в осмысленные образы восприятия.

В последние годы в отечественной психологии выделился целый ряд линий исследования смысловых образований личности [2, 4, 12, 13 и др.], а также особенностей формирования личностных смыслов и самосознания [5, 6, 11 и др.]. Важность изучения субъективных отношений личности к условиям окружающей среды признается и в психологии развития: «Основное значение изучения субъективных отношений в их многообразных проявлениях состоит в том, что они являются базовой системой свойств для построения других основных подструктур личности и субъекта деятельности, таких как характер, высшие формы мотивационно-потребностной сферы» [10, с. 46]. Исследование внутренней картины мира личности также широко представлено в психосемантической парадигме [8, 15]. Вопросы содержания образа мира отражены в работах отечественных психологов [1, 6, 14 и др.]. В их исследованиях речь идет о содержании мировосприятия детей.

На основе анализа отечественной психологической и психоаналитической литературы можно дать следующее определение. Субъективный мир – это психологическое образование, которое является результатом интроекций и идентификаций данной личности; которое отражено в когнитивных и аффективных структурах психики; которое имеет осознаваемый и неосознаваемый уровни. Субъективный мир есть совокупность ментальных репрезентаций о мире, которые отличаются эмоциональностью и пристрастностью и вызывают субъективные искажения в восприятии и переживании объективного мира. Через психические репрезентации личности реальность субъективная становится не менее значимой для отражения действительности, чем реальность объективная. Существование субъективного мира делает восприятие мира уникальным для каждого человека. Как психическая модель мира, субъективный мир состоит из: 1) репрезентаций того, что является внешним по отношению к индивиду (прежде всего, репрезентации значимых других: родителей, членов семьи); 2) репрезентаций самого себя, 3) репрезентаций различного символического значения [17].

Ключевой структурой в субъективном мире личности являются образы значимых других, прежде всего, образы отца и матери, которые по мере развития ребенка интернализуются, становятся неотъемлемой принадлежностью субъективного мира и уже как внутренние образы и репрезентации продолжают существовать в бессознательной психической сфере взрослого. Характер интернализованных образов родителей во многом определяет коммуникативный стиль и эмоциональные особенности личности.

В проведенном эмпирическом исследовании изучалось, как именно характер «внутренних объектов» (образов отца и матери) связан с особенностями эмоциональной сферы личности. Тревножно-депрессивный синдром – самая частая реакция при переживании жизненных трудностей. В последнее время к эмоциям тревоги и подавленного настроения добавляют еще и переживание враждебности как типично возникающее при жизненных трудностях. Все три эмоции объединены в литературе понятием «негативной аффективности» [3]. Личности, склонные к повышенной «негативной аффективности», представляют собой группу риска развития пограничных нервно-психических заболеваний. Мы исследовали именно эти характеристики эмоциональной сферы испытуемых: депрессивность, агрессивность и тревожность.

Объектом исследования явились молодые люди в возрасте 17-18 лет, 180 человек (90 девушек и 90 юношей). Возраст испытуемых был выбран именно таким потому, что важно было рассмотреть эмоциональные особенности испытуемых не в процессе их становления, а как результат развития. В возрасте поздней подростковой эмоциональные особенности испытуемых уже прошли путь становления и могут быть исследованы как устойчивые индивидуально-психологические особенности.

Экспериментально-психологическое исследование было проведено под нашим руководством А. Васильевой, математическая обработка – Н.А. Охотниковой. В данном исследовании использовались: интервью, выявляющие отношение испытуемого к отцу и матери, личностная шкала проявления тревоги Тейлора, методика дифференциации диагностики депрессивных состояний В. Зунга, тест агрессивности А. Ассингера, метод исследования уверенности в себе Н.Н. Обозова [9]. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием компьютерной программы Statistica 6.0. Решения о значимости различий принимались на 5% и 1% уровнях ($p \leq 0,05$, $p \leq 0,01$).

Результаты проведенного дисперсионного анализа свидетельствуют о том, что образы отца и матери обнаруживают значимые связи с изученными особенностями эмоциональной сферы и юношей, и девушек.

Дисперсионный анализ.

Образ матери.

Дисперсионный анализ данных показал, что образ матери связан с уровнем тревожности, депрессивности, агрессивности и уверенности в себе как в группе юношей, так и в группе девушек.

Характер связи в группе юношей и девушек сходен: чем положительнее образ матери, тем более низкий уровень тревожности обнаруживает личность ($F=14,2$, $p \leq 0,01$). Гендерные различия связаны с тем, что в группе девушек является более высокий уровень тревожности по сравнению с юношами ($F=22,1$, $p \leq 0,01$).

Полученные данные свидетельствуют о сходном типе связи между характером образа матери и уровнем депрессивности как у юношей, так и у девушек ($F=18,9$, $p \leq 0,01$). Гендерные различия связаны с тем, что уровень депрессивности, в целом, в группе девушек выше ($F=19,9$, $p \leq 0,01$). Однако связь между уровнем депрессивности и образом матери выше в группе юношей. Чем более негативный образ матери имеет юноша, тем выше у него уровень депрессивности ($p \leq 0,01$).

И в группе юношей, и в группе девушек отмечается наличие связи между характером отношения к матери и агрессивностью ($F=7,9$, $p \leq 0,01$). Чем более негативный образ матери имеет личность как юноши, так и девушки, тем выше у неё уровень агрессивности. Однако уровень связи между положительным отношением к матери и агрессивностью выше в группе девушек. Чем более позитивный образ матери имеет девушка, тем ниже у неё уровень агрессивности ($p \leq 0,01$). При этом у юношей наблюдается более высокий общий уровень агрессивности ($F=3,8$, $p \leq 0,05$).

Связь положительного образа матери и более высокой уверенности в себе отмечается как в группе юношей, так и в группе девушек ($F=55,7$, $p \leq 0,01$). Однако уровень связи выше в группе девушек. Чем более положительный образ матери имеет девушка, тем она более уверена в себе ($p \leq 0,01$).

Характер образа матери связан с уровнем тревожности и депрессивности в группах юношей и девушек. Более низкие значения показателей депрессивности и тревожности имеют испытуемые обоих полов с положительным образом матери.

Существуют и различия в связях между образом матери и особенностями эмоциональной сферы испытуемых мужского и женского пола. В группе испытуемых-девушек образ матери имеет связи с уровнем уверенности в себе. Положительный образ матери связан с более высоким уровнем уверенности девушки в себе. В группе юношей положительный образ матери связан с более низким уровнем агрессивности.

Образ отца

Результаты дисперсионного анализа свидетельствуют о том, что характер образа отца, имеющийся у данной личности, имеет связи с уровнем тревожности, депрессивности, агрессивности и уверенности в себе как в группе юношей, так и в группе девушек.

Гендерные различия связаны не с характером связи отношения к отцу и

тревожностью, а с тем, что в группе девушек уровень тревожности, в целом, выше ($F=22,8$, $p \leq 0,01$).

Характер образа отца также обнаруживает значимые связи с уровнем депрессивности личности в группах юношей и девушек. У испытуемых обоих полов характер образа отца положительно связан с уровнем депрессивности ($F=27,4$, $p \leq 0,01$): позитивный образ отца связан с меньшей депрессивностью личности. Полученные гендерные различия связаны с тем, что у девушек выявлен более высокий, чем у юношей, общий уровень депрессивности ($F=20,8$, $p \leq 0,01$).

Характер связи между отношением к отцу и уровнем агрессивности сходен у юношей и у девушек. Чем положительнее образ отца, тем ниже агрессивность данной личности. Гендерные различия связаны с более высоким уровнем общей агрессивности, выявленной в группе юношей ($F=3,1$, $p \leq 0,05$).

Характер связи между положительным образом отца и уверенностью сходен в группе юношей и в группе девушек ($F=42,3$, $p \leq 0,01$). Однако у девушек уверенность в себе связана с образом отца значимо больше, чем у юношей ($F=8,8$, $p \leq 0,01$). Чем положительнее внутренний образ отца у девушки, тем более она уверена в себе.

Характер образа отца связан с уровнем тревожности и депрессивности в группах юношей и девушек. Эти результаты сходны с взаимосвязями, обнаруженными в исследовании образа матери. Иначе говоря, существуют сходные взаимосвязи образов отца и матери с особенностями эмоциональной сферы девушек и юношей. Более низкие значения показателей депрессивности и тревожности имеют испытуемые обоих полов с положительным образом отца. В группе испытуемых женского пола внутренний образ отца имеет также связи с уровнем уверенности в себе. Положительный образ отца связан с более высоким уровнем уверенности девушки в себе.

Корреляционный анализ.

Для уточнения количественных значений связей образов отца и матери с исследуемыми эмоциональными особенностями был проведен корреляционный анализ. Выявлено, что характер *образа отца*, в целом, связан с уровнем депрессивности ($r=-4,6$, $p \leq 0,01$) и тревожности ($r=-5,5$, $p \leq 0,01$) как у девушек, так и у юношей. Характер *образа матери*, в целом, имеет связи с уровнем депрессивности ($r=-3,7$, $p \leq 0,01$), агрессивности ($r=-2,2$, $p \leq 0,05$), и тревожности ($r=-4,7$, $p \leq 0,01$) личности. Это верно как для испытуемых-мужчин, так и для испытуемых-женщин. При этом у юношей положительный образ матери имеет гораздо больший уровень связи с депрессивностью ($F=6,5$, $p \leq 0,05$), а у девушек – с агрессивностью ($F=4,1$, $p \leq 0,05$). Чем положительнее образ матери у юноши, тем менее он депрессивен. И чем положительнее образ матери у девушки, тем менее она агрессивна.

Количественные показатели связей показывают, что ведущую роль в организации индивидуально-психологической реальности играет тревожность. Уровень тревожности в нашем исследовании имеет самые сильные связи с образами как матери ($r=-4,7$, $p \leq 0,01$), так и отца ($r=-5,5$, $p \leq 0,01$). Тревожность как психологическое качество имеет самые непосредственные связи с физиологией. Именно через физиологические реакции предвосхищения негативного результата тревожные личности «создают» себе психологические и соматические проблемы. Это подтверждается результатами нашего эксперимента, который показал, что высокий уровень тревожности сочетается с низким уровнем уверенно-

сти в себе и высоким уровнем агрессивности и депрессивности.

Итак, результаты проведенного исследования показывают, что образы матери и отца имеют связи с изученными эмоциональными особенностями личности. Чем положительнее образы матери и отца, тем меньший уровень депрессивности, агрессивности и тревожности обнаруживает личность, и больший уровень уверенности в себе. Несмотря на то что обнаружены некоторые гендерные различия, характер связей между образом матери и отца сходен у испытуемых обоих полов. Таким образом, формирование «негативной аффективности» связано с отношением личности к жизненной ситуации, в частности - с позитивным или негативным образом матери и отца, имеющемуся у данной личности. Таким образом, негативный образ матери и отца представляется фактором риска в психоэмоциональном развитии, ведущим к формированию искажений в личностном развитии.

Полученные результаты имеют большое значение в практике воспитания детей и подростков. Факт того, что субъективные образы отца и матери связаны с организацией индивидуально-психологической реальности, представляется чрезвычайно важным. Психопрофилактика и коррекция эмоционального состояния, наряду с другими факторами, должна быть направлена на формирование позитивных образов отца и матери.

В целом, полученные результаты свидетельствуют о важности и матери, и отца в процессе развития ребенка. Высокая значимость обоих родителей в субъективном мире личности, а также различное «наполнение» их внутренних образов подтверждают незаменимость обеих родительских фигур для гармоничного социально-эмоционального развития личности. В современном обществе, где ценность «полной» семьи постепенно девальвируется, где «материальный достаток» рассматривается как основное условие гармоничного развития ребенка независимо от наличия обоих родителей, данное исследование подкрепляет высокую значимость и матери, и отца в развитии личности ребенка. Для формирования полноценной личности ребенка необходимо наличие позитивных образов обоих родителей: и матери, и отца.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аксёнова Ю.А. Символы мироустройства в сознании детей. – Екатеринбург: «Деловая книга», 2000. – 269 с.
2. Асмолов А.Г. О некоторых перспективах исследования смысловых образований личности /Асмолов А.Г., Братусь Б.С., Зейгарник Б.В. и др. // Вопросы психологии, 1979, № 4. - С. 35-46.
3. Брайт Д. Стресс. Теории, исследования, мифы / Брайт, Д., Джонс Ф. - М.: «Прайм-Еврознак», 2003. - 352 с.
4. Вилюнас В.К. Психология эмоциональных явлений. - М.: Изд. МГУ, 1976. -143 с.
5. Исаев Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста. - СПб: «Специальная литература», 1996. – 454 с.
6. Никольская И.М. Психологическая защита у детей / Никольская И.М., Грановская Р.М. – СПб: «Речь», 2000. - 352 с.
7. Осорина М.В. (1999) Секретный мир детства в пространстве мира взрослых. - СПб, «Речь», 2004. – 288 с.
8. Петренко В.Ф. Основы психосемантики. - М., 1997. - 480 с.
9. Практическая психодиагностика. Методики и тесты / Редактор-составитель Д.Я. Райгородский. – Самара: «Бахрам-М», 2005. - 525 с.

10. Рыбалко Е.Ф. (1990) Возрастная и дифференциальная психология. – СПб: «Питер», 2001. - 224 с.
11. Соколова Е.Т. Изучение личностных особенностей и самосознания при пограничных личностных расстройствах / Е.Т.Соколова, В.В.Николаева // Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. - М.:«Аргус», 1995. - 360 с.
12. Столин В.В. Самосознание личности. - М.: Изд. МГУ, 1983. -284 с.
13. Субботский Е.В. Ребенок открывает мир. 2-е изд. - СПб: «Питер», 2005. - 336 с.
14. Тарасов С.В. Психологический анализ категориальных структур мировосприятия школьников // Вопросы психологии, 1998, № 4. - С.14-20.
15. Шмелев А. Г. Введение в экспериментальную психосемантику: теоретико-методологические основания и психодиагностические возможности. - М.: Изд. МГУ, 1983. -158 с.
16. Sandler J. The concept of the representational world / Sandler J. and Rosenblatt B. // The Psychoanalytic Study of the Child, 17, 1962. - P. 128-145.
17. Sandler J. From Safety to Superego (Selected Papers). - London: Karnac Books, 1989. – 348 p.

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

И.А. Колесников

ПРОБЛЕМЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ АУТИЗМА

Кафедра детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Северо-Западного государственного медицинского университета имени И.И. Мечникова» (Санкт-Петербург).

В 1938 г. Лео Каннер наблюдал за мальчиком по имени Donald, описание которого появилось в его знаменитой работе «Аутистические нарушения эмоционального контакта», опубликованной в 1943 г. Этиология аутизма все еще не выяснена, однако современные научные открытия приближают нас к пониманию природы этого феномена. Большой вклад в исследование аутизма внес профессор М. Rutter (1978), который выделил следующие диагностические критерии [1], широко используемые и по настоящее время:

1. Начало проявления синдрома до 30 месяцев.
2. Нарушение социального развития, проявляющееся в определенном поведении, независимо от уровня развития интеллекта.
3. Задержка и отклонения в речевом развитии, имеющие определенные особенности, независимо от уровня интеллекта.
4. Стремление к однообразию, проявляющееся в стереотипной игре, интересах, поведении или сопротивлении каким-либо изменениям.

В 1979 г. Lorna Wing и Judith Gould провели эпидемиологическое исследование, в котором обследовали детей с аутизмом и детей с умственной отсталостью [2]. В результате тщательного изучения и сравнения обследуемых ученые пришли к выводу, что основным отличием детей с аутизмом, независимо от уровня их интеллекта, является неспособность вступать в полноценный социальный контакт, тогда как умственно отсталые дети могут быть социализированы в соответствии с их уровнем интеллектуального развития. Также авторы ввели такой научный термин как «расстройства аутистического спектра» (РАС). L. Wing (1995) предложила диагностические критерии, известные как «триада нарушений социального взаимодействия» [3]. В триаду входят нарушения социального взаимодействия, социальной коммуникации, воображения. В своей работе L. Wing подчеркивает, что аутизм проявляется в континууме, то есть не существует строгих четких границ нарушения; континуум может включать всех «странных» детей, которые не отвечают полностью классическим критериям аутизма, описанного Каннером.

К 2013 г. появится новый, пятый вариант классификации DSM, а позже и МКБ 11-го пересмотра. В DSM-V планируется изменить диагностические критерии аутизма. Также ожидается появление диагноза «Расстройства аутистического спектра» (РАС), в который будут входить [4]:

- Аутистическое расстройство;
- Синдром Аспергера;
- Детское дезинтегративное расстройство;
- Первазивное расстройство развития неуточненное.

Синдром Ретта будет исключен в связи с выявленной генетической этиологией [5, 6] и патогенезом [7].

В DSM-IV и МКБ-10 представлены три критерия: нарушения социальных взаимодействий, социальной коммуникации и ограниченные, повторяющиеся или стереотипные паттерны поведения. В DSM-V планируют объединить два феномена - социальные взаимодействия и социальную коммуникацию, представив их как одно нарушение, и оставить отдельным критерием паттерны поведения [4]. Изменится С критерий: «симптомы должны наблюдаться в раннем детстве (но могут не проявляться в полной степени до тех пор, пока социальные требования не будут превышать ограниченные возможности)». Также появится D критерий: «симптомы ограничивают и нарушают обычное функционирование».

Для того чтобы обнаружить симптомы в раннем детстве, необходимо знать, как они проявляются и быть очень внимательным наблюдателем. Многие родители (особенно из негородских жителей) не замечают отклонений в развитии, пока ребенок не приходит в школу, и только школьные оценки или конфликты приводят их к специалистам. В другом случае пациент может попасть впервые к специалисту в более старшем возрасте, если не будет человека, который бы знал, как пациент развивался в раннем детстве, или который не будет способен определить признаков отклонения в развитии. Это означает, что данный пациент не будет соответствовать всем критериям аутизма и не сможет получить необходимую помощь.

Следующий момент: по критериям требуется, чтобы нарушения одновременно касались и вербальных, и невербальных коммуникаций. Однако вербальный компонент невозможно оценить у очень маленьких детей. Критерий «отношения со сверстниками» очень сложно оценить у 2-летнего ребенка, обычно до тех пор пока ребенок не окажется в детском учреждении или в постоянном окружении сверстников (сиблингов, соседей). Затруднительно выявить определенный режим и ритуалы, особенно, ограниченные, фиксированные интересы у маленьких детей, которые могут быть не заметны.

Черновой вариант DSM-V включает «необычное сенсорное поведение» (например, зачарованность мелькающим светом) как субкритерий «повторяемых паттернов поведения», то есть не как обязательный признак аутизма. В то время как аномалии сенсорного восприятия по типу усиления или снижения чувствительности у пациентов аутистического спектра наблюдаются очень часто. Необычная реакция, как правило, повышенная чувствительность на аудиальные стимулы рассматривается как характерная черта при аутизме в раннем детстве, что отличает аутистов от других детей с задержкой развития. Ряд исследователей полагает, что данный феномен должен быть включен в список облигатных диагностических критериев. Например, E. Billstedt, I.C. Gillberg и C. Gillberg (2007) в лонгитюдном исследовании обнаружили, что измененная реакция на сенсорные сигналы - наиболее постоянный симптом, присутствующий с раннего детства (в 100% случаев), и у 95% аутистов данный симптом сохраняется на протяжении 30 лет [8], что сравнимо с частотой развития нарушений социального взаимодействия (95%). Это подтверждается и в другом исследовании, в котором в 90% случаев были обнаружены нарушения в 2 и 3 сенсорных системах независимо от возраста и уровня интеллекта [9].

Очевидно, что чем раньше ребенку с аутизмом оказывается специализированная помощь, тем более эффективно происходит развитие и положителен дальнейший прогноз [10, 11, 12]. Например, при применении прикладного по-

веденческого анализа достигаются значительные улучшения в функционировании при 20-40 часах в неделю в течение месяца [13,14].

Ранняя диагностика имеет значение и для членов семей детей с аутизмом, так как им может быть предоставлена нужная информация о состоянии, обсуждены вопросы и опасения родителей, проведена генетическая консультация и оказана психологическая помощь.

Но все-таки, когда мы говорим о ранней диагностике аутизма, то какой возраст имеем в виду? Для ранней диагностики необходимо понимать, какое поведение в раннем возрасте является симптоматичным, появляются ли симптомы в линейной последовательности, является ли регрессия в поведении основными маркерами для РАС. В 50% случаев родители замечают признаки аутизма к 2 годам ребенка, и почти в 100% - к 3-м годам. В то время как синдром Аспергера диагностируется гораздо позже. Несмотря на то что родители замечают отдельные симптомы у детей в раннем возрасте, диагноз устанавливается примерно к 11-летнему возрасту [15].

Национальный британский план по работе с детским аутизмом рекомендует осуществлять полную диагностику и оценку состояния не позднее чем через 30 недель после появления первых заметных проблем, но на практике реакция системы здравоохранения на подавляющую часть обращений занимает более длительное время [16]. В Великобритании средней возраст установления диагноза аутизм - 5-6 лет [19]. В США средней возраст установления диагноза «аутизм» составляет 3-4 года [17], средний возраст постановки диагноза РАС – 5-7 лет, что намного выше рекомендованного, и 27 % детей остаются недиагностированными к 8 годам [18].

Для обнаружения ранних признаков ретроспективно сравнивались домашние видеофильмы, снятые родителями детей в возрасте 9-12 мес. с нормальным развитием и детей, которым в последующем установили диагнозы «аутизм» и «неспецифическое первазивное расстройство развития» (атипичный аутизм). Были установлены различия в социальном поведении, в совместном внимании и знаки аутистического поведения (стереотипии, потеря ориентации, закрывание ушей), а также недостаточные визуальная ориентация и визуальное внимание, задержка ответной реакции на собственное имя, чрезмерное стремление класть предметы в рот, отвращение к прикосновениям, необычные позы, пристальный взгляд и фиксация на объектах [20, 21, 22].

L. Wing, J. Gould, C. Gillberg (2011) предложили внести в диагностические критерии более конкретное описание симптоматики аутистического спектра в первые годы жизни [23]. К ним относятся:

- Необычные паттерны поведения, например, неумный плач и крик или необычное спокойное и пассивное поведение.
- Ограничение или избегание социальных взаимодействий, например, не смотрит в глаза другим, не подает рук, чтобы его подняли, не может рассказать другим о важных вещах.
- Проблемы в развитии довербальной коммуникации, например, отсутствие ответа на обращение, отсутствие ответа на собственное имя, отсутствие гуления.
- Ограниченные или специфические интересы, например, зачарованность лампочками или определенными звуками, повышенная или сниженная чувствительность к визуальным или аудиальным стимулам.

О.С. Никольская и К.С. Лебединская в своей книге «Диагностика раннего детского аутизма» (1991) выделили следующие ранние клинико-психологические проявления аутизма у детей в возрасте до 2 лет [24]:

1. Аутизм (отсутствие фиксированного взгляда на глазах взрослого, индифферентность к окружающим, отсутствие улыбки в ответ на обращение к ребенку взрослого, симбиотическая привязанность к матери, слабые эмоциональные реакции, отсутствие адекватного контакта с детьми, отсутствие любознательности и активности в освоении окружающего мира, специфическое отношение к одушевленному и неодушевленному).

2. Страхи.

3. Феномен тождества (непереносимость перемен, изменений в жизни и окружающей обстановке и т. д.).

4. Нарушенное чувство самосохранения.

5. Стереотипии (сенсорные и двигательные).

6. Специфические речевые расстройства.

7. Специфическое интеллектуальное развитие.

8. Специфические нарушения, отражающиеся в формировании игры.

9. Особенности формирования витальных функций и аффективной сферы.

10. Патология развития сенсорной сферы (снижение или повышение и извращение разных видов чувствительности, использование восприятия в аутистических целях, наличие ранних этологических форм перцепции).

11. Особенности в сфере влечений.

12. Специфические нарушения в развитии двигательной сферы и некоторые другие.

Еще один характерный клинический признак аутизма - регрессия развития, которая происходит примерно в 18-30 мес. Ребенок может иметь нормальное развитие речи до 2 лет с ее последующей внезапной регрессией. За короткий период ребенок может утратить полностью или частично речь, потерять навыки социализации, развить аутистоподобное поведение (недостаток контакта глаза в глаза, фиксация на объектах, ритуальное поведение). Регрессия при аутизме отличается от регрессии при дезинтегративном расстройстве (синдроме Геллера), при котором регрессия в речи и социализации имеет более катастрофичный характер [24]. Тем не менее, навыки самообслуживания и другие основные навыки утрачиваются. В тоже время детям с признаками регрессии диагноз аутизма до 2 лет, как правило, не выставляется. Поэтому данных о количестве детей с признаками регрессии и методов предотвращения регрессии пока нет.

S. Ozonoff, B.J. Williams и R. Landa (2005) провели ретроспективное исследование 60 детей с аутизмом и их родителей [25]. Дети были в возрасте 9 лет и младше, регрессия произошла в период 14-20 месяцев. Было обнаружено, что почти половина детей с регрессией демонстрировали симптомы аутизма до ее наступления. Это означает, что диагностика до 2 лет в принципе возможна и существует вероятность, что можно предугадать развитие регрессии и ее предотвратить. Чтобы это стало возможным, будущие исследования должны ответить на следующие вопросы: Существуют ли специфические симптомы или особенности, позволяющие предугадать регрессию? Сколько детей испытывает регрессию в развитии, и когда она возникает? Существуют ли количественные и качественные различия в регрессии при разных вариантах РАС? Обладают ли дети с аутизмом и регрессией другим генотипом, чем дети с аутизмом, но без регрессии?

В России все еще остаются крайне низкими (особенно по сравнению с зарубежным) уровень диагностики и качество специализированной помощи лицам с аутизмом и РАС. Отсутствует единая, четкая система в работе учреждений с такими детьми. Часто аутизм маскируется, как с подачи специалистов, так и родителей, под другие «благопристойные» диагнозы. Например, ставится диагноз «сенсомоторная алалия». При таком диагнозе родителям легче устроить ребенка в детский сад, с ним работает логопед. Самим родителям легче принять данную формулировку диагноза. Существует мнение, что отсутствие системы помощи детям с аутизмом в нашей стране связано с малой численностью таких детей. Другими словами, детей с аутизмом не настолько много, чтобы была необходимость в изменении законодательства, в формировании бюджетов на специальную подготовку педагогических и медицинских кадров и прочие сопутствующие расходы. И это при том, что в нашей стране ни одно ведомство сбором и обработкой официальных статистических данных о проблеме аутизма не занимается. Аутизм не входит в формы обязательной статистической отчетности Минздрава. В итоге дети, страдающие аутизмом есть, а статистики по аутизму нет; сертифицированных специалистов очень мало, а значит специализированной и квалифицированной помощи оказывается недостаточно.

Понимая всю остроту отечественной проблемы аутизма, общественные организации родителей детей с аутизмом объединились в коалицию с целью создания Российской аутистической ассоциации, основной задачей которой является защита прав детей и взрослых с аутизмом на территории РФ. В течение 2010-2011 гг. коалицией общественных организаций родителей детей с РАС, объединяющей представителей шести федеральных округов Российской Федерации, была проведена Акция «Социальный заказ: Статистика 2010» [26]. В результате совместной работы родительских общественных организаций с государственными и муниципальными учреждениями выяснилось что:

- статистический учет количества детей с РАС не ведется или ведется неудовлетворительно;
- главной причиной такого состояния статистического учета детей с РАС является отсутствие официально утвержденных (на государственном и ведомственном уровнях) принципов такого учета, а также отсутствие должного межведомственного взаимодействия;
- главным следствием безответственного бездействия госорганов является нарушение конституционного права детей с РАС на соответствующее их возможностям и особенностям образование и абилитацию, а фактически – лишение части (около 1%) граждан Российской Федерации возможности быть активными членами общества.

Автор настоящей статьи считает проблему диагностики РАС чрезвычайно актуальной и полностью поддерживает предложение Коалиции общественных организаций родителей детей с РАС [26], представляемое ниже. В результате проведения Акции «Социальный заказ: Статистика 2010», участники Коалиции общественных организаций родителей детей с расстройствами аутистического спектра считают необходимым следующее.

Предложить министерствам и ведомствам:

1. Внести изменения в действующие формы статистической отчетности Федерального медико-биологического агентства с целью выявления численности детей-инвалидов с аутизмом, нуждающихся в специальных условиях обучения, реабилитации и социализации.

2. Организовать сбор статистических данных по РАС в каждом регионе России на базе существующих учреждений здравоохранения, социальной защиты и образования для выявления детей группы риска по аутизму с целью ранней диагностики и своевременной коррекции аутистических расстройств.

3. Создать межведомственную комиссию по изучению проблем диагностики и коррекции РАС в Российской Федерации в составе специалистов, профессионально занятых диагностикой и коррекцией аутизма, с привлечением представителя Коалиции родительских общественных организаций в качестве полноправного члена.

4. Обеспечить создание и актуализацию единого банка данных по детям с РАС России, определить его ведомственную принадлежность.

Предложить общественным организациям:

1. Продолжить совместную с ведомствами работу по сбору официальных статистических данных по РАС в регионах присутствия обществ помощи аутичным детям – членов Коалиции.

2. Организовать широкое обсуждение результатов проведенной работы по сбору статистических данных с представителями региональных и федеральных ведомств образования, социальной защиты и здравоохранения, с привлечением средств массовой информации и Интернет.

3. Сформировать социальный заказ, включающий следующие данные:

- по количеству мест для детей с аутизмом в центрах ранней помощи, дошкольных учреждениях, школах и ВУЗах;
- по существующим возможностям учреждений и насущным потребностям подростков с РАС в профессиональном обучении, профориентации и поддерживаемом проживании;
- по количественным и качественным характеристикам подготовки специальных медицинских и психолого-педагогических кадров, осуществляющих диагностику, раннюю помощь, обучение, профориентацию и поддерживаемое проживание.

ЛИТЕРАТУРА

1. Rutter M. Diagnosis and definition. In: Rutter M, Schopler E, editors. Autism: a reappraisal of concepts of treatment. - New York: Plenum; 1978.

2. Wing, L. & Gould, J. (1979). Severe Impairments of Social Interaction and Associated Abnormalities in Children: Epidemiology and Classification // Journal of Autism and Developmental Disorders, 9, pp. 11-29.

3. Wing, L. (1995). Autistic Spectrum Disorders: an aid to diagnosis. - London: The National Autistic Society. P. 20

4. DSM-5. URL: <http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/proposedrevision.aspx?rid=94#> (дата обращения: 24.09.2012).

5. Amir R.E., Van den Veyver I.B., Wan M., et.al: Rett syndrome is caused by mutations in X-linked MECP2, encoding methyl-CpG-binding protein 2 // Nat Genet 1999, 23:185-188.

6. Wan M., Lee S.S., Zhang X., Houwink-Manville I., et.al. Rett syndrome and beyond: recurrent spontaneous and familial MECP2 mutations at CpG hotspots // Am J Hum Genet 1999, 65:1520-1529.

7. Christopher M. McGraw, Rodney C. Samaco, Huda Y. Zoghbi. Adult neural function requires MeCP2 // Science. 2011. V. 333. P. 186.

8. Billstedt, E., Gillberg, I. C., & Gillberg, C. (2007). Autism in adults: Symptom patterns and early childhood predictors: Use of the DISCO in a community sam-

ple followed from childhood // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 1102–1110.

9. Leekam, S. R., Nieto, C., Libby, S. J., Wing, L., & Gould, J. (2007). Describing the sensory abnormalities of children and adults with autism // *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 894–910.

10. Cannella, H. I., O'Reilly, M. F., & Lancioni, G. E. (2006). Treatment of hand mouthing in individuals with severe to profound developmental disabilities. A review of the literature // *Research in Developmental Disabilities*, 27, 529–544.

11. Ellis, E. M., Ala'i-Rosales, Glenn, S. S., Rosales-Ruiz, J., & Greenspoon, J. (2006). The effects of graduated exposure, modeling, and contingent social attention on tolerance to skin care products with two children with autism // *Research in Developmental Disabilities*, 27, 585–598.

12. Symes, M. D., Remington, B., Brown, T., & Hastings, R. P. (2006). Early intensive behavioral Intensive behavioral intervention for children with autism: Therapist's perspectives on achieving procedural fidelity // *Research in Developmental Disabilities*, 27, 30–42.

13. Eikeseth, S., Smith, T., Jahr, E., & Eldevik, S. (2002). Intensive behavioral treatment at school for 4–7 year old children with autism. A 1-year comparison controlled study // *Behavior Modification*, 26, 49–68.

14. Whittingham, K., Sofronoff, K., & Sheffield, J. K. (2006). Stepping stones triple p: A pilot study to evaluate acceptability of the program by parents of a child diagnosed with autism spectrum disorder // *Research in Developmental Disabilities*, 27, 364–380.

15. Howlin, P., & Asgharian, A. (1999). The diagnosis of autism and Asperger syndrome: Findings from a survey of 770 families // *Developmental Medicine and Child Neurology*, 41, 834–839.

16. Dover CJ, Le Couteur A (2007). How to diagnose autism // *Arch Dis Child* 92 (6): 540-5.

17. Baird, G., Charman, T., Cox, A., Baron-Cohen, S., Swettenham, J., Wheelwright, S., et al. (2001). Screening and surveillance for autism and pervasive developmental disorders // *Archives of Disease in Childhood*, 84, 468–475.

18. Filipek, P. A., Accardo, P. J., Baranek, G. T., et al. (1999). The screening and diagnosis of autism spectrum disorders // *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 29, 439–484.

19. Shattuck PT, Durkin M, Maenner M et al. (2009). Timing of identification among children with an autism spectrum disorder: findings from a population-based surveillance study // *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 48 (5): 474-83.

20. Baranek, G. T. (1999). Autism during infancy: A retrospective video analysis of sensory-motor and social behaviors at 9–12 months of age // *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 29, 213–224.

21. Osterling, J., Dawson, G. (1994). Early recognition of children with autism: A study of first birthday home videotapes // *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 24, 247–257.

22. Teitelbaum, P., Teitelbaum, O., Nye, J., Fryman, J., & Maurer, R. (1998). Movement analysis in infancy may be used for early diagnosis of autism // *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 95, 13982–13987.

23. L. Wing, J. Gould, C. Gillberg. Autism spectrum disorder in the DSM-V: Better or worse than the DSM-IV? // *Research in developmental Disabilities* vol. 32. 2011. P. 768-773

24. Лебединская К.С., Никольская О.С. Диагностика раннего детского аутизма: Нач. проявления. - М.: Просвещение, 1991. - 53 с.
25. Wing, L., & Potter, D. (2002). The epidemiology of autistic spectrum disorders: Is the prevalence rising? // *Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 8, 151–161.
26. Ozonoff, S., Williams, B. J., & Landa, R. (2005). Parental reports of the early development of children with regressive autism // *Autism*, 9, 461–486.
27. Аутизм в России. URL: <http://autisminrussia.ru/html/action/action-stat-2010.htm> (дата обращения: 24.09.2012).

И.М. Никольская

**МЕТОД СЕРИЙНЫХ РИСУНКОВ И РАССКАЗОВ В СИТУАЦИИ
ПЕРЕЖИВАНИЯ РЕБЕНКОМ СМЕРТИ БЛИЗКОГО РОДСТВЕННОГО
(АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ)**

**Северо-Западный государственный медицинский университет имени
И.И. Мечникова (Санкт-Петербург).**

Введение. Смерть родных и близких людей оказывает травмирующее влияние на психику детей, подростков и взрослых, приводит к эмоциональным и поведенческим нарушениям, расстройствам адаптации.

Родители детей, у которых умерли близкие родственники, порой не связывают изменения в поведении ребенка с ситуацией утраты [3]. Обращаясь к специалистам, они жалуются на немотивированную агрессию и негативизм у детей, трудности в общении, неуспеваемость. Только при подробном опросе или исследовании можно обнаружить, что психологические проблемы детей – следствие реакции на смерть близкого.

Для того чтобы пережить смерть, должна быть проделана большая внутренняя работа, или пройден процесс горевания. Если работа горя неудачна или не завершена, оно может стать патологическим. Как указывал З. Фрейд, мы сохраняем отношения с умершим, формируя так называемого «психического двойника» и реагируя на его эмоциональное присутствие. Чем значимей психический двойник, тем труднее происходит пересмотр отношений с ним и тем сильнее переживание утраты [9].

Существуют также внешние обстоятельства, которые препятствуют работе горя. Для его переживания необходимы время и пространство, поэтому во всех культурах разработан обряд похорон, где надо не только выполнять определенные действия, но также иметь возможность увидеть тело умершего и попрощаться с ним [1]. Следует также учитывать парадокс переживания горя. Он состоит в том, что чем больше зависимость от ушедшего человека, тем тяжелее расставание, поскольку умерший необходим для поддержания самооценки живущего.

У детей свое понятие о смерти. В 6-10 лет многие из них идентифицируют смерть с покойником, считают ее наказанием за плохие дела. С учетом магического мышления дети этого возраста могут считать, что смерть родственника произошла по их вине [3]. Большое значение имеет окружение ребенка. Если оно безопасное, любящее - ребенок получит нужную поддержку, если небезопасно - горевание может осложниться.

Актуальным является разработка действенных методов оказания психоло-

гической помощи детям в ситуации переживания утраты. Рассмотрим клинический случай, иллюстрирующий особенности переживания девочкой 10 лет смерти бабушки и возможности метода серийных рисунков и рассказов как инструмента оказания ей краткосрочной кризисной помощи [5].

Описание случая. В Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина обратилась мать девочки Вали, 10 лет, с жалобами на ее эмоциональную возбудимость, истерические реакции, эпизоды воровства. Диагноз - эмоционально-лабильное расстройство, нарушение поведения. Медицинским психологом М.Е. Калашниковой были собраны подробные сведения о девочке и ее семье [7].

Ранний анамнез: ребенок от 6 беременности, 1 родов, перинатальная энцефалопатия. Отягощена наследственность по линии бабушки (шизофрения). У бабушки и дедушки хронический алкоголизм.

Семейный анамнез: отец Вали ушел из семьи в связи с алкоголизацией матери, когда дочери было 6 лет. После развода он выкрал девочку, держал у себя в течение 4 мес., потом вернул матери.

На момент обследования Валя учится в 4 классе и проживает вместе с матерью 38 лет (продавец), отчимом 26 лет (рабочий), сводным братом Тимой 1,5 лет и прабабушкой 83 лет. В семье частые конфликты, бывают драки. Отношения с отчимом у девочки напряженные, к брату – ревность.

Мать по характеру возбудимая, легко срывается на крик. Времени заниматься с дочерью у нее не хватает. Ее воспитание отличают потворствование, предпочтение детских качеств.

В процессе сбора анамнеза М.В. Калашникова обнаружила, что за два месяца до обращения к специалистам у Вали умерла бабушка со стороны матери, которая при жизни страдала шизофренией и алкоголизмом. Бабушка и дедушка проживали отдельно, но отношения с дочерью, зятем и внуками поддерживали. Мать не связывала расстройство эмоций и поведения у дочери с ситуаций утраты, однако отметила, что после смерти бабушки Гали у дочери появился страх оставаться одной. М.В. Калашникова приняла решение исследовать связь между заболеванием девочки и смертью бабушки и с этой целью пригласила проф. И.М. Никольскую проконсультировать семью с использованием метода серийных рисунков и рассказов [5, 6] и, при необходимости, оказать девочке психологическую помощь в ситуации переживания утраты [7].

На консультации присутствовали И.М. Никольская, М.В. Калашникова, Валя и ее мать. Работа с семьей проходила по следующей схеме: 1) знакомство и беседа специалистов с членами семьи, 2) диагностика и коррекция внутреннего мира девочки методом серийных рисунков и рассказов, 3) обсуждение с матерью и медицинским психологом результатов психологического исследования и тактики последующей работы.

Во время процесса серийного рисования с Валею находились два психолога, а мать с ее согласия была в соседнем помещении. Однако все созданные творческие продукты девочка затем матери показать разрешила.

Приводим фрагменты беседы с членами семьи, рассказы Вали, созданные по рисункам в диалоге с психологом-консультантом, а также обсуждение содержательных и технических аспектов данного случая.

Фрагменты беседы психолога с членами семьи

Мать: «Могу ударить, нервы на пределе. Жизнь стрессовая: конфликтовали, сын родился, Валя болела (гепатит, коклюш), мать два месяца назад

умерла, отца больного перевозили».

Валя: «Страх, когда мама меня ругает».

Мать: «Она всегда боялась темноты, сны страшные снились. После смерти бабушки появился страх оставаться одной. А недавно видела на небе, как что-то пролетело, мигало – подумала, что инопланетяне. И прабабушка это тоже видела...»

Рассказ по рисунку «Автопортрет в полный рост»

Валя: «Меня зовут Валя. Мне 9 лет. Я на улице. Настроение серьезное. Думаю, как тут хорошо. Пойду дальше, посмотреть на других...»

Рассказ по рисунку «Если бы у меня была волшебная палочка»

В.: «Если б у меня была волшебная палочка, я бы превратилась в миллионершу. Чтобы давать маме деньги на таблетки и на еду. Купила бы много пельменей, котлет, фруктов. Купила бы большой дом, на сто комнат для всей семьи. Маму, прабабушку, папу, Тиму бы поселила. Отчима, бабу Галю (которая умерла), себя бы поселила. Когда все дома, все хорошо – не нервничаю.»

Рассказ по рисунку «Я переживаю». На рисунке последовательно изображены похороны матери, прабабушки, Тимочки и самой Вали.

В.: «Приснилось, что мама умерла. Прабабушка говорит – мне плохо, мне страшно, таблетки глотает. Вдруг умерла. За Тимочку переживаю – мало ли с ним плохое случается. Похороны – все умерли, и я умерла.»

Рассказ по рисунку «Я боюсь». Валя нарисовала себя лежащей в кровати. Над ней склонилось огромное чудовище – Страх.

В.: «Я боюсь страха как приведения. Лампа горит. Дверь в комнату. Бабы Веры дома не было, и другого никого дома не было – я представляю, как будто кто-то стрелу в лампу пустил. Лампа разбивается, падает. Света нет. Я лежу на кровати под одеялом. И приходит Страх: «Ты умрешь!»

Диалог Вали с психологом по рисунку «Я боюсь».

Психолог (П.): «Что ты делаешь, когда страх?» - В.: «Забираюсь под одеяло, лежу, молчу, не дышу». - П.: «Чего ты еще боишься?» - «Темноты. Ходить на кладбище ночью. Оставаться дома одна. Двойки. Что мама будет ругать. Что все умрут – смерти. Баба Галя – умерла.» - П.: «Рисуй – я плачу, баба Галя умерла...»

Рассказ Вали по рисунку «Я плачу, баба Галя умерла». На рисунке Валя изобразила, как она сидит за шкафом на спинке дивана и плачет.

В.: «Я не видела, как она умерла, не была на похоронах. Я сидела на диване, тут шкаф стоит. Я плакала, предчувствовала, что она может умереть. Страшно, что ее дух придет. Что она злиться будет, на небо не уйдет. И я умру.»

Диалог Вали с психологом по рисунку «Я плачу, баба Галя умерла».

П.: «Почему она злиться будет, почему ты умрешь?» - В.: «Отомстит нам, что мы ее в дом не пускали. У нее были виш, она болела. Не пускали в квартиру, не хотели, чтоб ребенок, Темочка заболел. На улице оставили. А потом она умерла.» П.: «Рисуй – она ушла на небо. И вы прощаете друг друга».

По просьбе психолога Валя дорисовывает рисунок. Она изображает в облаках бабу Галю с крыльями, которая как будто бы с неба смотрит на плачущую за шкафом внучку.

Разговор Вали с бабой Галей, состоявшийся с помощью психолога и записанный Валей.

Баба Галя: «Я! вас прощаю. Я буду жить на небе. И на землю не вернусь! Пусть у вас все будет хорошо. И мне здесь будет хорошо на небе, уютно!!!!» -

Валя: «Хорошо!!!! Я прощаю тебя. Живи там, на небе, спокойно!»

Рассказ «Я такая довольная, я такая счастливая»

В.: «Мне купили компьютер. Мама не ругается. Братик – чтоб был со мной. Каникулы. И Новый год! И еще – театральная студия. И я выступаю перед другими людьми – спектакль играю. И я хочу стать певицей – как Анастасия Заворотнюк!»

Рассказ по рисунку «Я взрослая, мне 25 лет, я работаю на своей работе».

«Я работаю парикмахером. У меня муж Влад. Охранник. Или президент страны, как Путин. У нас девочка, Анжелика и мальчик, Дима. Мы живем в доме, у нас 6 комнат. А мама со своей семьей – в своем доме.»

Таким образом, в рассматриваемом случае 10-летняя девочка из дисфункциональной семьи пережила психическую травму, связанную со смертью больной шизофренией и алкоголизмом бабушки. Проживающая отдельно от семьи девочки баба Галя как-то раз в состоянии алкогольного опьянения пришла к своей дочери, зятю и внукам. Мать Вали не пустила пьяную бабушку в дом, оставила на улице. И когда баба Галя умерла, вся семья испытала чувство вины и ужаса оттого, что покойница теперь на них «будет злиться, на небо не уйдет» и «отомстит» за плохое к ней отношение.

Девочка напрямую связала смерть бабушки с неприятным инцидентом. Баба Галя превратилась для нее в значимого психического двойника, которым Валя была активно поглощена и потому была не готова от него отсоединиться. Это усугублялось тем, что на похоронах девочка не присутствовала, с умершей не попрощалась, поддержки от членов семьи не получала, смерть бабушки с ними ни прямо, ни косвенно не обсуждала.

Известно, что психическая травма, как событие высокой интенсивности, при одновременном отсутствии возможности адекватного совладания и превышении приспособительного потенциала индивида, часто ведет к нарушениям адаптации и посттравматическим стрессовым расстройствам [8]. Следствием психотравмы у Вали стали расстройства эмоций и поведения. Однако их связь с переживанием утраты обнаружилась только в процессе изучения ее внутреннего мира методом серийных рисунков и рассказов.

Было установлено, что страх смерти, доминирующий в душе девочки и ведущий к фантазиям о возможной смерти всех членов семьи («похороны – все умерли, и я умерла»), стал результатом мысли о том, что дух бабы Гали придет и обязательно отомстит семье за плохое к ней отношение. Направленная психокоррекция данных переживаний была осуществлена с помощью рисунка и диалога «Я плачу, баба Галя умерла». Это позволило осуществить процедуры искусственного «оплакивания», отсоединения девочки от бабы Гали и взаимного прощения. Результат данных действий – частичное освобождение девочки от угнетающих ее отрицательных эмоций.

Последующая работа медицинского психолога М.Е. Калашниковой с Вали и ее матерью, проводимая в течение нескольких месяцев с использованием методов игровой терапии и арт-терапии, закрепила достигнутый эффект, улучшила и стабилизировала эмоциональное состояние девочки, гармонизировало материнско-детские отношения [4].

Технические и содержательные аспекты применения метода серийных рисунков и рассказов как инструмента краткосрочной психологической помощи в ситуации переживания утраты. Напомним, что по запросу медицинского психолога цель консультации состояла в определении связи рас-

стройств эмоций и поведения у девочки со смертью ее бабушки и, при необходимости, оказании ей в связи с перенесенной утратой психологической помощи. Исходя из этого, на *первом этапе* серийного рисования осуществлялось выявление указанных симптомов и их возможных причин с помощью рисунков «Автопортрет», «Если бы у меня была волшебная палочка» и рассказов по ним, составляемым с помощью вопросов психолога. В результате были обнаружены проблемы эмоциональные (напряженность, незащищенность, тревога, депрессивность) и личностные (сниженная самооценка, регрессия, пассивность), а также неудовлетворенность семейным функционированием.

После того как с Вале́й был *установлен хороший контакт* и она втянулась в работу, начался *второй этап* серийного рисования. Он был направлен на диагностику и осознание глубинных психотравмирующих переживаний девочки с помощью рисунков и рассказов «Я переживаю» и «Я боюсь».

Вхождение в мир переживаний как особых состояний сознания, при которых возникает собственное видение ситуаций, проявляются яркие и эмоции и чувства, обнаружило, что для девочки характерны пугающие образы смерти и похорон. Эти ужасающие события были темой ее сновидений и касались как самой Вали, так и близких членов ее семьи. К этому моменту девочка настолько была поглощена работой, что состояние ее сознания можно было квалифицировать как *измененное (трансовое)*. Она рисовала быстро, четко и сама составляла рассказы по рисунку.

Детальное исследование картины страхов с помощью уточняющих вопросов психолога подтвердило, что в основе большинства из них лежит страх смерти, который девочка осознает и ассоциирует со смертью бабы Гали. Актуализация данной темы на фоне измененного состояния сознания сделала возможной целенаправленную работу по отреагированию психотравмирующих переживаний. Для этого было использовано дополнительное задание – рисунок на тему «Я плачу, баба Галя умерла».

Этот рисунок дал девочке возможность искусственно («на бумаге») осуществить процедуру *оплакивания* и тем самым частично освободиться от горя, связанного с утратой. Благодаря этому были созданы условия для детального исследования ситуации смерти бабы Гали с помощью техники постановки проясняющих вопросов, которые подвели Валу к «*исповеди*» – раскрытию тайных переживаний о вине семьи в смерти бабушки и неизбежной расплате.

С целью снятия напряжения и оптимизации состояния девочки было использовано еще одно дополнительное задание – нарисовать бабу Галю на небе и реализовать процедуру *взаимного прощения*.

С помощью психолога первоначальный рисунок «Я плачу, баба Галя умерла» был *переструктурирован и разделен на два условных мира: «земной» и «небесный»*. После чего с помощью вопросов, содержащих суггестивные установки, состоялся воображаемый разговор между бабушкой, которая находилась на «небе», и девочкой, находящейся на «земле». По указанию психолога этот диалог был записан Вале́й, а потом повторно произнесен психологом, что помогло девочке утвердиться в том, что баба Галя останется на небе, ей там хорошо и она всех простила.

Сразу после этого был реализован вывод девочки из мира психотравмирующих переживаний путем перехода на *третий этап* серийного рисования («Я такая довольная, я такая счастливая», «Мне 25 лет, я взрослая») и обсуждения всевозможных радостных и счастливых событий, формирования перспективы свет-

лого будущего, благодарности за хорошую работу и ее высокой оценки.

Отметим, что последующее включение девочкой рисунка «Я плачу, баба Галя умерла» в группу тех, которые ей рисовать «понравилось» показало, что *цель работы* – коррекция отрицательных переживаний, связанных со смертью бабы Гали, была достигнута.

Важной стороной работы психолога с Валею выступало целенаправленное использование *механизмов психологической защиты* для коррекции отрицательных переживаний, связанных с перенесенной утратой. Рассмотрим это более подробно.

Анализ рисунков и рассказов, созданных девочкой, позволяет выявить действие нескольких психологических механизмов, которые автоматически осуществляют защиту ее личности [2].

Во-первых, это *регрессия* – возвращение к более ранним стадиям развития своего «Я». Человек «откатывается» к ранним, низшим формам поведения, когда не выдерживает напряжения, которого от него требуют высшие, взрослые формы поведения. На рисунке «Автопортрет» Валя снижает свой биологический возраст, что может служить признаком регрессии.

Во-вторых, ее защищают *идентификация и уход в мечты и фантазии*. Идентификация – это неосознаваемое отождествление себя с другим человеком, перенос на себя чувств и качеств желаемых, но недоступных. Как бессознательное моделирование отношений и поведения другого лица этот механизм используется с целью повышения самооценки. Путем ухода в мечты и фантазии (как варианта замещения) девочка переносит недоступные в реальности действия в воображение и превращается в миллионершу, чтобы давать маме деньги на еду и лекарства, семью поселить в доме из ста комнат и тогда, наконец, перестать «нервничать» («Если бы у меня была волшебная палочка»). Так защитное фантазирование позволяет ей достичь всего, чего она пока еще не способна добиться в жизни, то есть обладать «всемогущим контролем».

Также для Вали характерно *вытеснение*. Этот механизм защиты частично выключает из ее сознания истинную причину страхов – возможную смерть как следствие мести со стороны бабы Гали. Вместо этого девочка озвучивает не основные и не такие страшные. Однако события, вытесненные в бессознательное, сохраняют свой энергетический заряд и потому постоянно ищут возможности пробиться в сознание. Это субъективно ощущается как переживание беспокойства, тревоги, страха, то есть ведет к повышению общей эмоциональности.

И, наконец, еще один защитный механизм, *сновидение*, помогает девочке с помощью языка образов изживать психотравмирующие переживания, связанные с мыслями о смерти и похоронах членов семьи («Я переживаю»). Задача сновидения — выразить сложные чувства в картинках и дать человеку возможность их пережить.

Однако, несмотря высокую активность целого комплекса психологических защитных механизмов, справиться с пережитой психической травмой Валя сама не в состоянии, на что указывают симптомы ее нервно-психических расстройств. Такое положение вещей во многом обусловлено тем, что конструктивное *совладающее поведение* у девочки в силу возраста и неблагоприятной семейной ситуации еще не сформировано [2]. Проблемы самостоятельно она решать не умеет, за помощью ей обращаться не к кому, поэтому базисной копинг-стратегией для нее является *избегание*.

Отвечая на вопросы психолога по рисунку «Автопортрет», Валя произносит:

«Я на улице. Настроение серьезное. Думаю, как тут хорошо. Пойду дальше, смотреть на других...». Это означает, что для того, чтобы *отвлечься* от травмирующей семейной ситуации, ей надо от нее *дистанцироваться* - уйти из дома на улицу. И только там, гуляя среди незнакомых людей, она может почувствовать себя лучше. Можно думать, что к кратковременному улучшению самочувствия также может вести импульсивное асоциальное поведение - эпизоды воровства.

Описывая свои действия в сновидении, когда к ней приходит, хохочет и угрожает смертью Страх, Валя указывает: «Забираюсь под одеяло, лежу, молчу, не дышу» («Я боюсь»). Таким образом, она замирает, чтобы Страх ее либо не заметил, либо принял за мертвую и оставил в покое. Наивно думать, что такое *пассивное избегающее поведение* ей поможет. Однако активных действий (прогнать страх, позвать на помощь) она не предпринимает.

Приведенные данные показывают, что характерные для девочки механизмы психологической защиты и стратегии копинг-поведения недостаточно эффективны.

В связи с этим было необходимо провести *психологическую коррекцию ее внутреннего мира*. Для этого были использованы психологические защитные механизмы сублимации, катарсиса и отчуждения.

Сублимация — это замена инстинктивного действия по реализации цели иным действием, которое не противоречит высшим социальным ценностям. У детей один из частых способов сублимации — это рисование. Изобразить свои чувства, желания, фантазии подчас легче, чем о них рассказать. Рисунок объективизирует внутренний конфликт, позволяет его отреагировать и тем самым снижает вероятность его внешних проявлений в социально опасной или неприемлемой форме. Такое же значение имеет письменная речь. Описывать свои переживания порой намного безопаснее, чем о них рассказывать, особенно когда это касается тем личных, волнующих.

В данном случае в серии рисунков и рассказов на заданные темы девочка посредством механизма сублимации выразила свой страх смерти, пугающие картины похорон, осуществила процедуру оплакивания бабы Гали. Поместив ее в «небесный мир», она с помощью письменной речи осуществила так необходимый для нее разговор с умершей, услышала, что ее прощают, и тоже простила.

Катарсис — психологическая защита, связанная с таким изменением ценностей, которое приводит к ослаблению влияния травмирующего фактора. Для этого в качестве посредника иногда привлекается некая внешняя, глобальная система идей и убеждений, по сравнению с которой травмирующая человека ситуация теряет в своей значимости. Изменения в структуре ценностей могут происходить только в процессе мощного эмоционального напряжения, накала страстей, поэтому катарсис несет с собой очистительный эффект.

Из рассказа по рисунку «Я плачу, баба Галя умерла» следует, что Валя верит в воскрешение из мертвых и считает, что после смерти душа человека улетает на небо. Таким образом девочка стихийно отражает идеи христианства, согласно которым верующие могут обрести после смерти загробную жизнь - новое существование по ту сторону смерти [1]. По христианскому учению, душа после смерти как бы засыпает, но продолжает жить и помнить все, что с ней было. Девочка убеждена, что душа бабы Гали помнит обиды, нанесенные ей членами семьи («в дом не пускали», «на улице оставили»). Ей страшно, что душа либо на небо не уйдет, либо вернется обратно на землю, чтобы отомстить обидчикам («Страшно, что ее дух придет. Что она злиться будет, на небо не

уйдет. И я умру.»).

И здесь следует помнить, что важными идеями христианства, помимо воскресения, выступают покаяние и всепрощение. С позиции этой мировой религии, нет человека насквозь испорченного, а потому всегда есть надежда на возрождение, достигаемое покаянием. Покаяние происходит посредством исповеди, толчок, побуждение к которой - сомнение в своих нравственных устоях.

Эффект исповеди достигается путем повторного переживания греховности совершенных поступков и осознания пути для совершения поступков праведных. По механизму катарсиса, на фоне особым образом организованного и достаточно интимного общения исповедь создает условия для разрядки самых глубоких и травмирующих переживаний. Посредством покаяния через исповедь прошлое как бы стирается, вычеркивается, что в результате делает человека чище и добрее.

Проясняющие вопросы психолога по рисунку «Я плачу, баба Галя умерла» подводят Валю к исповеди – раскрытию тайных переживаний о вине семьи в смерти бабы Гали, которые усугубляются тем, что девочка не участвовала в процедуре похорон и не простилась с умершей бабушкой. Покаяние тесно связано с идеей всепрощения, любви не только к ближним, но и к врагам. Через всепрощение (отпущение грехов) человек примиряется с самим собой, восстанавливает самооценку, обретает надежду [1].

Создание специалистом условий для разговора девочки с умершей, взаимное прощение бабушки и внучки дает девочке утешение, надежду и, тем самым, частично стабилизирует состояние.

Отчуждение – это защитный механизм, связанный с отделением чувства от ситуации. Отчуждение приводит к распаду сознания: его единство дробится. Возникают как бы отдельные обособленные сознания, каждое из которых может обладать своими собственными восприятием, памятью, установками. Вследствие этого некоторые события воспринимаются дискретно, а эмоциональные связи между ними не актуализируются и, потому, не анализируются. Можно сказать, что отчуждение осуществляет защиту путем отстранения «Я» от той части личности, которая провоцирует непереносимые переживания.

Создание, а затем переструктурирование рисунка «Я плачу, баба Галя умерла», проведенное под руководством консультанта, предоставляет девочке возможность выйти за пределы психотравмирующей ситуации, взглянуть на нее со стороны, увидеть фигуры бабушки и внучки в разных «мирах» - «земном» и «небесном». Записанный Валею и озвученный затем специалистом разговор между девочкой и бабой Галей утверждает ребенка в том, что умершая бабушка останется на небе, что там ей хорошо и на землю она не вернется, что она всех прощает и желает всем добра. Ответное прощение внучки и пожелание умершей бабушке спокойной жизни на небе приводит к утешению и надежде.

И, наконец, для того чтобы вывести Валю из мира отрицательных переживаний, укрепить достигнутый эффект, сформировать позитивные иллюзии, направленно были использованы защитные механизмы *идентификации и ухода в мечты и фантазии*. Они позволили девочке реализовать в воображении радостные мечты и сформировать образ светлого будущего – стать певицей, выйти замуж за президента страны и жить со своим мужем и детьми в доме, где есть целых шесть комнат.

Заключение. Приведенный клинический случай иллюстрирует содержательные и технические возможности метода серийных рисунков и рассказов как

инструмента краткосрочной психологической помощи детям в ситуации переживания утраты. В соответствии с правилами кризисной терапии этот метод позволяет эффективно присоединиться к ребенку, вскрыть и помочь отреагировать психотравмирующие переживания. В то же время, применение метода серийных рисунков и рассказов – это только одно из многих звеньев процесса оказания психологической помощи пациенту и членам его семьи, осуществляемое по конкретным показаниям (облегчить присоединение, диагностировать психотравмирующие переживания, создать условия для их отреагирования и отчуждения и пр.).

ЛИТЕРАТУРА

1. Грановская Р.М. Психология веры. – СПб.: Речь, 2004. – 576 с.
2. Грановская Р.М., Никольская И.М. Защита личности: психологические механизмы. – СПб.: Знание. – 1999. – 352 с.
3. Исаев Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста. – СПб.: Специальная литература, 1996. – 454 с.
4. Калашникова М.Е. Психологическая помощь детям, пережившим смерть или тяжелую болезнь члена семьи // Вопросы психического здоровья детей и подростков. Научно-практический журнал психиатрии, психологии, психотерапии и смежных дисциплин – 2009 (9). - № 2. – С. 117-120.
5. Никольская И.М. Метод серийных рисунков и рассказов // Психотерпия. Ежемесячный научно-практический журнал. – 2008.- № 12 (72). – С. 34-40.
6. Никольская И.М. Метод серийных рисунков и рассказов – новая арт-терапевтическая технология (лекция) // Вопросы психического здоровья детей и подростков. Научно-практический журнал психиатрии, психологии, психотерапии и смежных дисциплин. – 2010 (10). - № 2. – С. 13-28; 2011 (11), № 1. – С.11-23.
7. 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.
8. Перре М., Лайрейтер А.-Р., Бауманн У. Стресс и копинг как факторы влияния // Клиническая психология / Под ред. М. Перре, У. Бауманна. – СПб.: Питер 2002. – С. 358-392.
9. Фрейд З. Печаль и меланхолия // Психология эмоций. Тексты / Под ред. В.К. Вилонаса, Ю.Б. Гиппенрейтер. – М.: Изд-во МГУ, 1984. – С. 215-223.

Н.Ю. Оганесян, Д.В. Назарова, А. В. Поляринова, Е.В. Попова, Д.С. Михайлова
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕХНИК ТАНЦЕВАЛЬНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ
ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
РАЗЛИЧНЫХ НОЗОЛОГИЧЕСКИХ ГРУПП

Психиатрическая больница № 3 им. И.И. Скворцова–Степанова, Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена, школа-интернат № 1 им. К.К. Грота для слепых и слабовидящих детей Красногвардейского района (Санкт-Петербург), Челябинский государственный университет (Челябинск)

Танцевально-двигательная терапия (ТДТ) у детей и подростков различных нозологических групп включает в себя такие художественные формы, как танец, живопись, музыка, драма, которые включают в себя элемент игры и тем самым способствуют развитию спонтанности ребенка, укреплению самооценки, способности более глубоко чувствовать и переживать проблемы и комплексы, которые не были отреагированы ранее [8, 9, 10]. В ТДТ велика роль личностного подхода, так как главная задача танцевального терапевта - не только раскрытие на невербальном уровне индивидуальных особенностей ребенка, но и коррекция его нарушенных взаимоотношений с окружающим миром [8, 13].

Основные техники ТДТ – это параллели, интерпретации известных психотерапевтических техник на языке движения и танца. Можно проследить несколько таких параллелей: присоединение по позе и дыханию в НЛП - присоединение по позе и движению или кинестетическая эмпатия в танцевальной терапии; преувеличение, усиление чувства и его выражения в гештальт-терапии - оформление, преувеличение определенного движения в процессе танцевальной сессии, развитие темы в действии; работа с мышечными блоками и последовательностями сложно координированных действий в телесно-ориентированной терапии - освоение от напряжения, расширение диапазона движений в ТДТ. [4, 8].

Использование этих приемов в работе с детьми позволяет решить проблемы, возникающие в процессе их межличностного взаимодействия. Так, кинестетическая эмпатия, то есть эмпатическое принятие партнера посредством «отзеркаливания» его движений, - способствует развитию эмоциональной сферы ребенка. Благодаря использованию данной техники в процессе ТДТ ребенок обучается на невербальном уровне чувствовать состояние партнера, своевременно реагировать на его жесты, движения, мимику, а также адекватными средствами выражать собственные чувства. Ритмическая групповая активность, представляющая собой совместное движение членов группы под единый ритм, использование кругового группового танца позволяют создать атмосферу внутригруппового единства, формируют у детей положительное отношение к сотрудничеству. Приобретенный в процессе ТДТ позитивный опыт межличностного взаимодействия позволяет сохранить теплые, доброжелательные отношения между детьми и после окончания работы. Групповой танец предполагает неблизкую дистанцию и взаимопересекающиеся персональные пространства партнеров, что рассматривается как реализация внутригрупповых отношений.

Одной из основных техник ТДТ выступает работа с координацией движений. Именно развитие координации движений позволяет активизировать зоны коры головного мозга, отвечающие за речь и ассоциации, что особенно актуально для детей с заболеваниями аутистического спектра. Индивидуальный танец, реализуемый в одиночестве, без обращенности к реальному или вообра-

жаемому партнеру, рассматривается как аутокоммуникация, основная цель которой – самопознание и саморегуляция.

ТДТ дает возможность детям познакомиться с большим количеством разнообразных движений, не похожих на их собственные формы самовыражения. Осознать свои реальные отношения к группе, к себе, к конкретным другим, к миру в целом, а также причины этих отношений. Расширение двигательного репертуара детей, возможность свободной танцевальной импровизации как способа самовыражения и выражения отношений позитивно влияют на самооценку ребенка, развивая его творческий потенциал и уверенность в себе.

В данной статье мы представляем исследования особенностей проведения и влияния ТДТ на психомоторику детей и подростков 4-х танцевальных терапевтов, представителей Санкт-Петербургской школы танцевально-двигательной терапии (www.spbadmt.ru) прошедших обучение в РГПУ им. А.И. Герцена и ИПП ИМАТОН, проведенные в разное время. Это дети: 1) с нарушениями опорно-двигательного аппарата (детским церебральным параличом – ДЦП); 2) нарушением зрения; 3) ранним детским аутизмом и синдромом Дауна; 4) подростки школьного возраста:

1. Танцевально-двигательная терапия учащихся с нарушением опорно-двигательного аппарата. Психические нарушения при ДЦП обусловлены ранним органическим поражением головного мозга, ограничением двигательной активности, социальных контактов, а также условиями воспитания. Отрицательное воздействие на нервную систему может оказать психологическая обстановка в семье, невозможность полноценной игровой деятельности, педагогическая запущенность [14, 15].

Двигательные нарушения, ограничивающие предметно-практическую деятельность, затрудняющие развитие самостоятельного передвижения и навыков самообслуживания, ставят больного ДЦП с первых лет жизни в почти полную зависимость от окружающих взрослых. Это способствует формированию у него пассивности, безынициативности, нарушает становление мотивационной сферы. Таким образом, двигательные расстройства у детей с ДЦП отрицательно влияют на весь ход их психического развития [17]. Кроме того, при ДЦП имеют место нарушения эмоционально-волевой сферы, поведения, интеллекта, речи, зрения и слуха, связанные с ранним органическим поражением головного мозга. Нередко отмечается задержанное развитие по типу психического инфантилизма. В своих поступках дети в основном руководствуются эмоциями удовольствия, они эгоцентричны, волевые усилия недостаточны. Больные эмоционально неустойчивы, легко истощаемы, инертны, отмечаются ранние проявления сексуальности. Наблюдается дисгармония развития личности с неустойчивым настроением и сложной школьной и социальной адаптацией [16]. Главная проблема больных с двигательными нарушениями - сниженная функция понимания возможностей своего тела или его частей. У некоторых больных само движение может вызывать боль, поэтому они очень пассивны в своих мотивациях двигаться [15].

Подготовка и составление программ индивидуальных танцевально-терапевтических сессий для учащихся с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата требуют: изучения медицинской карты учащегося; учета индивидуальных особенностей и степени заболевания опорно-двигательного аппарата; учета степени сохранности двигательных функций; знания особенностей развития познавательной деятельности и возможности психических нарушений; знания о наличии вторичных и сопутствующих заболеваний.

С учетом специфики работы с данной нозологической группой программа индивидуальных танцевально-терапевтических сессий наряду с техниками танцевально-двигательной терапии обязательно включает упражнения лечебной физической культуры (ЛФК), направленные на решение ряда важных задач: 1. Нормализация дыхательной функции. 2. Коррекция осанки. 3. Нормализация произвольных движений в суставах верхних и нижних конечностей. 4. Коррекция мелкой моторики рук. 5. Коррекция сенсорных расстройств. 6. Активизация психических процессов и познавательной деятельности.

Методика занятий индивидуальной ТДТ с учащимися с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата была апробирована на базе специальной коррекционной школы «Озерки» VI вида г. Санкт-Петербурга. Всего в ней участвовали 24 ученика 12-14 лет. Длительность занятия - 1 час два раза в неделю.

Для исследования динамики психоэмоционального состояния учащихся с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата в до и после участия в индивидуальной ТДТ была разработана следующая программа: 1. Первичная диагностика; 2. Составление коррекционной программы индивидуальных танцевально-двигательных терапевтических сессий для учащихся с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата, включающей ЛФК и танцы на колясках; 4. Проведение индивидуальной (5 сессий) и групповой (5 сессий) форм танцевально-двигательной терапии; 4. Итоговая диагностика. Ввиду индивидуальных особенностей заболевания статистический анализ данных не проводился.

С учетом специфики работы с данной нозологической группой программа индивидуальных танцевально-терапевтических сессий включала элементы адаптивной физической культуры, направленных на решение задач по повышению уровня двигательной активности. Введение в программу групповой ТДТ танцев на колясках позволяло детям почувствовать особенности движения в пространстве, ощутить радость от эмоционального наполнения танцевального пространства в групповом взаимодействии.

В результате проведения индивидуальных терапевтических сессий у учащихся улучшилось общее самочувствие и состояние, отмечалось преобладание позитивного фона настроения, повысилась степень удовлетворенности жизнью, снизился уровень общей личностной тревожности. Увеличился объем активных движений, которые приобрели силу, пространственную динамику, стали более вариативными. Улучшилось объединение тела и движений, дети стали задействовать больше частей тела. Появились новые направления движений в танце, улучшилась ритмичность движений. Снизилось критическое отношение к своей внешности при улучшении понимания себя.

Таким образом, занятия ТДТ активно влияют на расширение двигательных возможностей учащихся с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата, помогают удовлетворить естественную потребность в движении и коммуникации, необходимую для полноценного уровня жизнедеятельности, улучшают активность и уверенность в себе.

2. Танцевально-двигательная терапия учащихся с нарушениями зрения.

Работа проводилась на базе школы-интерната № 1 им. К. К. Грота Красногвардейского района г. Санкт-Петербурга. В ней приняли участие младшие школьники с нарушениями зрения (слепые и слабовидящие), всего 20 человек, обучающиеся по общеобразовательной программе коррекционной школы III-IV вида. Дети были записаны на занятия танцевально-двигательной терапией по желанию. Группы формировались на основании выраженности зрительного дефекта.

Занятия со слепыми и слабовидящими детьми проводятся в разных группах, с опорой на различные анализаторы. На занятиях со слепыми детьми ведущими являются слуховой и тактильный/кинестетический анализаторы. При работе со слабовидящими детьми используется также зрительный анализатор. Занятия строятся в игровой форме. [5, 6, 7]. Все комплексы танцевальных упражнений выполняются под специально подобранную музыку, используются предметы – мячи, платки, кастаньеты.

При построении занятий мы придерживаемся следующих основных принципов. 1. Проведение занятий в игровой форме в виде законченных сюжетных композиций. 2. Побуждение детей к эмоциональному самовыражению и двигательному творчеству через игру. 3. Активная роль преподавателя на занятиях. 4. Одобрение и поддержка танцевальным терапевтом детей, которые предлагают новые танцевальные композиции, состоящие из танцевальных элементов и ритмических упражнений. 5. Разучивание детских танцев.

Основная цель работы со слепыми детьми состояла в том, чтобы, развивая координацию движений и чувство ритма, научить их двигаться под музыку в пространстве, а впоследствии выйти на уровень рефлексии в движении и танце. Со слабовидящими детьми – разучивать простые *танцы*, отвечающие различным эмоциональным состояниям, позволяющим впоследствии с помощью танца-импровизации свободно выражать те или эмоции.

Всего с испытуемыми детьми было проведено 10 занятий, длительность занятия – 40 минут, частота - 2 раз в неделю. Каждое занятие включало подготовительную (5-10 мин.), основную (20-30 мин.) и заключительную части (10 мин.).

В подготовительной части занятия (коррекционная гимнастика) осуществляется начальная организация детей, сосредоточение их внимания. Решаются задачи функциональной подготовки организма детей к предстоящей работе в основной части занятия. В процессе выполнения различных упражнений коррекционной гимнастики могут решаться и частные лечебно-профилактические задачи.

В основной части занятия решаются задачи общей и специальной направленности средствами танца, детям предлагаются движения под музыку различных танцевальных стилей, отрабатывается согласованность движений с музыкой. В связи с тем что на основную часть занятия приходится большая часть физической нагрузки, для ее уменьшения на начальном этапе и с учетом состояния ребенка используются облегченные исходные положения (сидя, в упорах), дополнительная опора (у стенки). Занятия проводятся совместно танцевальным терапевтом и педагогом-психологом. Время выполнения упражнений на начальном этапе более краткое, а время отдыха – наоборот, более длительное. По мере повышения уровня тренированности время на выполнение упражнений увеличивается.

В заключительной части решаются задачи восстановления сил организма, используются техники релаксации и обратной связи.

Результативность занятий. У 80% школьников с нарушением зрения во время занятий наблюдалось расширение границ пространства, улучшение ориентировки в замкнутом пространстве. Улучшилось общее физическое самочувствие испытуемых. Если до начала психотерапии жалобы на усталость выражали 56,7% занимающихся детей, то после ее завершения - лишь 13,3%.

В процессе ТДГ дети со зрительными нарушениями становятся более активными, мобильными, выносливыми, быстрее адаптирующимися в новых условиях, их движения - более точными, когда отбрасывается все лишнее и не-

нужное. Для незрячего ребенка движение и танец носят двоякий смысл: во-первых, танцевальное движение выступает как познавательный компонент, во-вторых, как реализация возможностей незрячего адаптироваться и функционировать в окружающей среде. И, в-третьих, целенаправленно используемый в терапевтической работе со слепым и слабовидящим ребенком танец выступает как инструмент коррекции последствий социальной и сенсорной депривации, инструмент работы с эмоциональными состояниями, самовыражением.

Таким образом, в ТДТ через оздоравливающую роль движений осуществляются попытка к эмоциональному восприятию себя в новом качестве, попытка отношения к себе как к полноценной личности и восстановления психологического комфорта в обществе, что является одним из важнейших условий реабилитации и социальной интеграции инвалидов по зрению. [7].

3. Танцевально-двигательная терапия детей с ранним детским аутизмом и синдромом Дауна. При работе с детьми с диагнозом РДА существуют определенные трудности, основные из которых связаны с неспособностью детей к установлению эмоциональных связей, сложностями в общении, нарушением речевого развития [2]. Что касается детей с синдромом Дауна (СД), то их поведение незначительно отличается от поведения других детей. Определенные стадии развития могут начинаться позже и длиться дольше. Основные трудности детей связаны с социальной адаптацией.

Цель исследования состояла в изучении возможностей применения ТДТ у детей с данными особенностями развития. Гипотеза состояла в том, что ТДТ может быть эффективна как метод реабилитации детей с РДА и СД, поскольку использует невербальные методы коммуникации, которые помогают расширить выразительный мир ребенка, имеющего проблемы в общении и социальном взаимодействии.

Объект исследования – дети с РДА и дети с СД (всего 24 человека), средний возраст – 5 лет, проходившие реабилитацию в социально-реабилитационном центре «Звездный дождь» г. Челябинска.

В процессе проведения танцевально-двигательных сессий с детьми с РДА использовались техники, позволяющие быстрее преодолевать трудности в установлении контакта и эмоциональных связей, способствующие успешному взаимодействию с ребенком при нарушении речевого развития, осознанию им телесной картины, помогающие ему взаимодействовать, учиться коммуникации [9].

1. Наблюдение за поведением ребенка. Дети с РДА тонко чувствуют каждое действие, направленное в их сторону, имеют нестандартные реакции на сенсорные сигналы. Первичное наблюдение необходимо, чтобы понять особенности конкретного ребенка, его телесные характеристики (двигательный аппарат и двигательный репертуар, степень развития координации, моторики). Последующее наблюдение позволяет определить, насколько быстро готов ребенок усваивать предложенные ему темы, способен выполнять определенные упражнения, движения. На основе наблюдения за картиной тела выбираются танцевально-терапевтические техники.

2. Установление невербального контакта и изменение настроения в положительную сторону. Установление контакта происходит через присоединение, когда терапевт, следуя за ребенком и вместе с ним, начинает выполнять его движения. Или присоединение может осуществляться через заинтересованность ребенка действиями терапевта. Иногда присоединение происходит через посторонние предметы, что смягчает первый контакт. Изменить настроение в поло-

жительную сторону можно с помощью музыки, с помощью повторения любимых действий ребенка, даже если это стереотипные движения

3. Подбор движений для контакта и танца. На первых занятиях танцевальный терапевт, как правило, сам предлагает движения ребенку. Движения следует предлагать, ориентируясь на телесные особенности ребенка. Например, если он ходит на «цыпочках», то предлагаются движения, позволяющие ребенку «непроизвольно» опускаться на всю стопу. Если слабо развита мелкая моторика, можно использовать упражнения с кистями, пальцами рук. Можно предложить ребенку движения, которые он будет показывать, желая выразить состояния, – нравится/не нравится, хорошо/плохо. Это обычно делается при нарушении речевой коммуникации. Для повышения степени комфортности и доверия полезны упражнения на полу. Предлагаемые движения могут меняться от быстрых к медленным, от резких к плавным. Лучше, если на занятии будут ритуалы, которые позволят сохранить эмоциональный фон для ребенка. Несмотря на то что структура занятия может быть одна и та же, внутри него движения и упражнения должны меняться в зависимости от текущих целей. Главное – это следовать за ребенком, чтобы не вызвать неадекватную реакцию на внезапно изменившийся привычный порядок.

4. Развитие двигательного репертуара. С детьми двигательный репертуар лучше развивать через образы. Например, сначала показывать короткие видео или картинки и обращать внимание на то, как изображенные персонажи двигаются, какими частями тела. Далее следует перенести это на практику и вместе с ребенком повторять увиденное. Или последовательно работать с каждой частью тела, а потом соединить в общую картину. Например, уделить внимание рукам – как они могут танцевать, какие движения ими можно сделать, затем пофантазировать и представить свои руки в виде другого образа. Отразить, как можно разговаривать руками. И так со всеми частями тела. Можно использовать рисунок. Важно уделить внимание телесной картине – у большинства детей плохое телесное осознание, они не могут определить, где какая часть тела находится, не могут на себе ее показать. Телесные упражнения помогают понять собственное тело, его границы.

5. Работа с разными эмоциями происходит через имитацию эмоций животных, героев из мультфильмов. Можно задавать эмоцию, чтобы ребенок угадал ее, или вместе с ним проигрывать и изображать героев разных мультфильмов. Эту технику использовать необходимо после установления контакта, телесной проработки, поскольку с аутистами выйти на эмоции получается не быстро.

6. Игра с предметами и имитация животных. Предметы могут использоваться как для развития двигательного репертуара, так и для развития координации движений, моторики, обучению взаимодействию с другими людьми. Предметами могут выступать платки, мячи, игрушки, обручи. Имитация животных предполагает имитацию движений животных для развития двигательного репертуара, укреплению мышц, стимуляции общения [11].

Все техники тесно связаны между собой, иногда границы не могут быть четко видны – одна переходит в другую, важно импровизировать, отталкиваясь от индивидуальной особенности ребенка!

Наш опыт показывает, что ТДТ – эффективный метод работе с детьми с особенностями развития. С помощью невербального метода коммуникации с ребенком быстрее устанавливается контакт, он быстрее раскрывается, что способствует успешному достижению целей реабилитационного процесса.

Детей с СД можно включать в групповые занятия быстрее, чем детей с аутизмом. Но это зависит от степени результативности ребенка в процессе индивидуальной работы с ним. При этом необходим качественный анализ, основанный на описании проведения сессий и индивидуальных задач работы с каждым ребенком.

4. Танцевально-двигательная терапия в профилактике агрессивного поведения подростков. Специфической особенностью агрессивного поведения подростков в возрасте 14-15 лет является зависимость от группы сверстников, потребность в самоутверждении, поиске способов выражения чувств и эмоций, которые, порой, не находя адекватного выхода, принимают деструктивные формы [1].

Актуальность рассмотрения танцевально-двигательного тренинга как метода профилактики агрессивного поведения обусловлена повышенным интересом к различным видам танца со стороны подростков и спецификой их возрастных потребностей, характеризующихся, в частности, поиском форм установления новых и эффективных взаимоотношений с окружающими, приобретением навыков регуляции своего эмоционального состояния, релаксации, утверждения себя как значимого члена группы [3].

Нами разработана и проведена программа танцевально-двигательного тренинга, направленного на профилактику агрессивного поведения подростков. В тренинге приняли участие подростки 14-15 лет в количестве 30 человек, учащиеся общеобразовательных школ города Санкт-Петербурга. Тренинг включал пять занятий длительностью 4,5 часа. Основная группа численностью 30 человек была разделена на 3 малые группы. Контрольную группу составили 30 человек, с которыми не проводился танцевально-двигательный тренинг. Программа танцевально-двигательного тренинга включала в себя упражнения, направленные на актуализацию и изменение отношений в группе, развитие членов группы как субъектов отношений, оптимизацию социально-психологического климата, снижение тревожности и агрессивности путем отреагирования чувств и отношений; снижение уровня тревожности путем получения навыков эффективной релаксации; развитие чувствительности к разнообразным проявлениям личности другого человека [18, 19].

В разминочной части использовались техники body jazz, танец частей тела, базовые движения современных танцевальных направлений. В основной части использовались: групповой танец, индивидуальный спонтанный танец; танцевальная импровизация на заданную тему; танец в паре; групповой круговой танец; кинестетическая эмпатия; ритмическая групповая активность; работа с предметом (в парах, и индивидуально). В заключительной части использовались: релаксация по Джекобсону, работа с телесными зажимами. Также в занятии использовались различные виды обратной связи.

До начала танцевально-двигательного тренинга и в конце была проведена диагностика уровня ситуативной и личностной тревожности (опросник Спилбергера-Ханина), агрессии и враждебности (опросник Басса-Дарки), и осознваемого отношения в группе (методика Столина-Шкурко, рисуночный тест «Я и группа»). Те же измерения были проведены в контрольной группе с интервалом, равным продолжительности танцевально-двигательного тренинга. По результатам исследования в основной группе после тренинга было выявлено снижение уровня ситуативной тревожности у 100% испытуемых, личностной – у 89%, снижение агрессии и враждебности – у 83%. Также в основной группе отмечалось повышение интенсивности симпатии, близости и уважения друг к

другу, сплочения, наблюдалась оптимизация отношений в танцевально-двигательных группах. Математический анализ полученных результатов показал их достоверность. В контрольной группе при повторном срезе изменения уровня тревожности, агрессии, враждебности, и осознаваемых отношений в группе были незначительны и посредством математической обработки были признаны случайными. Таким образом, танцевально-двигательный тренинг может рассматриваться как метод профилактики агрессивного поведения подростков, что происходит за счет снижения уровня агрессии, враждебности, тревожности и актуализации эффективных отношений в подростковых группах

В заключение необходимо отметить, что техники ТДТ могут применяться в работе с детьми и подростками различных нозологических групп. Структура проведения танцевально-двигательных сессий зависит от актуального состояния детей и строится в учетом их психофизиологической и психоэмоциональной проблематики. Для проведения ТДТ психологи, социальные работники или врачи должны пройти соответствующее обучение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бандура А. Подростковая агрессия. – М.: Эскмо, 2009. – 510 с.
2. Захаров А. И. Игра как способ преодоления неврозов у детей. – СПб.: КАРО, 2006. – 416 с.
3. Змановская Е. Девиантология: психология отклоняющегося поведения: учебное пособие. - СПб., 2001. – 288 с.
4. Козлов В. В., Гиршон А. Е., Веремеенко Н. И. Интегративная танцевально-двигательная терапия. Издание 2-е. – СПб.: Речь, 2006. – 179 с.
5. Литвак А. Г. Психология слепых и слабовидящих: Учебное пособие. – СПб.: Издательство РГПУ им. А.И. Герцена, 1998. – 336 с.
6. Матвеев В. Ф. Психические нарушения при дефектах зрения и слуха. – М.: 1987. – 184 с.
7. Никулина И. Н. Развитие самооценки школьников с нарушениями зрения: Учебно-методическое пособие. – СПб.: КАРО, 2008. – 240 с.
8. Наталия Оганесян, Эрн Грёнлюнд. Танцевальная терапия. Теория, методика, практика. – СПб.: Речь, 2004, - 285 с.
9. Оганесян Н.Ю., Ордина М.Ю., Эйдемиллер Э.Г. Танцевальная терапия при нервно-психических расстройствах у детей и подростков мужского пола // Актуальные вопросы детской социальной и клинической психиатрии, психологии и психопрофилактики: Материалы научно-практической конференции. – СПб., 2002. - С. 37-42.
10. Оганесян Н.Ю. Танцевальная терапия как один из способов снятия стрессов и профилактики психосоматических заболеваний у детей школьного возраста // Региональная научно-практическая конференция по детской психиатрии, психотерапии и психологии «Кризис и школа». – СПб., 2003. - С. 54-58.
11. Оганесян Н.Ю. Танцевальная игра как одна из частей танцевальной терапии // Адаптивная физическая культура. –2003, № 3. - С. 11-17.
12. Оганесян Н.Ю. Танцевальная терапия в реабилитации психотических расстройств. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата психологических наук. – СПб, 2005. - 18 с.
13. Оганесян Н.Ю., Мавлявиева Л.И., Толошинова Д.Ю., Танцевальная терапия как новый метод в реабилитации инвалидов // Комплексная реабилитация больных и инвалидов. – 2010. - № 4 (12). - С. 66–71.
14. Мастюкова Е. М. Физическое воспитание детей с церебральным параличом:

Младенческий, ранний и дошкольный возраст. – М.: Просвещение, 1991. – 159 с..

15. Потапчук А. А. Методика адаптивной физической культуры при детском церебральном параличе. Частные методики адаптивной физической культуры: Учебное пособие / Под ред. Л.В. Шапковой – М.: Советский спорт, 2003. – 464 с.

16. Толошинова Д. Ю. Динамика эмоциональных состояний у детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата в процессе танцевальной терапии // Психология и педагогика в инновационных процессах современного образования: Материалы Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 210-летию Герценовского университета и 10-летию психолого-педагогического факультета. – СПб.: Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 2008. – С. 172.

17. Физическая реабилитация инвалидов с поражением опорно-двигательной системы: Учебное пособие / С.П. Евсеев, С.Ф. Курдыбайло, А.И. Малышев и др. / под ред. С.П. Евсеева, С.Ф. Курдыбайло. – М.: Советский спорт, 2010. – 488 с.

18. Шкурко Т.А. Танцевально-экспрессивный тренинг. – СПб.: Речь, 2002. – 192 с.

19. Шкурко Т.А. Программа танцевально-экспрессивного тренинга и комментарии к ней. Методические указания. – Ростов-на-Дону, 2004. – 197 с.

Е.А. Брецких

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ СЕМЕЙ, ПРИНИМАЮЩИХ РЕШЕНИЕ ВОСПИТЫВАТЬ ПРИЕМНОГО РЕБЕНКА

Специализированный дом ребенка для детей с органическим поражением центральной нервной системы с нарушением психики (Петрозаводск).

Аннотация. В статье описаны этапы, задачи, содержание и результаты аналитико-системного психологического сопровождения семей, выразивших желание воспитывать приемного ребенка.

Ключевые слова: интернатное учреждение, приемный ребенок, психологическое сопровождение.

Актуальность. Одно из мероприятий профилактики социального сиротства в России — устройство детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в семью на формы, предусмотренные Семейным кодексом РФ: усыновление (удочерение), опека (попечительство), приемная семья (патронатное воспитание). Ежегодно число семей, выразивших желание воспитывать приемного ребенка, растет, и одновременно растет число возвратов приемных детей в учреждения интернатного типа. Утвержденная Минобрнауки РФ «Примерная программа подготовки граждан...», желающих принять ребенка в семью, к сожалению, не дифференцирована по формам устройства (усыновление или временные формы), не учитывает их мотивацию. Уникальность отечественных норм права (лишение родительских прав, тайна усыновления и разнообразие форм устройства) не позволяют полностью интегрировать зарубежный опыт в формы и методы работы с российскими кандидатами [7, 10]. Ситуацию усугубляет то, что воспитанники домов ребенка-кандидаты на формы устройства имеют отягощенный перинатальный анамнез и состояние их здоровья в процессе воспитания в интернатном учреждении имеет тенденцию к ухудшению. Частота

заболеваний среди детей домов ребенка в 2-4 раза выше, чем у детей, воспитывающихся в семьях: каждый второй ребенок (48,5%) отстает в физическом развитии, а 3/4 детей (75,2%) - в психическом [2, 4, 5, 6, 9]. По итогам диспансеризации воспитывающихся в учреждениях интернатного типа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в возрасте от 0 до 17 лет, второе место в структуре заболеваемости занимают психические расстройства [1].

В связи этим при подготовке кандидатов, желающих воспитывать приемного ребенка, важно предоставить им информацию не только о социальных факторах, показывающих причину определения детей в учреждения интернатного типа, но также о роли дизонтогенеза в формировании отклонений в состоянии их здоровья и физического развития, которые могут проявляться не только в раннем возрасте и в период школьного обучения, но также на последующих этапах жизнедеятельности.

Цель настоящего исследования – определить этапы, задачи, содержание и оценить результаты аналитико-системного семейного психологического сопровождения семей, принимающих решение воспитывать приемного ребенка [3].

В исследовании приняли участие 100 российских семей (всего 180 человек, из них мужчин - 82, женщин – 98), выразивших желание принять на воспитание ребенка, оставшегося без попечения родителей, а также 82 воспитанника из учреждений интернатного типа, переданных на воспитание в эти семьи на формы устройства, предусмотренные Семейным кодексом РФ.

Средний возраст кандидатов в усыновители (опекуны или приемные родители) - 38 лет. Уровень образования мужчин: высшее - 27,4%, среднее техническое - 19,3%, среднее специальное - 30,1%, среднее - 23,2%. Уровень образования женщин: высшее - 58,2%, среднее техническое - 5,1%, среднее специальное - 29,6%, среднее - 7,3%. Среди кандидатов, пожелавших воспитывать приемного ребенка, 73,0% состояли в браке, 7,0% - в фактически брачных отношениях (сожительство), и 20,0% составили одинокие женщины (мужчины). Средняя длительность нахождения в браке - 11 лет.

Средний возраст обследованных детей, кандидатов на усыновление (удочерение) и на временные формы устройства в семью (опека и попечительство) составил 22,2 месяца (у мальчиков 16,7 месяца, у девочек 25,7 месяца). Все дети являлись воспитанниками ГУЗ «Специализированный дом ребенка для детей с органическим поражением ЦНС с нарушением психики» г. Петрозаводска.

Модель и методики исследования.

В исследовании использовалась модель аналитико-системного семейного сопровождения, основанная на оригинальной модели аналитико-системной семейной психотерапии Э.Г. Эйдемиллера и Н.В. Александровой [11]. В теоретическом плане аналитико-системное психологическое сопровождение – это синтез парадигм психоанализа, а также системного и нарративного подходов. Дать психоанализу в теоретическом и технологическом планах является исследование исторического прошлого семьи в целом и ее членов в отдельности, системы их отношений внутри и межличностного пространства, особенностей прохождения фаз жизненного цикла. В соответствии с основными положениями системного и семейного подходов идет разбор и психокоррекция личностных и межличностных проблем, семейных правил и мифов, границ и подсистем, последовательность взаимодействий. Использование нарративного подхода позволяет сосредоточить усилия на описании, восстановлении, соединении когнитивного, эмоционального и поведенческого компонентов семейных взаимоотно-

ношений [11].

В технологическом плане аналитико-системное психологическое сопровождение — это процесс системной помощи, заключающийся в информационном обеспечении, психологической диагностике кандидатов и диагностике функционирования их семейной системы, изучении мотивов принятия решения о воспитании приемного ребенка, а также в психологической коррекции взаимоотношений на разных стадиях жизненного цикла семьи, ожидающей или воспитывающей приемного ребенка. Работа базируется на принципах циркулярности, гипотетичности и нейтральности.

Психологическое обследование взрослых включало полуструктурированное интервью, заполнение авторской анкеты кандидата (в усыновители, опекуны, приемные родители), исследование самооценки по методике Дембо-Рубинштейн, определение уровня внутрисемейной дизадаптации по методике «Незавершенные предложения» Дж. Сакса и С. Леви; семейную психологическую диагностику с использованием графических методик «семейная генограмма», «семейная социограмма» и опросника В. Юстицкиса и Э.Г. Эйдемиллера АСВ (Анализ семейных взаимоотношений). Нервно-психическое развитие детей оценивалось с помощью методики «Линии нервно-психического развития детей от 3-х месяцев до 3-х лет» [8, 11, 12].

Результаты исследования

Нами определены следующие задачи аналитико-системного семейного сопровождения семей, принимающих решение воспитывать приемных детей, на четырех его последовательных этапах: информационном, психодиагностическом, психокоррекционном, экологической проверки.

Задачи информационного этапа включают расширение представлений кандидатов:

- о формах устройства детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в семью, предусмотренных Семейным кодексом РФ (преимущества и недостатки);
- об особенностях физического и психического здоровья воспитанников учреждений интернатного типа в сравнении с домашними детьми;
- об особенностях формирования личности воспитанников интернатного учреждения и их потребности иметь информацию о своем происхождении и появлении данной в семье,
- об отношении к тайне усыновления.

Задачи диагностического этапа включают проведение психологического исследования:

- характеристика кандидатов (в усыновители, опекуны, приемные родители);
- особенностей функционирования их семейной системы;
- исследование мотивов принятия решения воспитывать приемного ребенка.

Задачи психокоррекционного этапа включают:

- обсуждение результатов психологического исследования;
- создание ситуаций фрустрации с целью инициировать переход семьи на более сложный уровень функционирования, а так же редукцию и коррекцию мотивов воспитывать приемного ребенка.

Задачи этапа экологической проверки:

- проговаривание кандидатами и обсуждение семейной легенды, связанной с появлением в их семье приемного ребенка;

- психологическое исследование кандидатов для оценки динамики психологических и семейных показателей после аналитико-системного семейного психологического сопровождения;
- повторное психологическое консультирование семей после принятия ребенка в семью по их индивидуальным запросам.

Рассмотрим содержательное наполнение данных этапов более подробно.

На информационном этапе работы кандидатам (в усыновители, опекуны, приемные родители) предоставляется информация о формах устройства в семью детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, предусмотренных Семейным кодексом РФ. Несмотря на разнообразие форм устройства и их выбор по желанию кандидатов, сегодня можно говорить о преимуществах и недостатках каждой из них как для самого ребенка, так и для его новых родителей и для общества в целом.

Кроме того, на данном этапе кандидатов, выразивших желание воспитывать приемного ребенка, подробно информируют о состоянии физического и психического здоровья детей-кандидатов на формы устройства в семью, имеющих различные варианты дизонтогенеза. Проведенное нами психологическое исследование 82 детей-кандидатов на различные формы устройства с помощью методики «Линии нервно-психического развития детей от 3-х месяцев до 3-х лет» показало, что вследствиеотягощенного перинатального и социального анамнеза, наличия определенного клинического диагноза, условий жизни в учреждении интернатного типа у 92,7% из них уровень нервно-психического развития оказался ниже возрастной нормы. Уровень развития в пределах нормы определился только у 7,3% детей в возрасте до 5 месяцев, которые пребывали в стационаре и Доме ребенка очень короткий срок и были быстро устроены в семью.

Особое значение на данном этапе уделяется обсуждению нормы права, предусмотренной ст.139 Семейного кодекса РФ, - тайне усыновления. Кандидатов информируют о том, что если в семье существует тайна, то любой ребенок будет испытывать дискомфорт. Своим молчанием родители как бы транслируют ребенку, что есть нечто в их семье и в его детской истории, чего надо стыдиться. Ребенок чрезвычайно чувствителен к состоянию родителей. Он чувствует недоговоренность и родительскую тревогу. Тайну усыновления, которой так дорожат приемные родители, ребенок будет воспринимать как ложь и предательство, и это будет являться для него повторной психической травмой. Обычно особенно остро данная проблема возникает в подростковом возрасте.

Практическое значение информационного этапа работы заключается в повышении уровня компетентности кандидатов, а также их самостоятельных выводах об ожиданиях относительно приемного ребенка и своих намерениях.

На диагностическом этапе сопровождения проводится психологическое исследование кандидатов (в усыновители, опекуны, приемные родители) **и их семейной системы.**

Проведенное нами психологическое исследование обнаружило следующее.

По данным анкетирования, на момент принятия решения воспитывать приемного ребенка 53,0% семей не имели детей, 28,0% имели родных детей и 19,0% уже имели опыт воспитания приемного ребенка.

У 35,0% семей кандидатов не имелось объективных причин, препятствующих рождению детей. В 65,0% семей такие причины имели место, вследствие чего супруги обращались к альтернативным способам появления ребенка в семье: в

1,0% случаев - к суррогатному материнству, в 28,0% - к экстракорпоральному оплодотворению с отрицательным результатом. 13,0% семей имели положительный опыт воспитания в семье приемного ребенка (независимо от формы устройства). 58,0% семей кандидатов не обращались к альтернативной помощи.

Результаты диагностики уровня внутриличностной дизадаптации по методике «Незавершенные предложения» показали, что ее уровень находится выше нормы у 46,0% мужчин и у 57,0% женщин, ниже нормы - у 6,0% мужчин и 7,0% женщин. Высокие значения указывали на высокий уровень тревоги, низкие значения - на наличии у кандидатов эйфории [12].

В 85,0% случаев инициатором решения об усыновлении ребенка выступала женщина, в 13,0% - мужчина, в 2,0% семей - другие лица (дети, ближайшие родственники). Средняя длительность принятия решения о приеме ребенка в семью составила 18 месяцев. В табл. 1 представлена частота мотивов принятия решения воспитывать приемного ребенка у исследованных мужчин и женщин до психологического сопровождения.

Таблица 1.

Частота мотивов принятия решения воспитывать приемного ребенка у испытуемых

Мотивы	Мужчины	Женщины
Поделиться любовью, сделать ребенка счастливым	8,5%	1,0%
Разрешение возрастного кризиса	1,2%	13,3%
Разрешение семейного кризиса	22,0%	14,3%
Разрешение детско-родительских отношений	1,2%	3,0%
Долженствование («в семье должны быть дети»)	29,3%	21,4%
Компенсация («нет возможности родить ребенка или реализовать в ребенке то, что сам не смог»)	11,0%	20,4%
Замена (смерть или гибель ребенка)	8,5%	8,2%
Материальная выгода	18,3%	18,4%
Итого:	100,0%	100,0%

Данные табл. 1 показывают, что самые частые мотивы мужчин - это мотивы долженствования и разрешения семейного кризиса, женщин - мотивы долженствования, компенсации и материальной выгоды. Все их нельзя признать конструктивными.

Исследование информированности кандидатов относительно тайны усыновления показало, что у 71,0% кандидатов не было определенности: чьи интересы тайна защищает и от кого ее надо сохранять. 18,0% кандидатов считали необходимым сохранять ее от всех, в том числе и от ребенка, 11,0% предпочитали тайну усыновления не сохранять, но как рассказать ребенку правду о его рождении и происхождении, в данной семье затруднились ответить.

Изучение стадии жизненного цикла семей кандидатов показало, что 16,0% из них находились на стадии добрачных отношений, 5,0% - на стадии «конфликты-компромиссы», 51% - зрелого супружеского холона, 10% - «опустевшего гнезда», 13,0% - «ренессанса отношений» [11]. Еще 5,0% находились в разводе. Обсуждение результатов диагностики показало, что у 84,0% семей кандидатов на момент обращения к психологическому сопровождению переживали

нормативный семейный кризис.

Анализ коммуникаций в семейной системе кандидатов, по данным семейной социогаммы, показал его разобщенный характер у мужчин в 57,3%, у женщин - в 44,9% случаев, нарушение границ - у мужчин в 17,1%, у женщин - в 26,5% случаев [8; 11] .

Исследование кандидатов по методике «Анализ семейных взаимоотношений» показал, что для ряда из них характерно патологизирующее воспитание в виде: гипопротекции (22,0% у мужчин и 6,1% у женщин), потворствующей гиперпротекции (19,5% у мужчин и 20,4% у женщин), доминирующей гиперпротекции (8,5% у мужчин и 28,6% у женщин), повышенной моральной ответственности (13,4% у мужчин и 10,2% у женщин).

Практическое значение диагностического этапа работы для медицинского психолога заключалось в сборе материала для последующего психокоррекционного этапа аналитико-системного семейного сопровождения.

На психокоррекционном этапе кандидаты (в усыновители, опекуны, приемные родители) **знакомятся с результатами психологического исследования** и вследствие этого осознают наличие кризиса в функционировании их семейной системы, одновременное присутствие конструктивных и неконструктивных мотивов в принятии решения воспитывать приемного ребенка, а также то, что приемные дети имеют особенности в состоянии физического здоровья, формировании психики и, как следствие, специфические особенности в поведении.

Практическое значение психокоррекционного этапа сопровождения заключается в использовании ресурсов личностных и семейной системы для реконструкции взаимоотношений, а также коррекции и редукции исходных мотивов в принятии решения воспитывать приемного ребенка.

Результаты повторного психологического исследования на **этапе экологической проверки** показало, что после аналитико-системного семейного психологического сопровождения у 100,0% кандидатов произошли расширение и систематизация представления о формах устройства в семью детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, особенностях их физического и нервно-психического развития, адаптационных возможностях детей и членов семьи. В 94,0% случаев кандидаты пересмотрели критерии, предъявляемые ими первоначально к приемному ребенку. 19,0% семей изменили отношение к своим возможностям воспитывать приемного ребенка. 81,0% кандидатов осуществил оформление различных формы устройства ребенка в семью, из них 92,6% кандидатов изменили свое первоначальное решение в сторону более приоритетной формы устройства.

Психологическое исследование кандидатов (в усыновители, опекуны, приемные родители) после аналитико-системного семейного психологического сопровождения показало, что у 91,7% кандидатов произошла реконструкция мотивации на воспитание приемного ребенка, в 92,0% - реконструкция отношений в семье. В табл. 2 отражены результаты коррекции мотивов у кандидатов после психологического сопровождения. Табл. 2 показывает, что у 90% кандидатов ведущим оказался конструктивный мотив «поделиться любовью, сделать ребенка счастливым». Изменилось отношение кандидатов к тайне усыновления - 78,0% успешно справились с заданием продумать семейную легенду о появлении ребенка в их семье и только 15,0% предпочитали сохранять тайну. Неопределенное отношение к тайне усыновления сохранилось у 7,0% семей.

Таблица 2.

Частота мотивов принятия решения воспитывать приемного ребенка у испытуемых после психологического сопровождения

Мотивы	Мужчины	Женщины
Поделиться любовью, сделать ребенка счастливым	90,2%	89,8%
Разрешение возрастного кризиса	0%	1,0%
Разрешение семейного кризиса	0%	0%
Разрешение детско-родительских отношений	0%	0%
Долженствование (в семье должны быть дети)	1,2%	0%
Компенсация (нет возможности родить ребенка или реализовать в ребенке то, что сам(а) не смог)	1,2%	2,0%
Замена (смерть или гибель ребенка)	0%	0%
Материальная выгода	7,4%	7,2%
Итого:	100,0%	100,0%

Отметим, что после принятия детей в семьи 54,0% из них обратились за психологической помощью повторно. Повторные запросы были следующими: трудности периода адаптации к ситуации появления в семье ребенка — 16,0%, особенности в поведении ребенка — 20,0%, осложнения в супружеской подсистеме — 9,0%, раскрытие тайны усыновления — 9,0%.

В 16,0% семей у приемных родителей возникало желание вернуть ребенка обратно в интернатное учреждение. Нами была установлена прямая умеренно выраженная корреляционная связь между решением вернуть ребенка и низкой самооценкой приемных родителей, высоким уровнем их внутриличностной дизадаптации и неконструктивными мотивами кандидатов «долженствования» и «материальной выгоды». Наиболее устойчивыми к психокоррекции оказались мотивы «замены», «материальной выгоды» и «долженствования», из них сложнее всего поддавался коррекции мотив «материальной выгоды».

24,0% семей выразили желание воспитывать второго приемного ребенка. В этих случаях нами была установлена прямая умеренно выраженная корреляционная связь между адекватной самооценкой кандидатов, нормативными значениями по шкале «внутриличностной дизадаптации», а также конструктивными мотивами - исходными и возникшими после редукции и коррекции.

Таким образом, аналитико-системное семейное психологическое сопровождение кандидатов, выразивших желание воспитывать приемного ребенка, позволяет провести комплексную работу по информационной подготовке, психологическому исследованию и коррекции кандидатов на принятие ребенка в семью, а также их повторному психологическому консультированию после принятия ребенка в семью.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бадина О.С. Об итогах диспансеризации детей-сирот, детей, оставшихся без попечения родителей, и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации // Материалы V Российского форума «Здоровье детей: профилактика социально-значимых заболеваний» - СПб., 2011. - 220 с.

2. Баранов А.А. Организация профилактической и лечебной работы в Домах ребенка // Методические рекомендации. Издание 2-е (дополненное и пере-

работанное). - М.: ПедиатрЪ, 2012. - 80 с.

3. Брецких Е.А. Исследование клинико-психологических особенностей семей, ожидающих и имеющих приемных детей (в связи с задачами аналитико-системного семейного психологического сопровождения) // Известия Российского Государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. - 2009. - № 102. - С. 341-348.

4. Волкова О.А., Чередниченко А.М. Оценка здоровья детей, воспитывающихся в условиях дома ребенка // Актуальные проблемы педиатрии. - М: 2007. - С. 139.

5. Кудина О.Е., Сенченко Г.В. Анализ анамнестических данных детей, оставшихся без попечения родителей, поступивших на первом году жизни в дома ребенка // Актуальные проблемы профилактики социального сиротства. - Иваново, 2008. - С.40-42.

6. Кузнецова Е.Ю. Состояние здоровья воспитанников домов ребенка и методы реабилитации // Актуальные проблемы педиатрии. - М: 2004. - С. 357.

7. Петровская Л. Как ты себя ведешь, или 10 шагов по изменению трудного поведения. Пособие для приемных родителей. - М.,: Студио-Диалог, 2010. - 96 с.

8. Пушина В.В., Никольская И.М. Семейная социограмма (в вариантах реальной и идеальной семьи). Учебное пособие. - Нижний Новгород, 2008. - 107 с.

9. Развитие и воспитание детей в домах ребенка. Учебное пособие для системы послевузовского профессионального образования врачей-педиатров / Под ред. В.А. Доскина, З.С. Макаровой. - М.: Владос-Пресс, 2007. - 375 с.

10. Терновская М.Ф. и др. Отчет о мониторинге и оценке деятельности опытно-экспериментальных площадок по устройству детей на воспитание в семью. Часть 1 и 2. - М.: Слово, 2003. - 223 с. (ч.1), 216 с. (ч.2).

11. Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. - СПб.: Речь, 2003. - 336 с.

12. Яньшин П.В. Практикум по клинической психологии. Методы исследования личности. - СПб.: Питер, 2004. - 336 с.

Д.Ю. Шигашов, Ю.А. Фесенко

**ДЕТСКИЙ ТЕЛЕФОН ДОВЕРИЯ С ЕДИНЫМ
ОБЩЕРОССИЙСКИМ НОМЕРОМ КАК СТРУКТУРНОЕ
ПОДРАЗДЕЛЕНИЕ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОГО ЦЕНТРА
ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ «ДЕТСКАЯ ПСИХИАТРИЯ»
ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина» (Санкт-Петербург).**

Кризисное отделение для детей и подростков является функциональным подразделением СПб ГКУЗ «ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина». В задачи кризисного отделения входит создание эффективной системы психологической и медицинской помощи детям и подросткам и их семьям на территории Санкт-Петербурга:

- в ситуациях острого горя;
- пострадавшим от физического, эмоционального или сексуального насилия;
- имеющим трудности в адаптации;
- имеющим нарушения поведения;
- имеющим проблемы общения;
- переживающим различного рода психологические проблемы, в том числе

связанные с половым и социальным созреванием, началом психического заболевания, с негативным личным опытом самостоятельного решения имеющихся проблем;

- профилактика суицидального, отклоняющегося, противоправного поведения у детей и подростков [1-7].

Одним из ведущих направлений работы кризисного отделения является профилактика возникновения и формирования психических нарушений у детей и подростков. Отделение данного типа – единственное в городе, и оказывает помощь детям, подросткам, их родителям независимо от места их прописки и проживания. Круглосуточная телефонная служба для оказания экстренной психологической помощи детям и подросткам была создана в нашем учреждении в 1990 г., став структурным подразделением кризисного отделения.

В отделении работают психиатры, психологи, педагогическая группа, логопед. Основными видами и средствами помощи являются: консультирование по телефону; очный прием детей и подростков, родителей и членов их семей; психотерапия (индивидуальная, семейная, групповая); педагогическая диагностика и коррекция; психодиагностика и психокоррекция.

Решением совещаний с участием вице-губернатора Санкт-Петербурга Л.А. Косткиной от 03.09.2010 и 14.10.2010 г.г. было начало организации службы Детского телефона доверия с единым общероссийским номером на базе нашего учреждения. Целью проекта явилась организация Центра Обработки Вызовов (далее – ЦОВ или «комплекс»), предназначенного для приема и обслуживания психологами-консультантами (операторами) входящих телефонных вызовов от абонентов федеральной сети с размещением на одной площадке в Санкт-Петербурге. ЦОВ интегрировался в структуру кризисного отделения СПб ГКУЗ «ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина» (ул. Чапыгина, д. 13, Лит. А).

Созданный на базе нашего центра Детский телефон доверия с единым общероссийским номером и возможностью многоканального обслуживания абонентов (семь каналов) существенным образом расширил возможности решения проблем детей и подростков. Для успешного функционирования создаваемой службы произведено оснащение выделенных для нее помещений современным ЦОВ («комплексом»). «Комплекс» обеспечивает:

- автоматическое распределение телефонных вызовов по операторам (группам операторов);
- управление распределением вызовов по группам операторам (группам операторов);
- ведение статистического учета работы операторов;
- запись переговоров операторов с вызывающими абонентами, организацию хранения и поиска аудиозаписей;
- компьютерно-телефонную интеграцию – взаимодействие и передачу информации между телекоммуникационной подсистемой комплекса и заказным ПО;
- создание и ведение внутренних баз данных (БД) комплекса и взаимодействие с БД;
- графический интерфейс пользователя (психолога-консультанта ЦОВ) для:
 - 1) регистрации обращений;
 - 2) оказания консультационной и психологической помощи;
 - 3) переадресации вызовов и/или организации конференц-связи с внешними телефонными номерами.

В повседневной работе психологи-консультанты используют следующую классификацию обращений по причинам (табл. 1).

Таблица 1.

№№	Причина обращения	
1	Суицид	1.1. Суицидальные мысли
		1.2. Суицидальные намерения
		1.3. Принятое решение
		1.4. Текущий суицид
		1.5. Состояние после суицидальной попытки
		1.6. Самоповреждения
		1.7. Другие проблемы
2	Семейная проблематика	2.1. Обращения детей по поводу конфликта с родителями
		2.2. Обращения родителей по поводу конфликтов с детьми
		2.3. Проблемы родителей по поводу осуществления ухода за ребенком
		2.4. Обращения по поводу конфликтов между детьми в семье
		2.5. Переживания детей по поводу развода родителей
		2.6. Переживания по поводу физического насилия в школе со стороны учителя(лей)
		2.7. Переживания по поводу психологического насилия в школе со стороны учителя(лей)
		2.8. Переживания по поводу физического и/или психического насилия в школе со стороны учащихся/буллинга
		2.9. Обращения по поводу того, с кем будет жить ребенок после развода, и о встречах с другим родителем
		2.10. Конфликты в новой семье ребенка
		2.11. Обращения по поводу усыновления
		2.12. Обращения по поводу опеки, попечительства, приемной семьи
		2.13. Обращения детей по поводу употребления ПАВ родителями
		2.14. Проблемы семьи, связанные с проживанием в гражданском браке.
		2.15. Другие проблемы
3	Требующие защиты прав ребенка	3.1. Переживание по поводу физического насилия в семье
		3.2. Переживание по поводу психического насилия в семье
		3.3. Переживание по поводу инцестных отношений
		3.4. Переживание по поводу пренебрежения нуждами ребенка
		3.5. Переживание по поводу наказаний
		3.6. Переживание по поводу физического насилия в школе/буллинга
		3.7. Переживание по поводу соблюдения прав ребенка с ограниченными возможностями здоровья
		3.8. Сообщение третьих лиц о нарушении прав ребенка
		3.9. Другие проблемы
4	Отношения со сверстниками	4.1. Трудности в общении со сверстниками
		4.2. Отсутствие, поиск друзей
		4.3. Конфликт с другом
		4.4. Принятие групповых норм, ценностей
		4.5. Переживание по поводу отношений с учебной группой
		4.6. Другие проблемы
5	Проблемы	5.1. Влюбленность в кумира

	взаимоотношения полов	5.2. Трудности в установлении знакомства
		5.3. Проблемы построения взаимоотношений в диаде
		5.4. Переживания по поводу вступления в брак /решения о вступлении
		5.5. Распад диады
		5.6. Другие проблемы
6	Беременность/аборт	6.1. Информационный запрос
		6.2. Проблема принятия решения: рождение ребенка/аборт
		6.3. Проблемы, связанные с будущей ролью матери/отца
		6.4. Отношения к беременности семьи/партнера
		6.5. Обращения по вопросам контрацепции
		6.6. Другие проблемы
7	Проблемы сексуальной сферы	7.1. Сексуальная неосведомленность
		7.2. Переживания по поводу мастурбации
		7.3. Обращения по поводу сексуальной ориентации
		7.4. Обращения по поводу сексуальной дисгармонии в диаде
		7.5. Другие проблемы
8	Здоровье детей и подростков	8.1. Переживания по поводу соматического заболевания
		8.2. Переживания по поводу психического заболевания
		8.3. Обращения по поводу страхов у детей
		8.4. Обращения по поводу расстройства пищевого поведения
		8.5. Переживания в связи с табакокурением
		8.6. Переживания в связи с употреблением алкоголя
		8.7. Переживания в связи с употреблением наркотиков
		8.8. Обращения по поводу инвалидности
		8.9. Обращения душевнобольных
		8.10. Проблема доступа к медицинской помощи
		8.11. Другие проблемы
9	Переживание травмы	9.1. Переживание ребенка по поводу физической травмы
		9.2. Переживание ребенка по поводу психической травмы
		9.3. Переживание ребенка по поводу сексуального насилия/изнасилования
		9.4. Переживание ребенка по поводу травмы, полученной в результате террористической атаки или нахождения в зоне военных действий
		9.5. Переживания взрослых по поводу полученной травмы
		9.6. Другие проблемы
10	Учебные проблемы и проблемы профессионализации	10.1. Переживания по поводу плохих оценок
		10.2. Переживания по поводу затруднений в учебной деятельности
		10.3. Отказ учиться, посещать школу
		10.4. Конфликт с учителем
		10.5. Затруднения в выборе профессии/ учебной деятельности
		10.6. Поиск и смена работы
		10.7. Трудности / неудовлетворенность профессиональной деятельностью
		10.8. Другие Проблемы
11	Проблемы со-	11.1. Обращения по поводу правонарушений ребенка

	циальной адаптации	11.2. Уход ребенка из дома
		11.3. Обращение по поводу воровства ребенка
		11.4. Переживания в связи со службой в армии
		11.5. Переживание в связи с дискриминацией (из-за расовой, национальной, религиозной, половой принадлежности, из-за состояния здоровья, др.)
		11.6. Переживания, связанные с переездом/миграцией
		11.7. Другие проблемы
12	Проблемы принятия себя	12.1. Проблемы принятия себя как личности
		12.2. Переживание по поводу одиночества
		12.3. Переживание по поводу выбора жизненного пути, проблемы самореализации
		12.4. Обращение по другим экзистенциальным проблемам
		12.5. Обращения по поводу религиозных проблем
		12.6. Проблема времяпрепровождения
		12.7. Другие проблемы
13	Правовые вопросы защиты прав детей	13.1. Обращение за юридическим советом или информацией
		13.2. Обращение детей, нуждающихся в представлении их юридических интересов
		13.3. Обращения по поводу привлечения ребенка в качестве свидетеля
		13.4. Обращения по поводу юридических нарушений прав ребенка
		13.5. Обращение по поводу ребенка, находящегося в конфликте с законом
		13.6. Обращения по поводу реабилитации ребенка после наказания
		13.7. Обращение по поводу интернет-угроз для ребенка
		13.15. Другие проблемы
14	Взаимоотношения со службой Телефон доверия	14.1. Отбой
		14.2. Молчание
		14.3. Розыгрыш/звонок-развлечение
		14.4. Информационный запрос
		14.5. Интерес к службе «Телефон доверия»
		14.6. Сообщение информации для службы, предложения помощи, советы, претензии
		14.7. Выражение благодарности
		14.8. Брань, угрозы в адрес консультанта
		14.9. Обращения по поводу третьего лица
		14.10. Использование консультанта в качестве сексуального партнера
		14.11. Обращение постоянно звонящего собеседника
		14.12. Неклассифицируемые обращения
		14.13. Другие проблемы

Если номер, с которого поступает вызов, имеется в базе данных «комплекса», то вместе с поступлением телефонного вызова на экране отображается карточка предыдущих вызовов этого абонента («что сказали?»). Эта же карточка обеспечивает доступ психолога-консультанта к электронному справочнику лечебных, социальных и других лечебно-профилактических заведений с номерами

телефонов. Имеется возможность простым нажатием кнопки на дисплее совершить вызов на любой из этих телефонов и возможность организовать конференцию с абонентом, позвонившем на телефон доверия и нужной организацией. Кроме того, есть возможность просто перевести вызов абонента на нужный номер телефона.

Современный аппаратный комплекс службы обеспечивает возможность автоматизированной связи диспетчеров телефона доверия (телефонных психологов-консультантов) для экстренной передачи необходимой информации со следующими структурами:

- Комитетом по вопросам законности, правопорядка и безопасности Санкт-Петербурга

- Комитетом по социальной политике Санкт-Петербурга

- Комитетом по делам молодежи Санкт-Петербурга

- Комитетом по образованию Санкт-Петербурга

- Центром по приему обращений граждан (телефон 004)

- Службой Скорой медицинской помощи (в том числе психиатрической).

В целях исполнения Федерального Закона от 24.06.1999 № 120-ФЗ в процессе проектных мероприятий была предусмотрена возможность автоматизированной связи диспетчеров телефона доверия с районными органами системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних (отделы опеки и попечительства, отделы социальной защиты населения, районные отделы внутренних дел и прокуратуры).

В настоящее время совместно с Комитетом по информатизации и связи разработан график обучения специалистами КИС штатных психологов нашего центра и психологов, принимаемых на вакантные ставки.

С мая 2011 г. оказание экстренной психологической помощи осуществляется по телефонным номерам: 8-800-2000-122, 576-10-10. С 20.10.2011 полностью введен многоканальный режим поступления звонков. С сентября 2012 г. Телефон доверия для детей и подростков подключен к единому мониторинговому центру Санкт-Петербурга, и психологическая помощь абонентам оказывается также по короткому многоканальному номеру 004. В целях обеспечения соблюдения Регламента работы службы «Детский Телефон Доверия» в настоящее время установлена переадресация с федерального номера 8-800-2000-122 на многоканальный номер 576-10-10, что позволяет психологам-консультантам службы одновременно принимать несколько вызовов, поступающих на федеральный номер службы «Телефон Доверия». С этого времени отмечается явное увеличение количества телефонных обращений.

Для примера приводим сводную таблицу (табл.2) причин обращений на Детский Телефон Доверия в период с января по апрель 2012 г.

Таблица 2

Причины обращений	январь	февраль	март	апрель
Суицидальное поведение	18	23	30	32
Требующие защиты прав ребенка	27	35	39	31
Физическое насилие	9	16	24	8
Переживание острой психотравмы	24	40	37	32
Сексуальное насилие	0	2	5	8
Семейная проблематика	290	286	265	229
Переживания детей по поводу развода родителей	19	12	14	18
Обращения по поводу того, с кем будет жить ребенок	7	12	4	2

нок после развода, и встреч с другим родителем				
Здоровье детей и подростков	89	130	120	104
Переживания в связи с употреблением наркотиков	13	15	15	8
Переживания в связи с употреблением алкоголя	4	10	11	5
Переживания в связи с табакокурением	2	7	8	7
Школьные проблемы	155	227	168	162
Учебная неуспешность	75	107	89	80
Отказ учиться, посещать школу	37	66	39	40
Конфликт с учителем	13	42	28	29
Отношения со сверстниками	90	150	106	115
Юридические вопросы защиты прав детей	7	11	13	8
Обращения по поводу ребенка, находящегося в конфликте с законом	2	0	2	2
Проблемы взаимоотношения полов	41	98	96	83
Беременность/аборт	2	9	12	2
Проблемы принятия себя	37	48	44	68
Проблемы сексуальной сферы	12	8	27	19
Проблемы социальной адаптации	78	76	63	68
Агрессивное поведение	12	3	6	10
Обращение по поводу правонарушений ребенка	0	4	2	8
Уход ребенка из дома	8	14	11	9
Обращение по поводу воровства ребенка	5	5	12	7
Информационные звонки, звонки-розыгрыши, звонки-молчания	1474	2337	3143	2991
Всего	2127	3213	3922	3673

Для обратившихся на Телефон доверия существует возможность получить консультации опытных специалистов высокой квалификации – психотерапевтов и медицинских психологов, педагогов, прошедших подготовку в области кризисных состояний. Большая часть абонентов, обратившихся на Телефон доверия по поводу разнообразных трудных жизненных ситуаций, нуждается в более углубленной, длительной и комплексной психотерапевтической помощи. После оказания психологической помощи по Детскому телефону доверия более 35% клиентов направляются на очные приемы к специалистам кризисно-профилактического отделения, которое также работает круглосуточно, а помощь в нем предоставляется анонимно и бесплатно.

Считаем, что для эффективной работы общероссийского номера Детского телефона доверия необходимо создание федеральной информационной сети, включающей номера телефонов аналогичных служб во всех регионах России, адреса кризисных центров во всех городах, в которые психологи-консультанты после беседы по телефону (разрешения острой ситуации) могли бы рекомендовать ребенку или его родителям обратиться за помощью на очном приеме по месту жительства.

Кроме того, учитывая возрастающую роль Интернет-пространства, особенно среди детей и подростков, специалистам кризисных служб необходимо осваивать данную сферу оказания услуг. В связи с тем что виртуальное общение имеет свои сложности и своеобразие, особенно у подрастающего поколения, необходимо изучить детскую и подростковую психологию Интернет-общения и разработать научно-обоснованные методические рекомендации по

оказанию психологической помощи в Сети, привлекая для этой цели научно-исследовательские и высшие психолого-педагогические учебные заведения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бердышев И.С., Яковенко В.В. Дети с компьютерной аддикцией и родительский кризис / Современные аспекты клиники, диагностики и лечения психопатологических синдромов в детской психиатрической практике / Материалы конфер. «IX Мнухинские чтения» 25 ноября 2010. – СПб, 2010. – С. 26-29.
2. Фесенко Ю.А. Эпоха социальных перемен: ребенок в опасности // Дошкольная педагогика, 2010. – № 3 (апрель). – С. 8-11.
3. Фесенко Ю.А. Агрессивные факторы социальной среды и ребенок / Взаимодействие специалистов в области психического здоровья детей и подростков по преодолению агрессивных факторов социальной среды // Материалы конфер. «X Мнухинские чтения» 17 ноября 2011. – СПб, 2011. – С. 250-255.
4. Фесенко Ю.А., Шигашов Д.Ю. Организационная модель оказания психотерапевтической помощи детям и подросткам в условиях крупного психиатрического учреждения // ЭПИ «Медицинская психология в России», 2012. – № 5 (16).
5. Шигашов Д.Ю. Организационные аспекты оказания помощи пострадавшему от сексуального насилия / Современные аспекты клиники, диагностики и лечения психопатологических синдромов в детской психиатрической практике // Материалы конфер. «IX Мнухинские чтения» 25 ноября 2010. – СПб, 2010. – С. 209-214.
6. Шигашов Д.Ю., Фесенко Ю.А. Механизмы виктимизирующего воспитания // Вестник ЛГУ им. А.С. Пушкина, 2012. – Т. 5. – № 1. – С.48-54.
7. Яковенко В.В., Бердышев И.С. Кризисные проблемы семей с опекаемыми детьми // Современные аспекты клиники, диагностики и лечения психопатологических синдромов в детской психиатрической практике / Материалы конфер. «IX Мнухинские чтения» 25 ноября 2010. – СПб, 2010. – С. 227-229.

**АРХИВ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ, ПСИХОЛОГИИ,
СОЦИАЛЬНОЙ И КОРРЕКЦИОННОЙ ПЕДАГОГИКИ.**

Э.Г. Эйдемиллер, И.А. Колесников

**ФРАГМЕНТ НАУЧНОГО И ПРАКТИЧЕСКОГО ЗНАКОМСТВА С
ТВОРЧЕСТВОМ САЛЬВАДОРА МИНУХИНА. НАЧАЛЬНОЕ
ИНТЕРВЬЮ В СЕМЕЙНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ¹**

Глава из монографии Сальвадора Минухина «Семья и семейная терапия» («Families and Family Therapy», 1974). Перевод: Э.Г. Эйдемиллера и А. Начинкина

Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова (Санкт-Петербург).

***Введение.** Сальвадор Минухин – выдающийся современный семейный психотерапевт из США, создатель структурной семейной психотерапии. Интерес С. Минухина к семейной жизни неслучаен. Он родился в Аргентине в маленьком провинциальном городке. С. Минухин говорил: «Особенностью моего детства было то, что родители уделяли мне мало внимания. До школы я целые дни проводил на улице в играх с другими детьми. Мое одиночество в семье было компенсировано тем, что родители всех детей были хорошо знакомы друг с другом. Каждый из них мог пообщаться со мной и моими друзьями и помочь. Таким образом, у меня было множество «отцов» и «матерей», что позволило мне включить их идеальные образы в свою психику». Благодаря этому С. Минухин успешно работает с малообеспеченными семьями, подчас плохо знающими английский язык.*

В первой половине XX века в психологии господствовали психоаналитические теории о человеке как о «герое-одиночке». Психическая патология рассматривалась как следствие неразрешенных интрапсихических проблем. Однако многие психотерапевты и психиатры, которые изучали взаимоотношения в семьях психически больных, пришли к выводу, что интрапсихические конфликты причинно связаны с экстрапсихическими и что в лечении нуждаются все члены этих семей.

Теоретическим обоснованием семейной психотерапии становится общая теория систем Людвига фон Берталанди, а С. Минухин предлагает парадигму, названную им «человек в обстоятельствах». Он подразумевает под этим воздействие человека на обстоятельства и обстоятельств на человека.

В главе, представляемой вниманию читателей, приводится стенограмма сеанса семейной психотерапии семьи Горденов, который проводит Бролио Монтальво, друг и коллега С. Минухина.

Начальный сеанс обладает уникальными характеристиками встречи между двумя чужими друг другу социальными группами. Поэтому поначалу он принимает форму общественного собрания. Могут иметь место колебания, попытки и поиск нужного уровня контакта. Главная задача терапевта - создать терапевтическую общность. Но, кроме этого, он должен создать карту структуры семьи, расширить взгляд (если предъявленной проблемой был конкретный член

¹ Начало. Окончание в следующем выпуске.

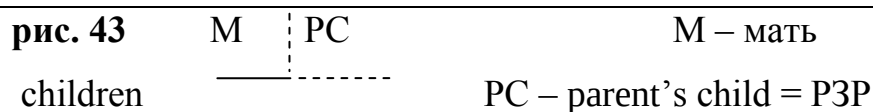
семьи), и, самое главное, создать хотя бы временный терапевтический контракт.

В начале сеанса терапевт должен выполнять роль хозяина, принимающего семью. Кроме того, он должен стараться вступить в контакт со всеми членами семьи. Таким образом, начальный сеанс можно условно разделить на три этапа. На первом этапе терапевт выполняет правила этикета. На втором спрашивает у каждого члена семьи, что тот думает о семейных проблемах. На третьем он исследует структуру семьи, помогая семье разыграть свою семейную драму. Разумеется, эти этапы могут подвергаться вариациям и изменениям со стороны опытного семейного терапевта.

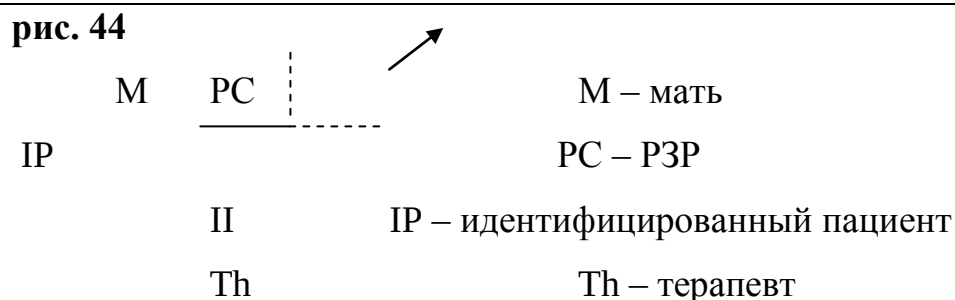
Во многих отношениях начальный сеанс является концентрированным выражением того, что произойдет с семьей в ходе лечения. Стрессовые точки должны исследоваться, однако, терапевт должен представлять, какой уровень стресса семья может перенести. Когда член(ы) семьи начинают чувствовать себя слишком неуютно, терапевт должен отступить, часто с использованием операций поддержки, на уровень, на котором семья чувствует себя уютно. Терапевт должен занять положение лидера и его удерживать. Наконец, все терапевтические вмешательства должны проводиться с ясным пониманием того, что правило терапевтической стратегии первого сеанса – это попрощаться с семьей, испытывающей желание прийти на следующий сеанс.

Запротоколированная ниже первая встреча проходила по несколько измененной схеме. Первый этап короткий, последующая ассимиляция семьей терапевта происходит быстро, а затем контакты со всеми членами семьи прерываются из-за сильной сосредоточенности на источнике проблемы, семилетней Манди. Тем не менее, все задачи первого сеанса выполняются.

Оценка терапевтом подсистемы исполнительной власти в семье такова: она состоит из матери и ребенка, замещающего родителя (РЗР), десятилетнего Морриса. Идентифицированный пациент (ИП), девочка Манди, подвергается травле со стороны этой системы исполнительной власти (рис. 43).



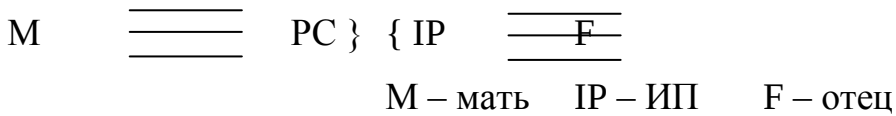
Вмешательство терапевта нацелено на сближение с этим затравленным ребенком и исключением РЗР из конфликта между матерью и ИП (рис. 44).



Это вмешательство принимается матерью и, возможно, РЗР. В результате

создается семейная структура, существовавшая ранее, до развода родителей детей. Мать и РЗР находились тогда в коалиции против отца и ИП, и мать нападала на отца через ИП (рис. 45).

рис. 45



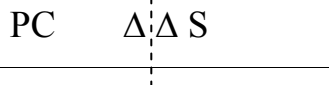
Мать реагирует на сближение терапевта с ИП усилением нападков на девочку. В результате семейный терапевт меняет стратегию, поддерживая мать в целях поддержки ИП (рис. 46).

рис. 46 Th M IP Th - терапевт IP – ИП M – мать



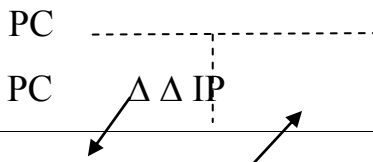
Он дает домашнее задание, усиливающее структуру подсистемы, внутри которой мать непосредственно взаимодействует с ИП, в то время как РЗР обращает свое внимание на других сиблингов (рис. 47).

рис. 47 M IP

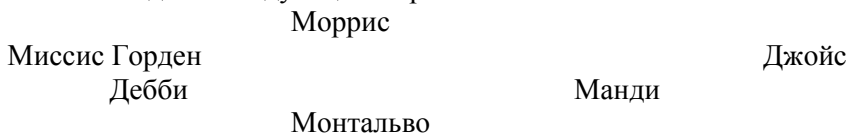


К концу второго сеанса терапевт начинает усиливать взаимодействия матери и РЗР с их внесемейными контекстами (рис. 48).

рис. 48 M



Далее приведены фрагменты протокола начальной встречи с этой семьей. На ней присутствуют и двое других детей: Джойс (8 лет) и Дебби (2 года). Войдя, члены семьи садятся следующим образом:



Стенограмма сеанса

Монтальво (далее М.): Сколько ей лет?

Миссис Горден (далее Г.): Ей четыре.

М.: Четыре. А сколько лет Моррису?

Г.: Десять.

М.: А Анни?

Г.: Восемь.

М.: Это Анни?

Г.: Джойс

М.: Джойс.

Г.: Джойсу восемь.

М.: Восемь.

Г.: Манди семь.

М.: Семь, восемь, десять и два.

Г.: Четыре.

М.: Четыре. Большой мальчик. Ну, когда Вы вчера мне позвонили....

Г.: Я.... Вчера была в таком волнении.

М.: Вы очень волновались.

Г.: Ну да, потому что это может быть очень опасно. И она и раньше это делала. А если бы Моррис позвонил мне на работу и сказал, что дом снова горит и приехали пожарные, о, не знаю, что бы я сделала.

М.: Вы были на работе...

Г.: Да.

М.: ... и Моррис вам позвонил.

Г.: Он не позвонил, потому что знал, что я буду очень волноваться.

Комментарии к стенограмме

Аккомодация – поддерживающее вмешательство (Ас): Входит сначала в контакт с матерью, признавая за ней положение главы семьи.

Ас. Знает имена детей, что означает предшествовавший контакт и ускоренный вход в семью в качестве новой социальной системы. Это естественное салонное поведение, психотерапевт вежливо болтает с матерью.

Ас. Колеблется, ошибается сначала с именем, потом с возрастом ребенка, что помогает семье почувствовать себя уютно, устранив всякий страх перед непогрешимой властью. Психотерапевт изображает себя ошибающимся и, следовательно, доступным.

Ас. Упоминает о единственном предшествовавшем контакте, телефонном разговоре, для создания впечатления более длительного, чем на самом деле, периода знакомства.

Ас. Признает волнение Г. И успокаивает ее.

М.: О...

Г.: Он не позвонил, потому что с этим справился.

М. (Моррису): Понятно. Так что, ты там справился с огнем?

Г.: Не трясил головой.

М.: Кто зажег огонь?

Моррис: Манди.

М.: Манди? Он ловко обращался с – что он использовал? Воду, Манди?

Г.: Говори.

М.: Чем он? Водой?

Манди: Да.

М.: Так, а что еще? Чем он еще гасил огонь?

Манди: Только водой.

М.: Только водой? Он не закрыл его одеждой или как-нибудь так...?

Манди: Нет.

М.: Нет. А огонь действительно был большой?

Ас. Продолжает идти по следу сообщения матери.

Ре. Входя в контакт с другими членами семьи (ЧС), начинает преподавать одно из правил общения: ЧС должны говорить только за себя, посредничество не одобряется. Так как присутствовал Моррис, а не мать, рассказывать должен Моррис. Это первый из приемов, не соответствующий этикету: терапевт прерывает Г., чтобы дать говорить Моррису.

Г. нападает на психотерапевта, исправляя манеры Морриса. Она настаивает на своем положении главы семьи.

Ас. Вступает в контакт с третьим ЧС. Разговаривает с ИП, он ищет информацию, его стиль серьезен, но это не стиль обвинения.

Реконструктивное вмешательство (Ре): разыгрывает еще один, приводящий к изменениям, гамбит. Он использует содержание и аффект для обсуждения компетентности, способа решения проблемы, а не для поисков виновного. Семьи в кризисных ситуациях усердно ищут виновного. Психотерапевты должны знать, когда опровергать такое поведение. Здесь опровержение лишь подразумевается.

Психотерапевт моделирует озабоченность и разрешение проблемы, и уважение к умениям детей.

Ре. Изменяет аффект травмирующего события, демонстрируя интерес к его описанию. Это помогает Манди взаимодействовать с ним компетентно.

Ас. Задает конкретные вопросы, чтобы запуганный семилетний ребенок мог от-

Манди: Да.

М.: Примерно такой? (поднимает руки)
Или такой?

Манди: Такой.

М.: Такой? Ну, парень... Это что-то. Он здорово поработал.

Манди: Да.

М.: Ты помогала ему гасить его?

М.: Нет? А ты хотела помочь? Ты хотела помочь его погасить? (Манди бормочет).
А? Извини, я тебя не расслышал?

Г.: Говори громче.

Манди: Он мне сказал этого не делать.

М.: Вы можете помочь мне ее понять?
Что она сказала?

Г.: Она сказала, что он сказал ей не помогать. Наверно, он сказал ей, чтобы не мешалась.

М.: О.. Почему ты не хотел, чтобы она помогала?

Моррис: Потому что она путалась под ногами.

М.: А, она путалась под ногами?

Моррис: Потому что Я схватил матрас, он горел, и я схватил его и унес, и положил в

вечать односложно. По мере того, как она начинает чувствовать себя увереннее, вопросы будут усложняться.

Ре. Продолжает говорить в терминах компетентности и сотрудничества. Это внесение семян в почву. Позже он займется главным образом исследованием этой темы. В данный момент он опровергает порицающий аффект. Он не нападает на мать, он лишь предлагает другой взгляд.

Г.Принимает психотерапевта в качестве «обвинителя». В то же время она снова занимает положение главы семьи, в контролирующем стиле.

Ас. Принимает требования лидерства матери, используя ее как переводчика. Он следует семейным стандартам взаимодействия (СВ), используя мать как «пульт переключения».

Ре. Вносит в диadu матери и Манди язык поддержки и сотрудничества.

Ре. Снова не разрешает матери говорить за Морриса, что подчеркивает правило, по которому ЧС должны говорить за себя, без посредника.

ванну и пустил воду.

М.: Гм...

Моррис: И потом я взял ее одежду и положил в ванну.

М.: Ты хорошо поработал. Ты что-нибудь в этом роде раньше делал?

Моррис: Сначала все горело. Но я взял матрас и поставил к двери, и горел только матрас. Огонь был маленький, и горел только матрас.

Г.: Я не понимаю, как он это сделал, потому что я сама не смогла бы поднять матрас. Он снял матрас с кровати и говорит, что не знает, почему он это сделал. Он просто был возбужден, вы понимаете? Думал, что если его снимет, то не загорится вся кровать. Но он взял его в длину, и он застрял в двери. И вот с матрацем в двери, я не понимаю, почему он не сгорел.

Моррис: Когда я сначала вошел, я только вернулся из школы. Когда я вошел, там была только маленькая дырка, и я целую кучу чашек туда вылил, но все было так, что чем больше я заливаю, тем больше огонь разгорается.

М.: Гм. А началось с середины матраса?

Моррис: Гм.

М.: Ты выяснил у Манди, как это началось?

Г.: Она достала спички и их зажгла. Она не сказала, что зажгла.

М.: Вы не могли бы у нее спросить? (жестикულიрует, показывая, что Г. должна непосредственно говорить с Манди)

Г.: Что ты сделала? Расскажи мне, что ты сделала, когда пришла в мою комнату? Что ты зажгла? Когда ты чиркнула спичкой, к чему ты ее поднесла, чтобы поджечь? Как ты подожгла одеяло?

Ас. Вознаграждает компетентность Морриса на языке, соответствующим уровню развития десятилетнего ребенка. Кроме того, он идет по следу семейных вознаграждений получаемых РЗР.

Ре. Опровергает аффект семьи, сосредоточиваясь на положительных – компетентных действиях.

Ас. По следу. Ас. Используя содержание уже законтрактованного ЧС, психотерапевт пытается инициировать диалог между матерью и Манди. Он хочет проиграть СВ.

Вместо того, чтобы завязать диалог с Манди, мать отвечает психотерапевту.

Ас. поддерживает мать в ее роли «пульта переключения» в семейной структуре.

Ре. Заставляет мать начать диалог с Манди. Мать сопротивляется вмешательству психотерапевта. Он настаивает, желая увидеть, как взаимодействует мать и дочь.

Мать приспосабливается к психотерапевту. Начинает говорить с Манди в исследовательской манере. Это хороший прогностический признак гибкости.

Манди: Я чиркнула спичкой.

Г.: И просто зажгла одеяло.

Манди: Да.

Г.: Ты хотела зажечь одеяло?

Манди: Я ставила опыт.

Г.: И что произошло? Я тебя не слышу.
Ты ставила опыт?

Моррис: Она...

М.: Извини Моррис. Потому что. Продолжай, Манди.

Манди: Я экспериментировала..

Г.: С химическим набором Морриса?

Манди: Да! (плачет)

Терапевт делает матери знак поменяться с ним стульями. Он встает и идет к ней, так что она подчиняется и садится рядом с Манди.

Моррис: И потом ты сказала, что хочешь выпить воды. И ты вышла. Ее не было долго. Поэтому я пошел посмотреть, что она делает. И, когда я подошел к комнате, она прибежала и сказала: «Мамина кровать горит».

М.: Так. Моррис старается помогать, и он помогает. Ты много помогаешь. Но у Манди не было возможности закончить свой рассказ.

Г.: Подождите. Дайте я с ней поговорю. Вот ты взяла химический набор и стала с ним возиться.

Манди: Да.

Г.: И ты взяла спички, потому что пыталась поставить опыт.

Тон матери становится порицательным. Она очень быстро может вернуться к старому. Однако прогноз остается хорошим, т.к. Г. демонстрирует способность реагировать на моделирование психотерапевта.

Re. Блокирует вмешательство Морриса, возвращающегося к своей роли посредника между матерью и Манди.

Re. Использует уменьшение дистанции для проигрывания диалога. Раньше он моделировал поведение, защищающее Манди; теперь он сажает мать на свое место, ожидая, что его поведение будет воздействовать на мать.

РЗР объясняет поведение детей матери. Он действует в соответствии с семейной структурой, в которой он посредничает между матерью и младшими детьми.

Ac. Поддерживает положительность роли, обозначая поведение Морриса как попытку помочь.

Re. Переименовывает помощь Морриса в неуместную, блокирует ее и настаивает на разыгрывании диалога между матерью и дочерью.

Мать приспосабливается к психотерапевту, приказывая Моррису не мешать. Она приняла правило, по которому каждый должен говорить за себя. Семейные стандарты гибки, это позволяет сделать хороший прогноз.

Манди: Да.

Г.: А ты видела, как Моррис зажигает спички, когда он его ставит?

Манди: Нет.

Г.: Ну хорошо, а почему ты зажгла спичку? (Манди говорит очень тихо) Что? (Манди снова бормочет) Она говорит, что... да, Моррису подарили химический набор на Рождество... и она все время с ним возится. Потому что она во все лезет. Во все! И он его забрал и положил в моей комнате, чтобы она с ним не возилась. Поэтому она и захотела воды. Но, вместо того, чтобы пойти вниз, она пошла в мою комнату и взяла набор. И она стала ставить опыт. Я не знаю, что она собиралась делать со спичками.

М.: Гм.

Моррис: В одном опыте, который я ставил...

Г.: Моррис, не перебивай.

М.: А – я вижу, что – как ее зовут?

Г.: Джойс.

М.: Джойс очень стесняется. Она и в самом деле такая?

Г.: Да, она всегда очень тихая.

М.: Очень тихая? Джойс, ты тоже видела матрас?

Джойс (далее Д.): Нет.

М.: Нет?

Д.: Нет.

М.: Где ты была, когда это произошло?

Д.: Я убирала свою комнату.

М.: Кто тебе рассказал, что произошло?

Мать расширяет для терапевта сообщение Манди, признавая, что он – участник ее разговора с Манди. Но, несмотря на то, что она снова начинает говорить с Манди тоном исследователя, ее голос жесток. Мать постоянно осуждает Манди. Манди напугана, она говорит неслышно. Начальное принятие матерью предложенной психотерапевтом модели изменения и ее возвращение на старую позицию характерно для любых процессов изменения.

Мать приняла установленной терапевтом правило. Она приспосабливается к психотерапевту, блокируя вмешательство Морриса.

Ас. Поддерживает семейную структуру, говоря о детях с матерью, не обращаясь к ним.

Ре. В первый раз отмечает недостаток: застенчивость Джойс. Он раздвигает границы проблемы, чтобы превратить индивидуальный диагноз в семейный.

Ас. Входит в контакт с 4-м ЧС. Он разговаривает со всеми и заботится обо всех.

Ас. Психотерапевт включает в разговор всех сиблингов и с уважением относится к общению детей. Его вопросы, обращенные к ним, конкретны и направлены на

Тебе Манди сказала, что случилось?

Д.: Она мне сказала, что загорелась одежда.

М.: Ты очень испугалась?

Д.: Нет.

М.: Что ты сделала?

Д.: Я сказала Моррису и тогда Моррис пришел. Я сказала Моррису, что горит постель.

М.: Так. Когда Вы, Г., вернулись домой, Вы, наверное, были очень взволнованы.

Г.: Ну да, когда я вошла, я почувяла, что что-то горит и, вот, Моррис не спал, чтобы мне рассказать, поэтому я вошла и он – он сказал: «Мама, я должен тебе что-то рассказать. Ты очень рассердишься». Я сказала: Ладно, для начала скажи, почему ты не спишь? И что это, я слышу, горит?

М.: Вы пытались выяснить, что произошло?

Г.: Да, но она – вот все, что мне удалось узнать.

М.: Гм. Вам удалось выяснить, не обожглась ли она?

Г.: Ты себе нигде не обожгла?

Манди: Нет.

Г.: Нет, она не обожглась. Я посмотрела, когда я...

М.: А она очень испугалась? Ведь это могло быть очень страшно.

получение информации относительно способа действия, что поощряет разговорчивость ребенка и заставляет его чувствовать себя важным участником сеанса.

Re. Вводит чувство озабоченности аффективными переживаниями ребенка.

Re. Говорит с ребенком в терминах аффективности. Она могла что-нибудь сделать, когда это требовалось.

Re. Снова обращается к Г., уважая ее в роли главы семьи и центрального «пульта переключений». Он беспокоится за нее, продолжая таким образом свое беспокойство от озабоченности тем, что пережил здоровый сиблинг, до озабоченности Г. Он снова закладывает в почву семена. Позже, когда озабоченность будет принята семейной системой, он введет озабоченность Манди. Функции РЗР делает Морриса ответственным за то, что происходит в отсутствие Г. Кроме того, он, кажется, играет роль покровителя по отношению к ней, принимая на себя ответственность за разрешение кризисных ситуаций.

Ac. Идет по следу, расширяя знание Г. о пожаре.

Re. Перемещает Г. от описания события к разыгрыванию семейных взаимодействий. Послушав и поддержав ее, он знает, что теперь может на нее нападать. Он просит разыграть диалог между Г. и Манди, используя выражение заботы, на которое Г. реагирует поверхностно. Психотерапевт пытается ввести новый аффект (озабоченность другими), манипулируя содержанием коммуникации и ее направлением (от матери к ребенку).

Re. Поддерживает ИП. Он не принимает даваемую Г. информацию, потому что ему нужен разыгранный с аффектом заботы диалог. Он переходит от темы беспокойства из-за физической боли к теме беспокойства из-за психологической боли. Посеянные им ранее в разговорах с Д.

Г.: Да, она испугалась.

М.: Проверьте это.

Г.: Ты испугалась?

Манди: Да.

Г.: Ты испугалась, когда все загорелось?

Манди: Да.

Г.: Ты попросту не знаешь, почему ты это сделала.

Манди: Нет. (начинает плакать)

Г.: А?

Манди: Нет!

Г.: Но ты же знала, что делала, разве нет?

Манди: Да.

Г.: Потому что ты это уже не первый раз делаешь? (позже на сеансе Манди спокойно читала)

М.: Кстати, кажется, что Манди любит читать. Это правда?

Г.: Я не знаю, я даже не уверена, что она эту книгу читает.

М.: А почему бы нам не узнать. А почему бы Вам не узнать. Она может для вас почитать.

Г.: Ну, ты можешь почитать эту книгу?

Манди: Да.

Г.: Это твоя школьная книга по чтению?

Манди: Угу.

Г.: Ладно. Читай. (Манди читает) Я не слышу.

Манди (читает): Пряничный мальчик. Это

и с Г. зерна облегчают эту задачу.

Re. Настаивает на проигрывании стандарта взаимодействия.

Снова возникает поведение – травля, несмотря на терапевтические маневры. Сопротивление терапевтическому модифицируемому импульсу оказывает история прошлых действий и реакций на обиды.

Психотерапевт возвращается к Манди в нейтральной области повседневного общения.

Ac. Идет по следу события – чтение девочки – и превращает его в разыгрывание стандартов взаимодействия.

Re. Использует задание для формирования взаимодействия мать – ребенок.

– старушка... (продолжает читать)

М.: Что ты об этом думаешь?

Манди: «... Я заставляю пряничного мальчика есть. И она так и сделала».

Г.: Манди, где вы остановились в школе? Ты ведь уже это читала, так? Где вы остановились в школе?

Манди: Когда я дошла до конца.

Г.: До конца.

Манди: Угу.

Г.: Ну так что же ты делала? Просто все снова читала? Или сквозь смотрела, а?

Манди: Снова читала.

Г.: Зачем ты это читаешь? Почему ты совсем не слушаешь?

М.: Простите, это что такое?

Г.: Я у нее спросила, почему она читала книжку, почему она не слушала.

М.: Она прекрасна читала.

Г. снова воспринимает психотерапевта и Манди как союз против себя и снова нападает на младшего члена союза. Всеобщность дисфункциональной травли может проистекать из чувства Г., это психотерапевт сдвинул свою близость и снова поддерживает Манди. Г. атакует Манди, во-первых, потому что она не умеет читать, во-вторых, потому что «она читала, а не слушала».

Психотерапевт защищает Манди. Теперь он и Г. втянуты в борьбу за власть, в которой ставкой стала Манди. В этой борьбе Г. заинтересована в поражении Манди. Она воспринимает компетентность Манди как собственное поражение, потому что терапевт поддерживает Манди. Психотерапевт приобретает опытное знание о семье. Та же последовательность действий – сближение терапевта с Манди, нападение Г. на Манди – наблюдалась и раньше, однако, в ней не было необходимой интенсивности, чтобы изменить поведение терапевта. Теперь он опасается того, что Г. преобразовывает прямую поддержку Манди в союз Манди и психотерапевта против себя. Он может предполагать, что он воссоздает старую семейную структуру, существующую, когда отец был постоянным ЧС, и он может оставить это предположение для дальнейшей проверки. Однако сейчас он чувствует, что поддержка Манди наталкивается

Г.: Ну так это она уже прочитала.

М.: Прекрасно. А Вы проверьте сможет ли она читать дальше?

Г.: Да.

М.: А почему бы вам не посмотреть, может она или нет?

Г.: Где ты остановилась?

Манди: Здесь. На этой странице.

Г.: Здесь остановилась?

Манди: Угу.

Г.: Ты знаешь, что это такое?

Манди: Угу.

Г.: Ты это можешь прочесть? Ты это уже читала?

Манди: Нет.

Г.: Ты можешь это прочесть?

Манди: Да.

Г.: Читай.

Манди: (читает) «Три медведя. Однажды в лесу жили три медведя. Один медведь был Медведь-отец, другой медведь был Медведица-мама».

М.: Отлично, Манди! Отлично!

Г.: Ну да, она это может прочесть.

М.: Но посмотрите. Посмотрите, я вам покажу: «Да, она это может сделать. Да.» Что с Вами происходит?

Г.: Что Вы имеете в виду – что со мной происходит?

М.: Почти все, что... она много чего хорошо делает. Видите она очень хорошо умеет читать. Она дружелюбна. Вы,

на сопротивление. Он должен включить этот опыт в свое лечебное поведение.

Re. Усложняет данное задание.

Re. Передразнивает Г. Он нападает на нее непосредственно, потому что она упорно продолжает критикующую линию поведения.

Re. Модифицирует свое нападение на Г., утверждая, что положительное в Манди является результатом хорошего осуществления материнских функций. Такая смесь критики и похвал дает Г. возможность принять критику, но не позволяет ей защищаться.

должно быть, много с ней занималась. Потому что она совсем не так уж отстает в чтении, как вы говорите.

Г.: Нет, - ну да, да, она не отстает.

М.: Да.

Г.: Просто я не могу все время за ней следить. Вот если оставляю ее на втором этаже и иду вниз что-нибудь сделать, через две минуты кто-нибудь меня зовет – это она что-то сделала.

М.: Кто вас зовет? Моррис?

Г.: Нет, не только Моррис.

М.: А кто?

Г.: Джойс, Дебби – все.

М.: А в последний раз, когда что-то случилось, что это было?

Г.: Может быть, что-то вроде... когда я посылаю их наверх, я говорю: «Уберите у себя в комнатах». Считается, что эти двое убирают комнату. А Манди, она ничего не сделает, если я тут же не стою. Джойс приходит вниз и говорит: «Мама, Манди говорит, что ничего делать не будет». И если я иду наверх, Джойс, например, разбирает обувь, а Манди снова все перемешивает. Джойс что-нибудь вешает, а Манди снова снимает.

М.: Когда ты читала, ты здорово поработала, Манди. Мы забыли ей сказать, что она хорошо потрудились.

Г.: Очень хорошо.

М.: Понимаете, что меня беспокоит – конечно, мы ходим вокруг да около в поисках. И я уверен, что можно что-то сделать, чтобы вы не беспокоились, когда уходите. Она не будет ничего такого делать, когда вас нет. Но вы знаете, меня гораздо больше беспокоит, что Джойс вроде бы стеснительна. Дело не только в Манди. Джойс вроде бы стесняется и не

Г. упорно не принимает положительного в Манди. Это, может быть, одна из ее реакций на психотерапевта.

Re. Отражает атаку-травлю, изменяя содержание и аффект и присоединяя других ЧС.

Сиблинги, в согласии с матерью, осуждают Манди. В этот период семейной жизни. Манди – легко доступная мишень. Когда сиблинги или мать занимаются критикой, чувство вины у объекта травли усиливается.

As. Это «мы» призывает мать присоединиться к психотерапевту.

Re. Изменяет содержание, сосредоточиваясь на области компетентности Манди.

Г. соглашается с психотерапевтом, возможно, потому что, хваля Манди, она может снова стать его союзником.

Re. Уходит от сконцентрированности на Манди и рассматривает обеих сестер и их аффективную жизнь. Этот прием был несколько раз использован в течение сеанса. На некоторое время он действует, но затем сконцентрированность на Манди как единственная проблема в семье снова возникает.

говорит, и я вижу, что Манди вроде бы напугана.

Г.: Нет, она меня не боится. Сейчас она, наверно, боится того так, по крайней мере, я чувствую, что она напугана тем, что произошло вчера ночью. Но меня она не боится. Она сейчас мне рассказывает больше, чем Джойс – о том, что происходит. Иногда она приходит ко мне и говорит о том, что произошло в школе или вообще, что случилось. А вот Джойс никогда мне не рассказывает, что произошло в школе.

М.: Хорошо, она не напугана, и она с вами говорит. Вы правы, это хорошие признаки. У вас есть какие-нибудь предположения о том, что происходит таким образом, что ей хочется делать то, что запрещено и чего делать не надо?

Г.: Ну об этом я от нее ничего не могу узнать. Но однажды она сказала Моррису, что она хотела бы уйти жить к отцу, потому что он бы ей разрешил делать все, чего она захочет. Да, и когда он был тут, он говорил, что ей со мной плохо, так как я не даю ей делать что ей хочется. Но он не наказывал их правильно. Если они, например, что-нибудь делают, значит, пусть делают. Он не хотел, чтобы их били или вообще наказывали. Вот Дебби, например, она совершенно испорчена. И вот теперь – она так безобразно себя вела, ее просто никуда нельзя было взять, потому что она страшно мешала. Вот, например, однажды Джерри взял ее с собой – когда он еще заглядывал, сейчас он вообще не заглядывает – и они пошли в магазин. Поэтому я говорю, что буду оставлять ее с няней, потому что я не хочу ее брать с собой, потому что я знаю, как она себя ведет, если ее взять с собой. Но он сказал: «Я хочу, чтобы она тоже пошла». И я ей разрешила. И вот мы зашли в магазин – это был парфюмерный отдел, мне что-то надо было купить. И ей чего-то захотелось. И я сказала: «Ну, Дебби, этого ты не получишь». И она просто легла на пол и стала ногами сбивать все микстуры с полки. Вот, и Джерри не хотел, чтобы я ее била. «Не бей ее. Подожди до дома. По-

Г. принимает расширенный вариант озабоченности, введенный психотерапевтом, и включает в проблему Джойс. В то время как тактика подчеркивания положительного в Манди неоднократно была подорвана, использование психотерапевтом обычного стандарта «озабоченности» было принято матерью, и Джойс была включена в понимание проблемы.

Г. сообщает о своих трудностях в контроле над другими детьми как о части своей битвы с мужем. Оказывается, что муж и жена воевали в сфере родительских функций. Отец считался союзником детей против матери. Можно предположить, что Моррис и мать и отец и Манди составили коалиции, включающие разные поколения.

дожди до дома.» И потом...

М.: А с Манди все также было?

Г.: Нет, она никогда себя так не вела.

М.: Я имею в виду, вы и Джерри из-за нее...

Г.: Ну да, он не хотел, чтобы я ей что-нибудь говорила.

М.: Так что между вами и Джерри были большие разногласия из-за детей? Он не хотел, чтобы вы им что-нибудь говорили.

Г.: Да. Он не хотел, чтобы их поправляли. Поэтому...

М.: Кто был любимцем Джерри? (мать показывает) Манди? Я так и думал. Мне интересно – Вы сегодня идете на работу?

Г.: Да, сегодня ночью.

М.: В какое время, примерно?

Г.: Ну, я им сказала, что вернусь поздно.

М.: Я хотел бы, чтобы вы пошли домой и достали химический набор. А Моррис может на время заняться Дебби и Джойс. И мне хотелось бы чтобы вы учили Манди, как зажигать спички, не обжигаясь, и как гасить огонь. Вы можете взять несколько кусочков бумаги и заниматься этим, только пока она спокойна. Если она заплачет, вы перестанете. Понятно?

Г.: Хорошо.

М.: Не перерабатывайте. У вас есть партнер для варки яиц? Таймеры для варки?

Г.: Да.

М.: Занимайтесь этим не больше 10 мин, не больше. Вы можете этим заниматься 10 минут. Ты знаешь, Манди что мама с тобой будет делать? Слушай, Моррис, потому что тебе придется следить за Джойс и Дебби. Это игра только для Манди. Ты не должен в нее играть, и ты тоже. Хорошо? Только ты можешь играть с мамой.

Ре. Исследует использование детей для переключения конфликта муж/жена.

Ре. Исследует коалиции, выходящие за границы между поколениями и неявно истолковывает Манди как члена союза Отец – Манди против матери.

Ре. Дает домашнее задание. Оно рассчитано только для двух ЧС. Другим детям другое задание, оставляющее Г. и Манди наедине. Задание подробно описывается привычными выражениями и в добром тоне. Эта игра рассчитана только на Г. и Манди, причем Г. занимает по отношению к Манди положение дающего. Эти характеристики задания нацелены на создание контекста, в котором мать и затравленный ребенок встречаются в необычной ситуации, Г. проявляет компетентность и Г. обогащает Манди, а Манди принимает это и чувствует помощь матери.

Ре. Обеспечивает сотрудничество Манди, описывая задание как игру в которой у нее особая роль. Заставив Г. принять задание, он может обратиться непосредственно к Манди и моделировать воспитывающее общение с ней, объясняя одновременно задание, которое может оказаться источником стресса. Он подчеркивает, что Манди компетентна и должна

Мама будет тебя учить, как играть со спичками, не обжигаясь и не поджигая вещи. Хорошо? Ты ее научишь всему, что умеешь? Ты ее научишь всему, что умеешь с ...научишь их зажигать? (становиться на колени рядом с Манди, глядя ее руку)

Манди: Да.

М.: Отлично. Научи ее всему, что умеешь. Ладно? Теперь мне хотелось бы, чтобы ты взяла маму за руку. Хорошо? Сейчас мама будет учить тебя как играть со спичками, не причиняя вреда ни себе, ни другим. Ладно?

Манди: Ладно.

М.: Но только десять минут ладно?

Манди: Да (Г. отпускает ее руку)

М.: Ладно. Знаете, мне хотелось бы видеть вашу семью раз в неделю. Вы можете? Может нам, придется продвигаться медленно. Потому что мне кажется, что есть много других вещей, которые я совсем не понимаю. Может, вы мне можете понять, что происходит. Я также беспокоюсь, честно говоря, из-за Джойс, как вы из-за Манди, очень важно, потому что дом мог сгореть. Но знаете, нужно что-то вроде вашего присутствия в ваше отсутствие. Иначе нельзя. Вы должны научить Манди, как лучше заботиться о самой себе.

демонстрировать свою компетентность в отношении с матерью. Задание подчеркивает центральность Г., но направлено на создание нового стиля взаимодействия между Г. и Манди.

Re. Использует физический контакт для подкрепления задания. Он создает близость и положительный аффект на основании содержания, связанного с приобретением умений и избеганием боли.

Re. Ограничивает задание, зная, что продолжительный контакт между Г. и Манди может привести к усилению трений.

Re. В конце сеанса окончательно объявляет, что с проблемой связана вся семья.

Сеанс продолжается еще пять минут. Психотерапевт снова открывает тему муж/жена, указывая, что она станет частью сеансов. Он говорит матери, чтобы она была бережна с Манди в течение 10 минут задания. Он просит ее позвонить ему на следующий день и рассказывать, как прошло выполнения задания, сообщая, что она может позвонить в любое время. Она ударяет Дебби, и он говорит ей, что сеансы помогут ей стать менее нервной и напряженной. Мать соглашается, говоря, что ей хотелось бы над этим поработать.

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

Ю.С. Феоктистова, Б.В. Панасенко

**ПРИМЕНЕНИЕ КРАТКОСРОЧНОЙ ГРУППОВОЙ
ПСИХОТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ КОРРЕКЦИОННОГО
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ**

Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена, ГБС(К)ОУ № 34 Невского района, ЦВЛ «Детская психиатрия им. С.С. Мнухина» (Санкт-Петербург).

В коррекционной школе VII вида обучаются дети с сохранным интеллектом и различными нарушениями высшей нервной деятельности, характерными для резидуально-органического поражения головного мозга. Учащихся отличают низкий темп мыслительных процессов и слабое психическое напряжение, невнимательность, неусидчивость, двигательная расторможенность, повышенная отвлекаемость и утомляемость, колебания уровня работоспособности, метеозависимость и головные боли, нарушения развития мелкой и крупной моторики, ослабление процессов запоминания, низкая познавательная активность. Также характерны более или менее выраженные признаки эмоционально-волевого инфантилизма: слегка приподнятый оттенок настроения, повышенная возбудимость и неустойчивость эмоционального фона, бедность воображения и творчества в игровой деятельности. В общении с окружающими у таких детей отмечаются: легкость вступления в разговор и непродуктивная общительность, импульсивность, недостаточная критика к своему поведению, низкий уровень притязаний, незаинтересованность в оценке своих поступков другими людьми, легкая внушаемость, эгоцентризм, чрезмерные потребности, конфликтность, грубость, лживость, склонность к вымыслам и хвастовство. Наряду с этим могут выявляться признаки нарушений сферы влечений: ранняя сексуальность, жестокость по отношению к слабым и беззащитным, повышенный интерес к негативным событиям (скандалам, дракам, несчастным случаям и т. д.).

В условиях Государственной коррекционной школы № 34 Невского р-на (VII вид) в ходе клинико-психологического наблюдения был выявлен 4 класс, отличавшийся большим количеством жалоб со стороны педагогов на нарушения поведения учащихся (грубость, конфликтность и драчливость). В результате экспериментально-психологического исследования с помощью специально подобранного комплекса диагностических методик (проективные тесты и фрустрационный тест Розенцвейга), направленных на исследование индивидуальных и межличностных отношений, в данной группе детей были выделены и другие особенности. Во взаимоотношениях между учениками проявлялись признаки эмоционально-волевого инфантилизма: неумение сдерживать свои желания и эмоции, слабый ситуативный контроль поведения, детская непосредственность и беспечность, недоразвитое чувство долга, неспособность к длительному волевому напряжению и преодолению трудностей, низкая дифференциация межличностных отношений, стремление подражать друг другу и повышенная внушаемость, стремление быть в обществе тех, кто им покровительствует.

В классе обучались 10 человек от 10 до 11 лет, из них 3 девочки и 7 мальчиков. По нозологии дети распределялись следующим образом: 2 человека со

смешанными специфическими расстройствами психического развития (F83), 4 человека с легкими когнитивными расстройствами вследствие смешанных заболеваний (F06.78), 3 человека с органическим эмоционально лабильным расстройством (F06.68) и 1 человек с органическим расстройством личности и поведения (F07.08). Следует особо отметить, что все ученики в этом классе были из неблагополучных семей: пережили драки, насилие и конфликты между родителями, тяжелые разводы. В итоге почти все дети воспитывались одним из родителей (матерью или отцом), который зачастую злоупотреблял алкоголем, большую часть времени были предоставлены сами себе. Поэтому проявления психического инфантилизма рассматривались нами не только как следствие органического поражения головного мозга, но и как результат социальной депривации, жестокого обращения и безнадзорности.

Учитывая органическую природу наблюдаемой психической патологии, все ученики класса сезонно получали курсы дегидратационной и нейрометаболической терапии: пантокальцин до 1г/сут., фенибут до 750мг/сут., кавинтон до 10мг/сут., диакарб. При этом участковыми психиатрами в качестве психофармакокоррекции поведенческих нарушений назначались нейролептики: тиапридал до 100мг/сут., соннапакс до 30мг/сут., рисполепт до 2мг/сут. Но в силу неблагополучия семейных ситуаций рекомендации специалистов не всегда выполнялись должным образом, и достичь желаемого лечебного эффекта не представлялось возможным. Параллельно ученики получали психокоррекционную помощь школьного психолога: индивидуальную, групповую и разъяснительные беседы с родителями.

Результат наблюдений и анализ данных экспериментально-психологического исследования класса показал обостренные межличностные конфликты, физическую и вербальную агрессию детей по отношению друг к другу, в речи детей зачастую использовались вульгарные выражения. Прослеживалось неумение контролировать собственные действия и признавать свои ошибки, что приводило к рассогласованию, распаду совместной деятельности, препятствовало развитию сплоченности и эффективному межличностному общению. Известно, что взаимоотношения в классе подчиняются стандартным законам развития группового процесса. Исходя из этого, мы предположили, что в данном детском коллективе произошла фиксация на «стадии агрессии». Учитывая личностные особенности детей, обусловленные резидуально-органическим поражением ЦНС и социальной деривацией, нами была разработана программа краткосрочной групповой психотерапии, направленная на оптимизацию межличностных взаимоотношений учащихся.

Программа «Как разрешить конфликт» предназначена для детей 10-11 лет. Цель тренинга: оптимизация межличностных взаимоотношений учащихся для более успешной адаптации в современном обществе. Задачи тренинга: создать положительный настрой участников друг к другу и к ведущим, познакомить участников с понятием «конфликт» и приемами общения в конфликте, подготовить к работе над способами конструктивного разрешения конфликта (создание мотивации), закрепить на практике полученные знания, создать условия для формирования стремления к самопознанию, погружению в свой внутренний мир и ориентации в нем, расширить знания участников о чувствах и эмоциях, создать условия для развития способности безоценочного их принятия, формирования умения управлять выражением своих чувств и эмоциональных реакций, способствовать формированию навыков общения, умения слушать, выска-

зывать свою точку зрения, приходиться к компромиссному решению и пониманию других людей

Состав группы: 10 человек, группа комплектуется на добровольной основе, является разнополой, и в нее входят участники с небольшой разницей в возрасте (10-11 лет).

Ведущие тренинга: психотерапевт (психолог) – занимает активную, директивную позицию, дает задания, побуждает участников к активным действиям и совместной работе, критикует и поощряет, разъясняет и руководит дискуссией, образовывает, сообщает новые знания, организует групповой процесс. Котерапевт (врач-психотерапевт) – непосредственно и целенаправленно сотрудничает с психотерапевтом в организации психотерапевтического процесса, выступает в трудной ситуации, когда участники заходят в тупик, проявляя эмпатию, поддерживая контакт с отдельными участниками группы, облегчая директивное вмешательство психотерапевта.

Место проведения: специально оборудованный зал для проведения тренингов в здании коррекционной школы.

Форма проведения: групповые занятия с частотой встреч – один раз в неделю. Тренинг рассчитан на 6 занятий по 2 академических часа (общая продолжительность 12 часов). Используемый раздаточный материал: рисунки, аппликации, музыкальные записи.

Каждое занятие состоит из трех частей: вводная часть (разминка), основная часть (рабочая), завершение (шеринг).

Вводная часть и завершение обычно занимали примерно по четверти всего времени занятия. Около половины времени чаще всего было уделено собственно работе. Вводная часть занятия включала в себя вопросы о состоянии участников и одно-два разминочных упражнения для разогрева группы и создания доброжелательной атмосферы. В начале каждого занятия психологу важно было почувствовать группу, чтобы скорректировать план работы. В этой части помогали вопросы к участникам: «Как вы себя чувствуете?», «Что нового (хорошего, необычного) случилось за это время?», «Назовите одно радостное и одно грустное событие, которые произошли между нашими встречами?», «Что запомнилось с предыдущего занятия?». На первом занятии вводная часть занимала больше времени, поскольку необходимо было объяснить и принять правила группы, уделить внимание мотивации участников и рассказать, в чем будет заключаться работа.

Первое занятие группы имеет решающее значение для выработки групповых норм, мотивирования и включения участников в работу. Учитывая стойкие нарушения социального функционирования учеников, успех данного тренинга в большой степени определялся соблюдением специфических принципов работы группы:

- принцип активности участников: члены группы постоянно вовлекались в различные действия (игры, дискуссии, упражнения), а также целенаправленно наблюдали и анализировали действия других участников;
- принцип исследовательской позиции участников: участники сами решали конфликтные ситуации, а тренеры лишь побуждали их к поиску ответов на возникающие вопросы;
- принцип партнерского общения: взаимодействие в группе строилось с учетом интересов всех участников, признания ценности личности каждого из них, равенства их позиций, а также соучастия, сопереживания, принятия друг друга;

- принцип «здесь и сейчас»: члены группы фокусировали свое внимание на сиюминутных действиях и переживаниях и не апеллировали к прошлому опыту;
- принцип конфиденциальности: «психологическая закрытость» группы уменьшает риск психических травм участников.

В ходе работы с группой использовались различные средства решения задач тренинга: групповые дискуссии, диспуты, ролевые и сюжетно-ролевые игры, психогимнастика. Эти приемы позволили реализовать задачи тренинга, в основе которых лежит активный, исследовательский характер поведения участников.

Так, в ходе групповой дискуссии или диспута участники обучались умению высказывать свое мнение, спорить, обсуждать проблему, а также выступать в роли рядового слушателя, коммуникатора, генератора идей, эрудита и т. д. В процессе такой активной работы приобрелся целый ряд групповых коммуникативных навыков. В ролевой игре делался акцент на межличностное взаимодействие. В игре участники «проигрывали» роли и ситуации, значимые для них в реальной жизни. При этом игровой характер проведения раздвигал границы участников для поиска новых, более эффективных способов поведения, давал простор для фантазии и творчества. Следующий за игрой психологический анализ, осуществляемый группой совместно с тренером, усиливал обучающий эффект. Как следствие, усваивались нормы и правила социально приемлемого поведения, новые способы общения, приобретенные в ходе ролевой игры и скорректированные группой, которые обогатили личность ребенка и с успехом перенеслись в реальную жизнь.

Психогимнастика включала разнообразные упражнения, направленные на формирование комфортной атмосферы в группе, изменение состояния участников группы, а также на тренировку различных коммуникативных свойств, на повышение у детей чувствительности и эмпатии к другим людям.

По данным катamnестического наблюдения в течение настоящего учебного года отмечается стойкая положительная динамика в межличностных взаимоотношениях учеников класса. У ребят стали завязываться дружеские взаимоотношения, на переменах между уроками они самостоятельно играют, общаются по интересам. До проведения терапии они нуждались в постоянном контроле педагогов, так как любое взаимодействие заканчивалось словесным конфликтом, перерастающим в драку. Во взаимоотношениях со взрослыми стали более уважительны и сдержаны, в большинстве своем соблюдают правила поведения и режимные моменты, установленные в школе. Возникающие конфликты удается разрешить с помощью конструктивных способов, дети научились договариваться между собой, поддерживать друг друга, прислушиваться и доверять мнению других людей. При этом же улучшилась академическая успеваемость, несмотря на то что дети перешли в среднюю школу, они стали более самостоятельны и адаптировались к новым условиям обучения и педагогам (начальная и средняя школы функционируют в разных зданиях). Учитывая все выше перечисленное, можно сделать вывод, что проведенная краткосрочная групповая психотерапия с классом оказала позитивное воздействие не только на коммуникативные навыки детей, но и на другие личностные качества, такие как способность к эмоциональному отклику, проницательность, самостоятельность, справедливость, решительность, самоконтроль, организованность, дисциплинированность.

Н.В. Александрова**ПСИХИАТР-ПСИХОТЕРАПЕВТ
В ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОМ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ:
ОПЫТ 15-ЛЕТНЕЙ РАБОТЫ****Северо-Западный государственный медицинский университет имени
И. И. Мечникова (Санкт-Петербург).**

Психолого-педагогические медико-социальные Центры (ППМС Центр) со-
провождения в настоящее время существуют в системе образования во всех
районах г. Санкт-Петербурга и за его пределами. Главное направление работы
этих центров - профилактика различных форм детско-подростковой дизадап-
тации и делинквентного поведения. Основные сотрудники центров - психологи и
логопеды. В качестве совместителей приглашаются невропатологи. В штатном
расписании предусматриваются также психиатры и психотерапевты, но при
этом, если работа в центре у них - единственная, этим специалистам не засчи-
тывается медицинский стаж и не оформляется врачебная категория. По-
видимому, это связано с тем, что в Центрах предполагается работа со здоровы-
ми детьми, отклонения в поведении у которых связаны с неблагоприятными
средовыми факторами (семейными и школьными и т. д.).

С учетом такой ситуации психиатры и психотерапевты обычно работают в
Центрах в качестве совместителей. Опыт показывает, что отношение к ним в
складывается неоднозначное. С одной стороны, администратором Центра за-
пись посетителей к ним производится достаточно произвольно, с другой, при
предложении врача психологам направлять к ним на прием возможных пациен-
тов в сложных случаях нередко следует отказ, который психологи мотивируют
тем, что родители ребенка не хотят идти к психиатру.

Складывается парадоксальная ситуация, когда на совместных обсуждениях
тех или иных трудных случаев выясняется явная необходимость медицинской
помощи, однако эта помощь была проигнорирована или для ее использования
не была создана мотивация. В то же время даже консультативные записи нев-
ропатолога свидетельствуют о том, что значительная часть посетителей центра
нуждаются в специализированной психиатрической и психотерапевтической
помощи.

С чем же связана такая ситуация?

С одной стороны, у работающих в Центре психологов подготовка в обла-
сти психиатрии недостаточная или вовсе отсутствует. Ряд из них получил психо-
логическое образование как второе высшее, по укороченной программе, или яв-
ляется выпускниками педагогических вузов, где получают специальность педа-
гога-психолога, а не клинического психолога. Недостаточность медицинских
знаний не позволяет им вовремя осознать необходимость консультации врача-
психиатра в том или ином случае.

С другой стороны, в образовательной системе, к которой принадлежат
ППМС Центры, а значит и их сотрудниками, прослеживается скептическое от-
ношение к необходимости работы в этих учреждениях специалистов в области
психиатрии и психотерапии. Приходится сталкиваться и с тем, что работники
образовательных учреждений пугают детей тем, что отправят их к психиатру.
Подобные настроения имеют место и среди психологов ППМС Центров. Доста-
точно часто от психологов можно услышать слова о вреде психиатрических уч-
реждений, где поставят на учет, что, в свою очередь, отрицательно скажется на

судьбе обратившегося. Справедливости ради надо заметить, что и для обычного человека обращение в ППМС Центр психологически гораздо более безопасно, нежели в ПНД, тем более что в последних, как правило, занимаются тяжелой психической патологией, а более легкие случаи не принимаются под наблюдение. Поэтому за последние годы в ППМС Центры попадают не только профильные клиенты, но и те, кто требует врачебного наблюдения. Если последние не получают необходимой помощи из-за сопротивления психолога, их состояние может значительно ухудшиться.

Приведу следующий пример: один из психологов Центра в частной беседе с психиатром-психотерапевтом рассказал о трехлетнем ведении мальчика со страхами, говоря, что происходит хорошее улучшение, но в то же время успешной учебе и даже посещению школы «мешают посторонние мысли». Психолог связывал эти явления с неблагоприятной обстановкой в семье и считал, что сможет справиться сам. Далее выяснилось, что речь идет о подростке 16 лет. На вопрос, сможет ли он, не обращаясь в такой ситуации к психиатру, решить такую важную проблему как обязательность военной службы, психолог задумался и сказал, что «ведь учет в ПНД — клеймо на всю жизнь». Вопрос был переформулирован в следующей форме: «Если ваш клиент, по Вашим словам, на сегодняшний день имеет школьную дизадаптацию, обусловленную определенными, но не верифицированными специалистом симптомами, Вы сможете в вашем учреждении решить судьбу его службы в Армии?». Лишь после этой беседы подросток был осмотрен психиатром-психотерапевтом, в результате чего был установлен диагноз невроза навязчивых состояний и предложено двойное наблюдение — в ПНД для решения социальных задач, при необходимости медикаментозного лечения, и в ППМС Центре — для проведения психотерапии.

На первых порах получалось, что в Центре психиатр-психотерапевт и психологи работали как бы «независимо друг от друга». Такую ситуацию нельзя было признать приемлемой в силу малой эффективности работы. Тогда были предложены и введены другие формы работы и сотрудничества врача с психологами.

1. Присутствие психологов вместе со своими клиентами или семьями клиентов на консультативных приемах у психиатра-психотерапевта. Какие задачи помогла решить такая форма работы? Во-первых, психологи могли отслеживать процесс медицинской диагностики в каждом конкретном случае. Во-вторых, по окончании консультации между врачом и психологом шло обсуждение тактики последующего совместного ведения клиента или семьи, намечался подробный план психокоррекционных, терапевтических, а при необходимости расширенных диагностических мероприятий. Обязательно обсуждалось время повторной консультации. Следует отметить, что на сегодняшний день есть клиенты, судьба и ведение которых отслежены на протяжении нескольких лет наблюдения.

В-третьих, подобная консультация может выступать формой обучения тем умениям, которых могло не хватать психологу по разным причинам.

2. По мере того как благодаря совместным консультациям у психологов появилась потребность приобрести или расширить знания по психиатрии, им были прочитаны лекции по общей и частной психопатологии детского и подросткового возраста. В первую очередь на этих занятиях обращалось внимание на то, какие симптомы может увидеть психолог на приеме, на что ему нужно обращать специальное внимание в поведении клиента-посетителя, в каких случаях

клиента можно и нужно направить к психиатру на консультацию.

3. В процессе совместной работы также выяснилось, что есть необходимость в освежении и обновлении знаний по психологии развития и в применении этих знаний на приеме. С этой целью сначала было проведено теоретическое занятие по психологии развития, а затем — тренинг присоединения к семье, состоящей из родителя и ребенка. Для осуществления этой задачи использовалась ролевая игра с последующим анализом на когнитивно-поведенческом уровне. После каждого проигрывания обсуждалось, на каком уровне (стадии) находится данный ребенок, какие у него потребности и как они удовлетворяются, какие есть нереализованные потребности и каковы возможности для их реализации, что мешает развитию ребенка и в чем его ресурсы, какой план реабилитационных мероприятий может быть намечен. Обычно специалисты - психологи в малых группах (из 3-х человек) - проигрывали трудные случаи из своей практики. Подобный тренинг позволял им обменяться опытом, взглянуть на собственный опыт другими глазами и опробовать другие тактики и стратегии взаимодействия с семьями. Такой тренинг проводился на протяжении нескольких месяцев с сеансами длительностью 2 часа два раза в месяц. Эта форма занятий получила у психологов высокую оценку и плавно переросла в следующую - Балинтовские группы и супервизию.

4. Проведение Балинтовские групп и супервизии стало возможным в результате того, что в процессе проведения предыдущих форм занятий в Центре сложилась достаточно постоянная по составу группа из 10-11 психологов, которые прошли и определенную групповую динамику. Это позволило сформировать постоянно действующую супервизорскую группу, встречающуюся регулярно 1 раз в месяц. В настоящее время встречи этой группы проходят либо в формате Балинтовской группы, где обсуждаются возможности присоединения, упущенные при работе, либо в формате групповой супервизии, когда имеет место обсуждение процесса ведения клиента или семьи, ресурсы специалиста и его посетителей. В результате данной работы происходит усиление мотивации психологов на использование консультаций психиатра-психотерапевта. Отметим, что в ряде случаев, в процессе обсуждения противопереносных чувств при соприкосновении со своими испытанными на приеме личностными проблемами, у психологов формируется запрос на личную терапию.

Суммируя выше сказанное, можно сделать вывод, что на сегодняшний день удалось сформировать конструктивный альянс между специалистами Центра - психологами, с одной стороны, и психиатром-психотерапевтом, с другой. Сложившиеся отношения взаимного доверия позволяют не только более успешно оказывать психолого-медицинскую помощь населению, но также осуществлять профилактику профессионального выгорания у психологов как основных сотрудников ППМС Центра.

В.Л. Кокоренко

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СЕМЕЙ,
ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ
И СЕНСОРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ
(ЛЕКЦИЯ)**

Санкт-Петербургская академия последипломного педагогического образования (Санкт-Петербург).

Введение. Дети с врожденными или рано приобретенными нарушениями здоровья, приводящими к отклонению от нормального хода развития, фактически всю жизнь находятся не только в болезненном состоянии, но и в специфических условиях общения и воспитания. Семья, в которой родился больной ребенок (вне зависимости от характера патологии), становится особой группой с присущей только ей атмосферой межличностных отношений. По-разному проявляясь, они оказывают влияние на развитие ребенка, течение его заболевания, психическое состояние родителей и их самооценку.

Сложности контакта с больным ребенком, проблемы ухода и воспитания могут затруднять воспитательную функцию семьи. Тогда как для благоприятного развития ребенка с нарушенным развитием, создания условий для его выживания важна адекватная адаптация семьи к его состоянию, поскольку для такого ребенка семья имеет особое значение и выступает в качестве первичного микросоциума в гораздо большей степени, чем для ребенка здорового. Психологический микроклимат такой семьи, с одной стороны, отражает ее адаптацию ситуации хронического заболевания ребенка, а, с другой, – к окружающему «здоровому» миру.

Все это обуславливает необходимость специальных исследований в области клинической психологии семьи и детства как базы для разработки и внедрения в практику современных моделей реабилитации и психологического сопровождения детей с нарушенным развитием и их родственников [12,13].

Стадии адаптации родителей к болезни ребенка. После рождения больного ребенка родители ощущают беспомощность, становятся более тревожными и менее уверенными в себе. Их супружеские отношения в ряде случаев ухудшаются, становятся более формальными, вплоть до их распада. Характерны ригидность семейных правил и ритуалов, жесткое иерархичное построение семейной организации [9].

Выделяют ряд стадий адаптации родителей к болезни ребенка [14]. Они образуют характерный симптомокомплекс, развивающийся как следствие психологической травмы и приводящий к социально-стрессовым расстройствам.

Первая реакция - шок, «онемение» (отсутствие какой бы то ни было реакции), иногда немыслимый ужас: «...жизнь закончена». У матерей отмечаются острые эмоциональные расстройства (аффективно-шоковые и истерические), вплоть до суицидальных попыток. Действия родителей определяют эмоциональные переживания – «все неправда», «произошла ошибка», «обследование проведено небрежно». Данный этап – своеобразное сопротивление горю, включение психологической защиты для сохранения надежды и ощущения опоры

перед грозящим разрушить привычную жизнь фактом. При активном несогласии на фоне тревоги могут возникнуть чувства нереальности, деперсонализация, концентрация переживаний на прошлом.

Вторая стадия, *агрессии*, характеризуется чувством вины и поиском виновных (что снижает накопившуюся напряженность). Агрессия может быть направлена на тех лиц, кто недавно оказывал помощь, – супруга, родственников, врачей. Также она бывает обращена на ребенка, из-за которого, по мнению родителей, была «сломана их жизнь». Нередки случаи аутоагрессии с навязчивым поиском ошибок в своем поведении, дурных поступков, «жестокой расплатой» за которые является больной ребенок.

Третья стадия, *депрессии*, наступает по мере того, как родители начинают принимать диагноз, неполноценность ребенка и погружаются в печаль. В основе депрессивного состояния – осознание родителями постоянной зависимости от потребностей ребенка на фоне отсутствия у него положительных изменений. В отношении к проблемному ребенку чувство ответственности сочетается с ощущением беспомощности.

Четвертая стадия, *принятия* факта заболевания ребенка, отмечает позитивную социально-психологическую адаптацию семьи. Родители в состоянии адекватно оценить ситуацию, готовы руководствоваться интересами ребенка, устанавливать и поддерживать полноценные контакты со специалистами и разумно следовать их советам. Семья начинает строить жизнь с учетом сложившейся ситуации. Показатели адаптации – уменьшение печали, усиление интереса к окружающему миру, появление готовности активно решать проблемы с ориентацией на будущее.

Психологические характеристики семьи ребенка с двигательными нарушениями. Термин «детский церебральный паралич» (ДЦП) обозначает группу двигательных расстройств, возникающих при поражении двигательных систем головного мозга и проявляющихся в недостатке или отсутствии контроля ЦНС за произвольными движениями. У детей с ДЦП имеет место не только замедленный, но и неравномерный темп психического развития с диспропорциональностью в формировании отдельных психических функций, что дает основание говорить о своеобразной дизонтогении психического развития церебрально-органического генеза. Среди вариантов нарушенного развития личности наиболее часто отмечается задержанное развитие по типу психического инфантилизма, иногда в виде клинических вариантов осложненного психического инфантилизма – невропатического, церебрастенического и органического.

По данным Н.К. Спицыной, 72% обследованных ею детей со спастическими формами ДЦП рождены на неблагоприятных стадиях супружества (добрых отношений, конфронтации, экспериментирования с независимостью). На благоприятных стадиях компромиссов и зрелого супружеского холона были рождены только 28% детей с ДЦП [15].

Изучение психологического компонента гестационной доминанты с помощью «Теста отношений беременной» И.В. Добрякова, предназначенного для ретроспективного исследования, показало, что в его структуре у матерей детей с ДЦП, по сравнению с матерями здоровых детей, достоверно более выражены гипогестогнозический и тревожный типы. В первом случае женщины отмечали, что беременность никак не изменила их отношений с мужем (56%), с родственниками (24%), они не думали о родах (24%), о вскармливании ребенка грудью (22%), не задумывались о том, какими будут матерями (18%). Во втором – в пе-

риод беременности постоянно думали о родах, боялись их (30%), беспокоились о здоровье ребенка, представляли его после рождения слабым (18%), беспокоились, что у них не будет хватать молока для кормления ребенка (18%) [15].

Рождение ребенка с ДЦП формирует в его семье ряд специфических проблем: происходят внутрисемейные изменения, пересматриваются и перераспределяются семейные роли и обязанности, меняется социальный статус семьи, ее отношение с микросоциумом. Нередко семья оказывается в изоляции, испытывает материальные трудности. Кардинальные изменения происходят в жизни матери (ограничение возможности учебы и работы, отдыха и развлечений, общения). Отцы глубоко переживают свою неспособность изменить ситуацию и порой не выдерживают испытаний, могут бросить жену с больным ребенком, что приводит к ухудшению ее состояния и сказывается на ребенке. Формирование отношений больного ребенка с близкими людьми протекает на фоне частых семейных конфликтов, «виновником» которых является он сам. Это усугубляется нетактичным поведением знакомых, соседей, иногда медицинских и социальных работников, что усиливает чувство неполноценности родителей, приводит к их психопатизации, активизирует семейные конфликты по поводу лечения, обучения, воспитания, организации ухода. Реже супруги создают псевдосолидарное объединение, основанное на обвинении третьих лиц (чаще врачей). Любой из этих вариантов деструктивно влияет на жизнедеятельность семьи и формирование личности ребенка с ДЦП [11].

В.В. Ткачева определяет три уровня качественных изменений, имеющих место в семьях данной категории:

- биологический уровень (патологическая цепочка: заболевание ребенка ведет к психогенному стрессу у матери, который провоцирует чувства вины, собственной неполноценности и отчуждения, стыда за неполноценность ребенка, соматические или психические заболевания);

- психологический уровень, или «внутренний тупик» (у матери наблюдается пролонгированный стресс, оказывающий деформирующее воздействие на психику других членов семьи, что становится условием резкого, травмирующего изменения сформировавшегося в семье жизненного уклада с появлением конфликтности, противоречивости);

- социальный уровень, или «внешний тупик» (утрата контактов): семья становится малообщительной, избирательной. Больше время отдано уходу за ребенком, что несовместимо с продолжением учебы, работы. Деформация во взаимоотношениях между родителями нередко приводит к разводам [4].

В то же время в лонгитюдном исследовании матерей детей с ДЦП Л.М. Колпаковой были выявлены различные варианты их адаптивности к трудной жизненной ситуации болезни ребенка – личностный и субъектный [8]. Матерей с «субъектной» адаптивностью отличают активная жизненная позиция, высокий уровень жизнелюбия и эмоциональная зрелость в сочетании с «автономностью» и способностью «принять неудачу, провести коррекцию жизненных стратегий». Их также характеризует положительная мотивация активности в достижении успеха, усиление потребности в социальном взаимодействии, снижение механизмов защиты эмоционального спектра и повышение результативности в применении рациональных способов преобразовательных стратегий.

И.В. Добряков, С.В. Церетели указывают, что 78% детей с ДЦП получают негармоничное воспитание [5], чаще всего – гиперопеку. В части семей наблюдаются эмоциональное отвержение ребенка, неустойчивость воспитания. Зако-

номерным следствием негармоничного воспитания является тот факт, что большинство детей и подростков с ДЦП имеют невротическую и неврозоподобную симптоматику [10].

По данным В.В. Ткачевой [17], матери *невротичного типа* в плане воспитания проявляют несостоятельность, в их отношениях с ребенком отсутствует требовательность, а порой и необходимая строгость. Эти матери во всем идут на уступки ребенку, удовлетворяются тем, что ребенок самостоятельно обучается что-то делать, и считают, что большего от него ждать нечего. Собственное психоэмоциональное бессилие не позволяет таким матерям оценить позитивно свое будущее и будущее ребенка. Матери *авторитарного типа* имеют активную жизненную позицию и считают, что проблемы их детей могут быть разрешены. Однако многим из них свойствен неадекватный характер применения воспитательных мер к ребенку – несоответствующие возрасту и возможностям требования, жесткие формы наказаний (окрик, подавление личности, шлепок, рукоприкладство). Сами матери не рассматривают свое поведение как неправильное. В результате такая форма взаимодействия нередко становится причиной возникновения у детей вторичных нарушений: тиков, энуреза, заикания. У матерей *психосоматического типа* в поведении проявляется нормативность, они не устраивают скандалов и ссор, им свойственно пожалеть ребенка, оказать ему помощь, а иногда и сделать за него то, что он не может еще сам. Они склонны гиперопекать своих детей. Проблема ребенка, чаще скрываемая от посторонних взглядов, переживается этими матерями изнутри, что является причиной возникающих нарушений в психосоматической сфере.

Н.К. Спицына показала, что матери, не имеющие высшего образования, испытывают больше трудностей в общении с ребенком, страдающим ДЦП. Они чаще склонны к строгости санкций, проявлениям воспитательной неуверенности, выносят супружеский конфликт в сферу воспитания. Также ею установлены взаимосвязи характеристик воспитания с переживанием матерью ребенка с ДЦП семейной ситуации и ее эмоциональным состоянием. Такие типы негармоничного (патологизирующего) воспитания ребенка с ДЦП, как неустойчивый и противоречивый, эмоциональное отвержение, повышенная моральная ответственность, – прямо коррелируют с переживанием матерью конфликтности, враждебности, неполноценности в семейной ситуации, более напряженным психоэмоциональным состоянием. В то же время воспитание в форме потворствующей и доминирующей гиперпротекции связано с более благоприятной обстановкой в семье ребенка с ДЦП и с благоприятным нервно-психическим состоянием матери. Более благоприятные отношения отмечены в семьях детей с ДЦП с легкой степенью нарушения психических функций, а повышенное переживание матерью неполноценности – в семьях детей с ДЦП с грубой степенью нарушения психических функций (умственная отсталость) [15].

Проведенное нами исследование отношения подростков к воспитательной практике родителей [7] обнаружило, что высокая значимость образа матери у подростков с ДЦП прямо связана с их высоким самоконтролем и уменьшением дистанции в общении с женщинами зрелого возраста. Чем выше оценивается эмоциональная близость с матерью, тем выше у подростков уровень развития мышления. Чем выше оценивается эмоциональная близость с отцом, тем больше рассогласование притязаний и самооценки по шкале «умение многое делать своими руками». Здесь следует отметить, что многие подростки с ДЦП высоко оценивают фактор критики, отражающий заинтересованность и степень кон-

троля со стороны родителей.

По сравнению со здоровыми детьми, зависимость ребенка с ДЦП от семьи и, прежде всего, от матери, нивелируется с возрастом значительно медленнее. При этом процессы эмансипации тем труднее, чем тяжелее степень двигательных расстройств.

Психологические характеристики семьи ребенка с сенсорными нарушениями.

Нарушения зрения в детском возрасте чаще всего представлены врожденной и рано приобретенной слепотой, ретинопатией недоношенных детей, миопией. Если рождение слепого ребенка в семье с двумя незрячими родителями – событие прогнозируемое, то появление такого ребенка в семье здоровых людей – событие, близкое к шоковому.

Родители ребенка с нарушенным зрением не знают, как будет функционировать семья в дальнейшем, не имеют представления о перспективах развития ребенка. Родители слепого ребенка нередко испытывают чувство вины, замыкаются в своих переживаниях, ревниво относятся к нормально видящим детям друзей, знакомых. В такой ситуации от них требуются мужество принятия ситуации, совместный труд со специалистами и разумная позиция по отношению к ребенку. Особенно важны первые три года жизни ребенка, когда путем противостояния сенсорной депривации, следствием которой может быть снижение общей активности ребенка, его двигательное недоразвитие, стереотипные движения, - родители могут оказать решающее воздействие на его развитие.

Неадекватность родительской позиции определяется тем, что ребенок воспринимается как жертва обстоятельств, которая нуждается в постоянной опеке и защите. У привыкшего к опеке ребенка с нарушенным зрением слабо сформированы навыки самообслуживания, наблюдается задержка развития предметной деятельности, характерная для глубоких нарушений зрения, недостаточно развиваются сохранные анализаторы, в первую очередь, активное осязание. Неблагоприятна для психического развития ребенка позиция родителей, когда с недостатком зрения они смирились, а самого ребенка не принимают. Отвергая вызывающего раздражение ребенка, они нередко стараются отдать его на воспитание родственникам или другим лицам.

Сложная ситуация также создается, когда родители принимают ребенка, но отрицают наличие у него каких-либо особенностей. Такую позицию часто занимают родители слепых детей, имеющих нарушения интеллекта. Настаивая на отсутствии у ребенка нарушений интеллектуальной сферы, родители создают для него неадекватные учебные условия, не учитывающие сложный характер его нарушения, что ведет к перенапряжению нервной системы и отрицательно сказывается на формировании его личности.

Родители близоруких детей склонны переоценивать степень удовлетворения потребностей ребенка и недооценивать объем и трудность его обязанностей. Развитые родительские чувства сочетаются с выраженными чертами воспитательской неуверенности. Источником напряженности в семейных отношениях может являться расхождение в оценках воспитательного влияния на ребенка у матерей и отцов. Матери считают, что степень их внимания к интересам и делам ребенка достаточно высока, отцы же описывают степень своего вмешательства скорее как недостаточную. Для матерей характерно выраженное расширение родительских чувств, что часто возникает в ситуациях нарушенных супружеских отношений, когда родители, сами того не осознавая, хотят, «чтобы

ребенок стал для них больше, чем просто ребенком». В таких условиях ребенок может восприниматься родителями в качестве средства достижения их собственных целей и реализации неосознаваемых мотивов воспитания. Нередко в группе родителей, воспитывающих детей с нарушенным зрением, удовлетворяются потребности не реального, а идеализированного ребенка. В этом случае даже сильно завышенные требования могут казаться нормальными и естественными, а сам факт осознания недостаточной трудности и объема обязанностей ребенка может являться стимулом для повышения уровня требований к нему со стороны родителей.

Наблюдения за проявлениями родительского отношения к ребенку с проблемами зрения в консультационном процессе показало, что в речи матерей изобилуют модальные операторы долженствования и необходимости (должен, следует, надо), говорящие о выраженных попытках занять /утвердить доминирующее положение. Для матерей типично отвечать за ребенка, подсказывать ответ на вопрос, адресованный ему консультантом, с последующими извинениями и обобщающими комментариями, «что ребенок всегда очень волнуется и боится неправильно ответить» или «где не надо, ребенок всегда молчит». При характеристике ребенка матери склонны использовать обобщающее местоимение «мы» («у нас ухудшилось зрение»), что может указывать на тенденцию к симбиотическим отношениям. «Доминантно-симбиотический», привязывающий стиль поведения родителя и формирующиеся в связи с этим «пассивно-симбиотические» особенности детей с нарушенным зрением отражают специфичность процессов интеграции семьи и ролевых представлений ее членов.

А.Р. Шарипов и З.Ф. Гафурова [18] отмечают:

- резкая поляризация функций контроля за ребенком и сосредоточение их в руках матери приводят к снижению отцовского влияния и возрастанию взаимной неудовлетворенности супругов. Компенсация этого - расширение сферы родительских чувств и стремление родителей (в первую очередь, матери) привязать ребенка к себе;

- расширение сферы родительских чувств в области, не связанной с отношениями «ребенок - родитель», с одной стороны, сопровождается возрастанием требований к ребенку, трудности и сложности его обязанностей (чему также способствует их резкая недооценка), с другой, приводит к возрастанию воспитательской неуверенности как в силу сомнений в правомерности предъявляемых требований, так и из-за сомнений в способностях ребенка справиться с ними;

- возрастание воспитательской неуверенности родителей, с одной стороны, компенсируется их попытками полнее удовлетворять потребности ребенка и, с другой, способствует фиксации нарушения зрения как инструмента снижения требований-обязанностей.

Угроза разрыва симбиоза и/или изменение устойчивых микросоциальных взаимоотношений - ведущий стресс-фактор таких семей. Различные позиции по отношению к ребенку и его нарушению у матери и отца создает почву для конфликтов и могут привести к распаду семьи.

Н.Л. Анисимова [1] обнаружила, что в семьях родителей с педагогическим образованием самый высокий уровень невротизации детей с нарушенным зрением. Ориентированные в профессиональном отношении на сформированность определенных знаний, умений и навыков, педагоги-родители значительно завышают планку своих требований к ребенку, стремятся развивать детей зачастую неадекватными для их возможностей способами, определяя во всевозмож-

ные кружки и студии, но мало внимания уделяя эмоциональному развитию. Родители, представляющие сферу бизнеса, задачи воспитания и обучения своих детей с нарушением зрения нередко пытаются переадресовать образовательному учреждению, сполна готовы оплатить дополнительные услуги преподавателей, а собственное участие ограничивают материальным обеспечением ребенка. Часто они рассчитывают решить проблемы ребенка путем приобретением «чудо-очков», дорогостоящей операции. Дети из семей служащих и рабочих показали самый высокий уровень психического благополучия, а родители – готовность к сотрудничеству со специалистами. Оказалось, что в этой категории семей бабушки играют большую роль в воспитании детей, проводят с внуками много времени, охраняют интересы ребенка.

В семьях, где родители имеют детей с нарушениями слуха (глухота, нейро-сенсорная тугоухость), существуют специфические проблемы, связанные с наличием или отсутствием нарушений слуха у родителей. Глухой ребенок может иметь практически сохранный интеллект, возможность и желание общаться. Т.Г. Богдановой и Н.В. Мазуровой [2] отмечено, что в семьях глухих детей с глухими родителями устанавливаются межличностные отношения, по ряду показателей сходные с отношениями в семьях без патологии слуха. По мнению специалистов, эмоциональное благополучие глухого ребенка в семье обусловлено тем, что при общении жестовой речью, понятной обеим сторонам, достигаются более полный контакт и взаимопонимание. Глухие дети глухих родителей обнаруживают наибольшее количество эмоциональных проявлений, в том числе интеллектуальных, приближаясь по этим показателям к слышащим детям.

Самые проблемные взаимоотношения зафиксированы в семьях слышащих родителей, имеющих глухих детей. Слышащие родители не могут наладить успешное общение с помощью небольшого набора слов и высказываний, естественных жестов, уже усвоенных детьми. Взаимное непонимание в социальных контактах становится причиной значительного своеобразия в эмоциональных отношениях глухих детей с окружающими.

В таких семьях дети выражали меньшую симпатию и привязанность и к матери, и к отцу. Отношения с матерью были эмоционально обеднены, а с отцом – чрезмерно насыщены отрицательными эмоциями. Матери недостаточно одобряли детей за хорошие поступки, обнаруживали равнодушие при их плохом поведении. Отцы, напротив, стремились проявить по отношению к детям «мужской характер» и внушить им правила хорошего поведения. При этом глухие дети из семей слышащих родителей проявляли положительное отношение к сестрам и братьям чаще, чем к родителям. Это может объясняться возможностью более тесных социальных контактов глухих детей с сиблингами на предметно-практическом уровне, чего не происходит в общении с родителями. При исследовании влияния внутрисемейных отношений на развитие личности глухих детей (общительность, социальная адекватность поведения, стремление к доминированию в межличностных отношениях) показано, что глухие дети слышащих родителей имеют низкие показатели любознательности и общительности, нежелание находиться в лидерской позиции, стремление к уединению, обособленности. Уровень конфликтности глухих детей несколько выше, чем у здоровых сверстников, но у глухих детей из семей глухих родителей он сочетался со стремлением к лидерству, а у глухих детей из семей слышащих родителей – со стремлением к позиции подчинения. Глухие дети слышащих родителей показали наименьшее число эмоций в разных жизненных ситуациях, что связывается с неумением

взрослых слышащих людей вызвать маленьких детей на эмоциональное общение.

На эмоциональном развитии детей и их отношениях с родителями и другими членами семьи отрицательно сказывается оторванность от семьи (пребывание в детских учреждениях интернатного типа). Глухие дети имеют меньшую социальную зрелость, чем их слышащие сверстники, при этом глухие дети глухих родителей обладают большей зрелостью по сравнению с детьми, имеющими слышащих родителей. Родители часто опекают своего ребенка, неохотно предоставляя ему свободу и самостоятельность, действия матерей нередко носят директивный характер. По сравнению со слышащими сверстниками у глухих детей чаще встречаются эмоциональные и поведенческие нарушения, число невротических расстройств в два раза выше. Отставание в овладении словесной речью ведет к ограничениям социальных контактов, появлению фрустрации у детей и родителей. Невозможность описать события внутренней жизни, обсудить возникающие проблемы и планы приводит к уходу в себя.

В семьях детей с нарушениями слуха позиции родителей по отношению к детям противоречивы: с одной стороны, они инвалидизируют ребенка, сопротивляются предоставлению ему свободы и самостоятельности, с другой, желают более быстрого его развития, преодоления социальных последствий нарушения, болезненно воспринимают неудачи ребенка в обучении, общении. У матерей чаще имеется естественное отношение к детям: несмотря на периоды депрессии, большинство из них, ухаживая за ребенком с первых дней его жизни, любят его таким, какой он есть. Сложнее реакции и отношения отцов: многие из них при рождении аномального ребенка склонны к реакции психологического отказа от него, чаще, когда речь идет о сыне. Взаимное приспособление сиблингов, одни из которых с нарушениями слуха, а другие – нет, зависит факторов пола, возраста, порядка рождения, социально-экономического статуса семьи, поведения родителей.

По данным нашего исследования [7], чем выше глухие подростки оценивают близость матери, тем меньше дистанция в общении с ней и меньше рассогласование уровня притязаний и самооценки здоровья. Чем меньше дистанция в общении с матерью, тем выше: самооценка подростков по шкалам «ум, способности» и «характер»; уровень притязаний по шкалам «характер», «авторитет у сверстников», «внешность», «уверенность в себе», «фигура, тело». Для подростков с нарушенным слухом характерно положительное восприятие образа отца в сочетании с исполнительностью. Чем меньше дистанция в общении с отцом, тем ниже: фемининность подростков; оценки воспитательной практики отца по шкалам «автономность», «непоследовательность»; меньше рассогласование уровня притязаний и самооценки по шкале «ум, способности».

Таким образом, дети с нарушениями зрения и слуха относятся к категории лиц с ограниченными возможностями жизнедеятельности и здоровья, поскольку сбой в деятельности сенсорной системы организма значительно нарушает адаптацию ребенка к условиям жизни и может привести в дальнейшем к патологическому формированию личности. В связи с этим большое значение приобретает поддержка, которую эти дети получают со стороны родителей в преодолении встающих перед ними трудностей. М.С. Голубева [3], изучив совладающее поведение родителей, воспитывающих детей с тяжелыми сенсорными нарушениями, отмечает, что формирующаяся качественно новая оценка себя и собственных переживаний у таких родителей (терпение, чувствительность, интуитивность, стойкость, любовь к ребенку, супружеское единение) сочетается с личностными и социальными поте-

рями: заниженной самооценкой (у матерей), нарушением эмоциональной регуляции (у отцов), пессимизмом, высокой зависимостью поведения от эмоционального состояния, узким кругом общения. Совладающее поведение родителей детей с тяжелыми нарушениями зрения или слуха представлено особым отношением к социальной поддержке, выбором супружеского диадического копинга (единой стратегии совладания). Первое место в структуре социальной поддержки матери и отцы детей с сенсорными нарушениями отводят своей (своему) супруге/супругу, а родители нормально развивающихся детей - близким родственникам.

Социальная поддержка, которую получают родители детей с нарушениями зрения или слуха, имеет специфические особенности. Она представлена более узким кругом близких людей и отличается более плотными межличностными отношениями. Влияние социальной поддержки (часто рассматриваемой как копинг-ресурс) на эмоциональное состояние матерей детей с сенсорными нарушениями амбивалентно. Социальная поддержка не позволяет им дистанцироваться или отвлечься от проблем, связана с повышением усилий по принятию своей ответственности за трудную ситуацию. При этом избыток информационной социальной поддержки вызывает у матерей потерю самоконтроля.

Заключение.

Все обсуждаемые выше проблемы и трудности функционирования, семейные нарушения и семейный ресурсный потенциал находят свое отражение в программах психологического сопровождения семей детей с двигательными и сенсорными нарушениями. Данные программы разрабатываются специалистами в рамках современных моделей оказания помощи семье, имеющей ребенка с нарушенным развитием, таких как:

- *комплексная социально-реабилитационная модель*, в которой сочетаются целенаправленная активность специалистов по социальной реабилитации (абилитации) родителей и ребенка с ограниченными возможностями здоровья в целях подготовки ребенка к продуктивной и полноценной социальной жизни посредством специальным образом организованного обучения, воспитания и создания оптимальных условий [6];

- *психолого-педагогическая модель*, в которой психологический аспект представлен психокоррекционной работой с родителями детей с нарушениями в развитии с целью создания благоприятного психоэмоционального климата в семьях и формирования положительных установок в сознании родителей [16],

- *психотерапевтическая модель*, где своевременная и целенаправленная система психотерапевтических мероприятий максимально стимулирует развитие личности ребенка, сглаживает негативное влияние заболевания на его психическое состояние, способствует гармонизации детско-родительских и семейных отношений, правильной оценке его состояния и возможностей, адекватной требовательности к нему.

В следующей лекции эти модели будут рассмотрены более подробно.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анисимова Н. Л. Совместная работа семьи и детского сада по воспитанию и развитию детей с нарушением зрения // Дефектология, 1998, № 1. - С. 56-62.
2. Богданова Т. Г., Мазурова Н. В. Влияние внутрисемейных отношений на развитие личности глухих младших школьников // Дефектология, 1998, № 3. - С. 40-44.
3. Голубева М. С. Совладающее поведение родителей, воспитывающих детей с тяжелыми сенсорными нарушениями. Автореферат дисс. к. психол. н., 2006.

4. Детский церебральный паралич. Хрестоматия. Учебное пособие для студентов высших и средних педагогических, психологических и медицинских учебных заведений / Составители – Л.М. Шипицина и И.И. Мамайчук. – СПб.: Дидактика Плюс, 2003. – 520 с.

5. Добряков И.В., Церетели С.В. Значение перинатальных факторов в формировании типа семейного воспитания здорового ребенка и ребенка с детским церебральным параличом // Психологические проблемы современной российской семьи: Материалы Всероссийской научной конференции. Часть 2. – М., 2003. – С. 178-180.

6. Кокоренко В. Л., Кучукова Н. Ю., Маргошина И. Ю. Социальная работа с детьми и подростками. Учебное пособие. – М.: Академия, 2011. - 256 с.

7. Кокоренко В. Л. Восприятие воспитательной практики отца у подростков с нарушениями развития // Вопросы психического здоровья детей и подростков (научно-практический журнал психиатрии, психологии, психотерапии и смежных дисциплин) –2009 (9), № 1. - С. 99-105.

8. Колпакова Л. М. Психология адаптивности к трудной ситуации (на примере матерей, имеющих детей с двигательной патологией). Автореферат дисс. д. психол. н., 2011.

9. Коптяева Т.Ф. Влияние рождения ребенка-инвалида на развитие супружеских отношений // Ананьевские чтения – 2005. Материалы научно-практической конференции / Под ред. Л.А. Цветковой, Л.М. Шипициной. – СПб.: Изд-во С.-Петербургского университета, 2005. – С. 402-403

10. Крыжко Е.В. Роль перинатальных факторов в формировании личности детей с детскими церебральными параличами // Перинатальная психология и медицина: Сб. мат. конференции. – СПб.: Институт акушерства и гинекологии РАМН им. Д.О. Отта, 2001. – С. 140-142.

11. Левченко И.Ю., Приходько О.Т. Технология обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. – М.: Академия, 2001. – 192 с.

12. Никольская И.М. Клиническая психология семьи // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2005 (5). - № 2. – С.7-11.

13. Никольская И.М. Клиническая психология и психотерапия семьи и детства в парадигме биопсихосоциальной модели болезни и здоровья // Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Клиническая психология в здравоохранении и образовании». Сборник материалов. 24-25 ноября 2011г. – М.: МГМСУ, 2011. - С. 68-74.

14. Рыженко И. В., Карданова М. С. «Особенности реагирования родителей на присутствие в семье ребенка-инвалида. Вероятностные пути психологической помощи» // Мир психологии № 3, 2003, с. 242-246.

15. Спицына Н.К. Перинатальные аспекты материнско-детских отношений в семьях детей с детским церебральным параличом. Автореферат дис. ... канд. психол. н. С-Пб, 2008. - 24 с.

16. Ткачева В.В. Психокоррекционная работа с матерями, воспитывающими детей с отклонениями в развитии. Практикум по формированию адекватных отношений. – М.: ГНОМ и Д, 2000. - 64 с.

17. Ткачева В.В. Психологические особенности матерей, имеющих детей с тяжелыми двигательными нарушениями // Коррекционная педагогика. - М., 2004, № 1 (3). - С.74-79.

18. Шарипов А.Р., Гафурова З. Ф. Особенности представлений родителей близоруких детей о семейном воспитании // Дефектология, 1998, № 3. - С. 23-28.

В.В. Пушина

БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД В ПОНИМАНИИ АЛКОГОЛИЗМА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)¹

**Нижегородский государственный педагогический университет им.
Козьмы Минина (Мининский университет) (Нижний Новгород).**

Комплексный клинико-социально-психологический подход к профилактике, психокоррекции и психотерапии алкоголизма – актуальная проблема современной психологической практики в наркологии. Множество биопсихологических и социальных факторов, часто тесно связанных, опосредуют стресс и копинг в повышении риска употребления алкоголя. Для подросткового возраста особенно перспективными представляются исследования, отмечающие многофакторную природу употребления алкоголя (от индивидуально-личностных до макросоциальных-культуральных уровней влияния) [54]. Результаты научных исследований в рамках доказательной медицины намечают и обосновывают мишени [45] для комплексных программ профилактики употребления алкоголя у подростков. Следовательно, алкоголизм необходимо рассматривать в рамках интегративной биопсихосоциальной модели болезни и здоровья, согласно которой на благополучие и нездоровье влияет взаимосвязь между биологическими, психологическими и социальными факторами.

Распространенность алкоголизма среди детей и подростков. В настоящее время распространение злоупотребления алкоголем в детско-подростковой среде – одна из наиболее актуальных медицинских, социально-педагогических, экономических, криминальных проблем нашей страны [17, 27, 28, 46, 65, 96]. Алкоголь остается наиболее часто используемым подростками наркотиком, распространенность употребления которого на протяжении последнего десятилетия драматически выросла среди молодежи [43]. При этом употребление и злоупотребление алкоголем среди несовершеннолетних, особенно пива [91], распространяется в большей динамике, чем употребление наркотиков [58].

Алкоголь сейчас считается главным наркотиком, которым злоупотребляют также европейские и американские подростки [57, 127]. Часто для них характерна склонность к одновременному употреблению алкоголя и других психоактивных веществ (ПАВ) [92]. Формирование молодежной наркомании – это процесс, начинающийся с употребления алкоголя.

Анонимное анкетирование учащихся от 15 до 19 лет показало, что 83% опрошиваемых употребляют пиво, из них 55% делают это с частотой 2-4 раза в месяц. Кроме того, о ежедневном употреблении пива в течение последнего месяца перед исследованием сообщили 5,2% подростков, что может указывать на развивающуюся алкогольную зависимость. Обследование 70 учащихся общеобразовательных школ показало предпочтение подростками 12-15 лет пива (55,7%), далее следовали вино (22,6%) и водка (21,4%). Употребление пива для исследуемых подростков сегодня входит чуть ли не в понятие нормы, приближительная доза составляет 1,5 литра еженедельно [54].

Социологические опросы учащихся школ в 1990-2000-е гг. показывают рост употребляющих и злоупотребляющих алкоголем. По результатам обще-

¹ Начало. Окончание в следующем выпуске.

российского мониторинга к 2003 г. в употребление алкоголя вовлечено до 80% молодежи, а к 2007 г. алкоголь пробовали более 89% опрошенных учащихся РФ, из них 52% употребляли алкоголь хотя бы один раз, 7% – систематически [43, 65, 67, 85, 86].

Среди учащихся 9-11 классов лицея Санкт-Петербурга имеют опыт употребления пива 83%, водки – 40%, самогона – 22%, других напитков – 19%. Испытав от первого знакомства со спиртным прилив ложной храбрости и приподнятого настроения, подростки легко привыкают к алкогольным напиткам. При опросе школьников 5-7 классов выявлены 52% подростков, которые имели опыт употребления алкогольных напитков, в 8-9-м классах – 91%, и к 10-11-му классу число таких детей возросло до 100%. Средний возраст, в котором был попробован алкоголь, среди 5-7 классов составил в среднем 9,6 лет, 8-9-х – 10 лет, 10-11-х классов – 12,6 лет. При обследовании довольно большой группы лиц, страдающих алкоголизмом, установлено, что около 95% из них приобщилось к алкоголю в возрасте до 15 лет [54].

Зарубежные исследования подростков также показывают высокую степень их вовлеченности в употребление алкоголя. В 1990 г. в США до 90% старшеклассников употребляют алкоголь [26]. При опросе старшеклассников в Монреале выявилось, что 20% опрошенных подростков употребляют спиртное от 2 до 10 раз в месяц, 6,3% – более 10 раз [19]. Среди учащихся колледжа злоупотребление алкоголем с вредными последствиями диагностировано у 31%, а зависимость у 6% [115].

Если Б.М. Гузиков и А.А. Мейроян на основании анализа работ отечественных и зарубежных авторов делали вывод о том, что в детско-подростковом возрасте алкоголизация более характерна для мужского пола (40%), чем для женского (10%) [24], то в 2007 г. каждый четвертый мальчик (27%) и каждая пятая девочка (20%) употребляли алкоголь регулярно [54]. Таким образом, неблагоприятная эпидемиологическая динамика употребления алкоголя проявляется также в исчезновении гендерной разницы среди подростков [28, 29, 35, 58, 67]. Исследования Ю.З. Теддер и П.И. Сидорова показывают, что в 9-10 лет познали вкус алкоголя 49,8% мальчиков и 31,9% девочек. В 16-17 лет пробовали спиртные напитки 84,1% юношей и 59,7% девушек. Наше исследование подростков, стоящих на учете в ГУЗ НО «Наркологическая больница» г. Нижнего Новгорода с диагнозом «Пагубное употребление алкоголя с вредными последствиями», определило средний возраст злоупотребления алкогольных напитков у подростков женского пола в 15,5 лет, мужского пола – 15,8 лет [77].

Инициация употребления алкоголя происходит чаще в более раннем возрасте, чем инициация наркотической [33, 35, 84]. Средний возраст употребления алкоголя у подростков снизился с 15,8-15,4 лет в 1991-96 гг. до 11-14 лет [18, 29, 53, 91]. В 2007 г. раннее (до 9 лет) начало употребления алкоголя было выявлено у каждого пятого из числа опрошенных учащихся РФ (19%), более выраженный пик употребления алкоголя приходился на 14 лет. Критическим для инициации употребления алкоголя у подростков является 12-13-летний возраст [55].

Особенности подросткового алкоголизма. В зарубежной наркологии согласно концепции психогенеза алкоголизма [122], алкоголизм рассматривается не как патология индивидуума, а как результат взаимодействия между всеми членами семьи, как часть функционирования структуры семьи, направленной на сохранение семейного гомеостаза.

Особенности подросткового алкоголизма - это размытость симптомов, бы-

строе развитие компульсивного влечения, отсутствие истинных запоев, быстрый рост и непродолжительная толерантность, ложное опохмеление, плохо выраженная стадийность, частое сочетание с токсикоманией и наркоманией. Идеемоторный компонент влечения у подростков, по сравнению с больными алкоголизмом взрослыми, выражен слабее, а аффективный компонент – более отчетливо. С.Г. Резников, В.В. Дробышев считают, что срок от начала употребления до злоупотребления алкоголем у подростков составляет в среднем 1,3 года. П.И. Сидоров и А.В. Митюхляев регистрировали формирующуюся алкогольную зависимость у девочек-подростков на втором году от начала злоупотребления, у мальчиков этот срок в два раза дольше. Девочки рано знакомятся с суррогатами, чаще уже к концу второго года употребления. Б.С. Владимиров отмечает, что динамика алкоголизма у девочек подростков тесно связана с социальной дизадаптацией. Более злокачественное течение алкоголизма у девочек-подростков отмечается, если алкоголизация происходит в группировках с иерархией ролей, менее злокачественное – при выпивках в малых группах лиц, равных по социально-психологическим характеристикам [94]. Продолжительность абстинентного синдрома при алкоголизме у подростков не превышает двух дней, степень выраженности данного синдрома: слабая - у 27,3% подростков, умеренная у - 63,6%, выраженная у 9,1% [89].

Причины алкоголизма у детей и подростков. В основе распространения алкоголизма лежат биологические, социальные и психологические факторы.

Биологические факторы риска алкоголизма. В развитии влечения к алкоголю особое значение имеет семейная наследственная отягощенность. На частоту алкоголизма у потомства алкоголиков обращали внимание еще в XIX в. В начале XX в. психиатр Ф.Е. Рыбаков отмечал, что у 83,5% больных алкоголизмом пациентов были указания на алкоголизм родственников. Современные генетические исследования начались во второй половине XX в. По данным И.В. Стрельчука, прямая алкогольная наследственность выявлена в 81,3% случаев. В серии исследований, проведенных в Дании и США, установлено, что у приемных детей, родители которых страдали алкоголизмом, риск возникновения зависимости от алкоголя в 4 раза превышает соответствующие показатели в контрольной группе. Н.Ю. Гасан-заде выдвинул гипотезу о наличии «гена алкоголизма», который обуславливает еще более раннее начало алкоголизации [20]. Это позволило утверждать, что часть случаев алкоголизма наследуется [60]. И.П. Анохина указывает на существование биологических показателей (маркеров), отражающих индивидуальную предрасположенность к алкоголизму. У больных с высоким биологическим риском развития алкоголизма низкая активность фермента дофаминбетагидроксилазы, превращающего дофамин в норадреналин [3].

У детей, рожденных от родителей больных алкоголизмом (по линии отца или матери), повышен биологический риск заболевания алкоголизмом. У большинства из них выявлены изменения поведения: агрессивность, повышенная возбудимость, психопатии, депрессии. Потребление алкоголя во время беременности ведет к развитию алкогольного синдрома плода с умственной и физической недоразвитостью. В случае злоупотребления алкоголем матерью можно думать о непосредственном действии алкоголя на яйцеклетки и сам плод, а в случае с отцом – это больше связано с наследственностью [33].

Неблагоприятная семейная наследственность - один из существенных факторов развития алкогольной зависимости [112]. По данным литературы [27], у

60% подростков, злоупотребляющих алкоголем, родители страдали алкоголизмом, установлена прямая связь между количеством потребляемого алкоголя школьниками и питейными традициями в их семьях [132], алкоголизм родителей до рождения ребенка достоверно чаще отмечен среди подростков, страдающих алкоголизмом (66,3% при I стадии и 71,3% при II стадии), по сравнению с группой риска (без признаков алкоголизма - 52,4%) [83], последствия неблагоприятной наследственности чаще проявляются в подростковом возрасте [104]. Близкие результаты получены Н.Я. Оруджевым [66].

Наше исследование подтвердило эти данные: в семьях подростков, злоупотребляющих алкоголем, алкоголизм по мужской линии во втором поколении отмечен в 77,5%, в третьем поколении – в 70% случаев; алкоголизм по женской линии – во втором поколении - в 10% и в третьем поколении - в 35% случаев. Здоровые подростки в контрольной группе имеют 5% случаев алкоголизма и только со стороны отца [73, 76].

В.М. Бехтерев считал, что основное условие правильного развития личности - это природа организма, наследие его отцов или те антропологические особенности, которые составляют почву для развития личности [9]. По мнению А.В. Худякова, наследственная отягощенность может играть роль как в приобщении к ПАВ, так и в формировании зависимости [89]. В то же время по данным L.C. Johnston et al, начало потребления не зависит от семейной отягощенности, она скорее влияет на интенсивность потребления алкоголя [114]. А.Е. Личко и В.С. Битенский указывали, что пьянство имеет психосоциальную основу, а превращение его в алкоголизм – генетическую [53].

Среди конституционно-биологических и психопатологических факторов раннего алкоголизма отмечают резидуально-органическую церебральную недостаточность, минимальную мозговую дисфункцию, серьезные эмоциональные проблемы и гиперактивное расстройство в детстве, формирующие психопатию, акцентуации характера, психический инфантилизм, склонность к реакциям группирования с антидисциплинарным поведением, а также предшествующие расстройства тревожного спектра (социофобии, страхи) и циркулярные расстройства (депрессии и подъемы настроения) [16, 29, 30, 53, 81, 83, 93, 94].

Социальные факторы риска алкоголизма. Доступная цена и возможность приобретения алкоголя способствует соблазну его частого употребления, риску развития алкоголизма, возможности удовлетворять потребность в спиртном в дальнейшем. Процветанию употребления алкоголя среди населения способствует алкогольная традиция – утвердившийся в жизни людей мотивированный ритуал винопития. Рост потребления спиртных напитков закономерно влечет за собой увеличение числа лиц, злоупотребляющих ими [88].

Б.С. Братусь и П.И. Сидоров отмечают, что традиции и формы потребления спиртных напитков определяются как исторически сложившиеся и передаваемые из поколения в поколение. По их мнению, восприятие и постепенное усвоение алкогольных обычаев начинается до того, как у человека возникает собственно потребность в алкоголе, задолго даже до первого знакомства с самим алкоголем, его вкусом и действием [13]. Даже в благополучной семье праздничное застолье редко обходится без употребления алкоголя. За одним столом со взрослыми сидят дети, которым вместо алкоголя разрешают пить сок, лимонад или детское шампанское, но часто в таких же бокалах, в каких взрослые пьют спиртное. Данная сцена - ни что иное, как репетиция будущих элементов питейного обычая, реакция имитации ребенком поведения взрослых.

Таким образом, первичные алкогольные установки формируются в результате усвоения социального опыта посредством подражания наблюдаемым моделям поведения, а также благодаря системе положительного и отрицательного подкрепления согласно теории социального научения [4]. 3-5-летние дети запоминают ритуал употребления алкогольных напитков и не представляют праздников без алкоголя. В своих играх они используют пока пустые стаканчики и бутылки, а роль сигареты выполняют свернутая в трубочку бумажка, карандаш, счетная палочка и т. д. Алкогольные обычаи микросреды являются первым и наиболее важным звеном в развитии у подростков, основой «социальной толерантности» к пьянству [13]. Функции семейного примера отводится особая роль в генезе употребления алкоголя детьми, поскольку формирование алкогольных установок в значительной мере зависит от отношения индивида к конкретным лицам – носителям определенных ценностных ориентаций: разрешающее отношение к выпивке или модель выпивки как способа расслабиться или справиться с проблемами – это большой риск раннего начала пьянства [105]. Предполагается и обратное соотношение, если воспитание проходит в обстановке нетерпимости к алкоголю [21]. Исследования Ю.П. Лисицина и Н.Я. Копыт показывают, что немаловажную роль в развитии злоупотребления алкоголем имеет частота его потребления в семье – 51,2% злоупотребляющих алкоголем лиц воспитывались в семьях, где алкогольные напитки употреблялись часто [52].

Доказано, что чем больше членов семьи употребляют алкоголь, тем выше риск его употребления подростками [6]. Существенная часть случаев привычки регулярного пьянства у подростков объяснялась привычками пьянства у членов семьи, особенно у матери [109]. При этом С.Г. Резников отводит основную роль пьянству отца, считая пьянство матери менее значимым психологическим фактором [80]. R.P. Corley и S.E. Young показали, что на злоупотребление алкоголем подростками больше влияет факт злоупотребления братьями (ровесниками или если они старше на 2 года), чем родителями [107]. Важная причина риска для девушек – это алкоголизм сестры. Родительские модели употребления алкоголя оказывают большое влияние на детское восприятие алкогольного поведения окружающих [100]. Дом самого ребенка или друга ребенка часто является главным источником алкоголя для детей, особенно для младших, треть подростков получает алкоголь в своем собственном доме [132]. Исследование А.В. Худякова подтверждает, что в семьях аддиктивных подростков злоупотребление алкоголем наблюдается чаще (71,5%), чем в семьях подростков контрольной группы (16,7%) [89].

Родительское воздержание от алкоголя не всегда является гарантией воздержания ребенка от употребления алкоголя: подростки с плохими отношениями с родителем без употребления алкоголя так же часто используют спиртное, как и подростки с пьющим родителем [123]. В ряде случаев не злоупотребляющие алкоголем родители запрещают пить спиртное только детям до 10-12, максимум до 14 лет, а далее позволяют употреблять пиво и даже вино, но только «в меру», по большим праздникам, дням рождения и т. п., хотя давно установлено, что человеческий организм до 18 лет особенно чувствителен к действию алкоголя, и чем раньше начинается систематическое употребление спиртных напитков, тем быстрее, иногда за несколько месяцев, развивается злокачественное пристрастие к алкоголю.

Многие исследователи отмечают родительскую толерантность к употреблению алкоголя до совершеннолетия ребенка [108], родительскую беспечность,

непонимание сути явления, снятие с себя ответственности родителями [58], их попустительское отношение к пьянству подростков [69], склонность семей рассматривать выпивку и случайные алкогольные эксцессы как обряд инициации, а не как актуальную опасность для детей [105].

К социальным факторам употребления алкоголя В.Я. Семке относит и сам подростковый возраст в связи с его склонностью к экспериментированию, внушаемости, подражанию [81].

К настоящему времени накоплено достаточно доказательств влияния алкогольной рекламы в СМИ на потенциальный риск употребления алкоголя подростками [1, 82, 99]. Формирование установок личности к употреблению алкоголя происходит, например, через телерекламу, и самыми уязвимыми для телевоздействия являются дети и подростки [4, 14, 90]. Показано, что несовершеннолетние больше получают информации об алкоголе и пиве через телевидение и рекламу, чем из более адекватных источников (учителя, родители). В результате они больше осведомлены о марках пива, чем о потенциальных рисках здоровья, связанных с выпивкой [100]. Потенциальный риск рекламы алкоголя на телевидении уменьшается родительскими обсуждениями и контрподкреплением ими телесообщений [100]. Если детско-родительское общение может затормозить негативные медиаэффекты, то посредничество сверстников чаще облегчает их вредоносные последствия [120].

Большое внимание в изучении подверженности употреблению алкоголя отводится групповому поведению и досугу подростков [39]. Местами первого приобщения к употреблению алкоголя считают неформальные группы сверстников [91], а низкий уровень хобби-активности, отсутствие увлечений, социально одобряемых занятий, «жизненный вакуум» считаются фактором риска употреблением ПАВ [95]. Социологический анализ распространенности алкоголизма в различных странах и социальных слоях общества показывает, что при прочих равных условиях наибольшее значение имеет влияние микросоциальной среды, «алкогольного климата» [54].

Психологические факторы риска алкоголизма. Отечественные авторы особое внимание уделяют психологическим факторам употребления подростками спиртного: педагогической запущенности, негармоничному воспитанию, психотравмирующей обстановке в семье, плохому обращению с ребенком [13, 16, 51, 61]. При этом пьянству приписывают психосоциальную основу, а алкоголизму – психологическую предрасположенность [53].

Barnow S. обнаружил, что дети алкоголиков сообщали о большем числе алкогольных проблем, более высоких уровнях ложноадаптивного поведения и психического дистресса. В их семьях выявлены более низкие степени поддержки родителями и эмоционального тепла, большее родительское отвержение. Факторами злоупотребления алкоголем может стать неблагоприятный климат в семье, отсутствие психологической совместимости между супругами, культурный уровень и уровень материального достатка, а также их сочетание. На роль семьи в инициации и продолжении употребления алкоголя подростками указывают многочисленные ученые [8, 10, 23, 28, 34, 38, 61, 75, 77, 82, 89]. Семьи подростков с риском формирования зависимости рассматриваются как нарушенные семейные системы [23, 31, 77, 97, 98]. Неполная семья указывается как фактор риска инициации и последующего употребления ПАВ [7, 12, 59], особо уязвимую группу представляют мальчики, живущие с одинокой матерью [87].

D.S. Vuković и V.M. Vjegović напротив, отмечают, что структура семьи не

влияет на рискованное поведение подростков, а значительно большее влияние оказывает качество взаимоотношений между родителями и ребенком. Наличие в семье твердых правил, родительского мониторинга, позитивных семейных взаимоотношений, низкого уровня родительской вседозволенности и надежного окружения оказывают протективное влияние при любой структуре семьи [119].

Научные исследования выявили отчетливую связь всех форм семейного насилия в детстве (сексуальное, физическое злоупотребление, регулярные физические наказания, жестокое обращение, эмоциональное пренебрежение) с текущим психологическим дистрессом и употреблением ПАВ среди подростков [11, 50]. Н.С. Курек отмечает, что даже такие общераспространенные негативные паттерны родительского поведения, как обвинения, оскорбления, критика, становятся значимыми факторами для употребления алкоголя подростками. Развод родителей также может влиять на употребление алкоголя подростками - дети недавно разведенных родителей более склонны употреблять алкоголь в более высоких дозах и чаще появлялись в школе нетрезвыми, чем дети давно разведенных родителей или дети из полных семей. [7].

В отечественной литературе значительное внимание уделяется характеру воспитания и его стилям как факторам, способствующим и препятствующим инициации и последующему потреблению ПАВ [7, 8, 47, 75, 78, 84, 98]. Выделенные А.Е. Личко типы семейного воспитания, такие как гипопротекция, доминирующая или потворствующая гиперпротекция, эмоциональное отвержение, жестокое отношение, повышенная моральная ответственность, противоречивое воспитание и воспитание вне семьи, многими авторами признаются как факторы риска подростковых проблем, в том числе и употребления алкоголя [8, 41].

Исследования С.А. Кулакова выявили положительную корреляцию между риском приобщения ребенка к ПАВ и такими воспитательными стилями, как гиперопека, гипоопека, противоречивое воспитание с отсутствием устойчивой системы наказаний и поощрений, завышенные требования родителей (чаще матери) к ребенку [47, 48, 49]. Гиперопека родителей может являться причиной конфликтов с ребенком и провоцировать у него употребление ПАВ [15]. Способствуют употреблению алкоголя детьми гипоопека и эмоциональное отвержение, характерные для асоциальных семей [59]. Поскольку эмоциональное отвержение является самым распространенным патологизирующим стилем воспитания в дисфункциональных семьях, то именно такие формы родительского воспитания, как доминирующая и потворствующая гиперпротекция ставят на грань риска употребления алкоголя наибольшее число детей [98].

Неустойчивый тип воспитания с резкой и неожиданной для ребенка сменой отношений, с переходами от строгости к потворству или от значительного внимания к эмоциональному отвержению, отличается наибольшим риском приобщения к алкоголю и наркотикам [70, 89]. Авторитарный тип воспитания также признается некоторыми авторами фактором риска употребления алкоголя подростками [41, 42]. Многие зарубежные исследования также обнаруживают эффекты влияния родительского стиля на подростковое употребление алкоголя [103, 111].

Подростки, воспитанные в авторитарном стиле, не только легче поддаются асоциальному влиянию со стороны сверстников [124], но также имеют низкую самооценку и большой риск употребления алкоголя [126]. В противоположность авторитарному, авторитетный стиль воспитания, рассматривается как протективный фактор употребления алкоголя подростками [128, 129]. Автори-

тетный стиль подразумевает теплые детско-родительские отношения, позитивные ожидания, тесное общение родителей с детьми, что обеспечивает эмоциональную поддержку [124]. Исследования доказывают, что дети таких родителей менее подвержены негативному влиянию со стороны сверстников и употреблению алкоголя [126, 129].

Когда родители стремятся дисциплинировать детей, они создают контекст, в котором ребенок обучается принудительному поведению с ригидными протестными транзакциями, следствием которых оказываются разные формы саморазрушающего поведения, в том числе и употребление алкоголя [16, 44, 70, 84, 97]. В то же время первоначально низкий родительский контроль у девочек 11–15 лет предсказывал будущее употребление ПАВ [13]. Стресс родительского давления на подростков при чрезмерном дисциплинировании значимо связан со злоупотреблением алкоголем вследствие снижения самооценки подростков [117]. Наибольшая вероятность риска алкогольной аддикции у подростков выявлена в семьях с доминированием родительского сверхконтроля, а наименьший риск – там, где преобладали доверительные отношения родителя с ребенком, особенно противоположного с родителем пола [40]. Только наличие адекватного родительского мониторинга в сочетании с четкими, ясными семейными правилами и приверженностью семье, существенно снижают инициацию употребления ПАВ детьми [126].

Качество родительско-детской взаимосвязи также может детерминировать употребление алкоголя несовершеннолетними [2]. Поскольку детско-родительская коммуникация – это главное средство передачи подросткам знаний и установок, в том числе алкогольных установок, то открытость коммуникации родитель–ребенок, взаимная привязанность в детском и подростковом возрасте негативно связаны с употреблением алкоголя. Отсутствие эмоциональной привязанности, заботы, открытой коммуникации, поддерживающего семейного окружения повышает риск несовершеннолетнего пьянства [36, 38, 105]. Отсутствие эмоциональной поддержки со стороны матери в раннем возрасте особенно связано со злоупотреблением алкоголем в более позднем возрасте.

Многие ученые отмечают, что именно искажение материнско-детских взаимоотношений в раннем детстве может быть предрасполагающей причиной злоупотребления ПАВ в более старшем возрасте [32, 50]. В некоторых исследованиях обнаружено, что если родитель (особенно мать) имеет хорошие отношения с подростком, но употребляет алкоголь, то подросток, более вероятно тоже будет употреблять алкогольные напитки [101]. Девушки-подростки более вероятно подражают отцовскому употреблению/неупотреблению ПАВ, если они имеют хорошие отношения со своим отцом. L. Zhang выявил, что эмоциональная привязанность к матери, употребляющей алкоголь, оказалась существенным протективным фактором для употребления алкоголя у 16–19-летних молодых людей. Однако, подростки злоупотребляющих алкоголем матерей, имеющие низкую степень привязанности к ней, сами оказались склонными к злоупотреблению алкоголем [131].

В более современных исследованиях доказана значимость семейной поддержки как копинг-ресурса, связанного с процессом употребления и злоупотребления алкоголем [25, 84, 106]. Неэффективная семейной поддержка, основанная на неумелости и непоследовательности родительского воспитания, рассматривается как фактор риска употребления алкоголя детьми и подростками [8, 124].

Особенно повышает риск употребления алкоголя низкий уровень воспринимаемой поддержки со стороны отца [121]. Система отношений – одна из важнейших причин, влияющих на приобщение подростков к ПАВ [5]. Сепарация описывается как сильный фактор употребления алкоголя подростками [102].

К наиболее значимым индивидуально-психологическим факторам употребления алкоголя подростками относят: низкую и неустойчивую самооценку, конформность, депрессию, слабый контроль эмоций, эмоциональные колебания, импульсивность, неуравновешенность, избыточную реактивность, чрезмерность аффективных реакций, низкий уровень самоконтроля, несформированную мотивацию деятельности, неустойчивость границ в межличностном общении, повышенную тревожность, различные проявления агрессии, а также стремление к удовольствию, ориентацию на одобряемое группой поведение, поиску нового, ощущений, склонность к протестному или антисоциальному поведению, снижение социально-ролевых возможностей, преобладание ценности материального положения над ценностью здоровья и семьи, внутриличностный конфликт с защитным подавлением, проекцией и замещением [68, 79, 72]. В то же время личностные и поведенческие факторы, способствующие употреблению алкоголя подростками, недостаточно изучены. По мнению И.Н. Пятницкой, предрасположенность и несовершенство личности могут и не проявляться, если они корригируются воспитанием и социальным контролем.

В последние десятилетия накапливается все больше информации о вкладе стресса в развитие употребления алкоголя [81, 116, 118]. Доказывается низкая стрессоустойчивость подростков [44], которая ассоциируется с употреблением алкоголя в данный период [127]. Обнаружено, что стрессоры могут содействовать инициации употребления алкоголя в течение подросткового периода и возникновению высоких уровней его потребления среди особенно стрессуязвимых индивидуумов [127]. Террористические атаки последних лет продемонстрировали очевидную связь стресса и роста алкоголизма даже у подростков, которые оказались свидетелями терактов, лишь показанных по телевидению в новостных сюжетах [118].

Модель стресс-уязвимости для употребляющих алкоголь устанавливает, что индивидуумы учатся использовать выпивку как копинг-реакцию, когда уверены, что более позитивные средства копинга отсутствуют [106]. С употреблением алкоголя ассоциированы пассивные способы совладания со стрессом: стратегия избегания решения проблем, уход от действительности, направленность не на устранение стрессора, а на снятие эмоционального напряжения, связанного с действием стрессора [30].

Подростками алкоголь может использоваться как средство, временно снижающее психоэмоциональное напряжение в трудной ситуации [106] или как копинг с неуверенностью в себе [57, 70]. Эмоциональный дистресс подростков, сопровождающий межличностные конфликты, значимо ассоциирован с рисками потребления алкоголя для совладания с негативными (преимущественно, депрессивными) чувствами [54, 55, 56].

Исследователи считают, что большие жизненные события и катастрофы – менее значимые источники стресса, а кумулятивный эффект повседневных неприятностей, фрустрирующих базисные потребности ребенка, – более значим [81, 116]. Типичные стрессы подростков – негативные межличностные события [125, 130], особенно конфликты с родителями, сверстниками, и негативные события, связанные со школой [63, 55].

Проведенное в 2000–2005 гг. исследование копинг-стилей подростков выявило контекстную специфичность связей копингов с употреблением алкоголя: склонность подростка преодолевать ситуацию конфликта с педагогом, используя конфронтацию [54, 55, 56]. Анализ интенсивности использования копинг-стратегий злоупотребляющими алкоголем подростками показал, что их основная копинг-стратегия – это мысленное стремление и поведенческие усилия к бегству или избеганию проблемы [76]. Употребление алкоголя подростками связано с когнитивными копинг-ресурсами: мотивами и намерениями [72, 78], с низкими когнитивными способностями (краткосрочная память и интеллект) [110], с низкой степенью развития самопонимания [34], с негативным образом «Я» (низкий самоконтроль, ослабление сознательной саморегуляции поведения) [62], с низкой самооэффективностью [111].

Злоупотребляющие подростки, по сравнению со здоровыми лицами, характеризуются меньшей социальной адаптацией в силу необщительности, слабой способности к самоотдаче, неспособности к длительным привязанностям, тенденции к регрессии. Подросток, употребляющий алкоголь, в своих поведенческих реакциях чаще стремится избегать тревоги путем перехода на более ранние стадии развития либидо. При этой защитной реакции личность подростка, подвергающаяся действию фрустрирующих факторов, заменяет решение субъективно более сложных задач на относительно более простые и доступные в сложившихся ситуациях. Для нее характерны импульсивность и слабость эмоционально-волевого контроля на общем фоне изменения мотивационно-потребностной сферы в сторону их большей упрощенности и доступности. Подростки, употребляющие алкоголь, по сравнению с детьми, ведущими здоровый образ жизни, оценивают себя как более замкнутых, недоверчивых, отстраненных от других людей, стремящихся скрывать собственную потребность в любви. Для них характерен неконструктивный копинг-стиль по типу избегание [76].

Подтвержден значимый вклад в инициацию потребления алкоголя подростками недостаточность интернальных ресурсов копинга, связанных с неконвенциональной системой ценностей, негативным самовосприятием, недооценками вредностей для здоровья рискованных поведений и неблагоприятных средовых влияний, с низкой мотивацией к посещению школы, низкой самовоспринимаемой поддержкой школьной среды, отсутствием друзей либо референтной группы и отрицанием переживания одиночества. Значимый вклад в инициацию потребления алкоголя вносит недостаточность экстернальных (социальных) копинг-ресурсов, связанных с вовлечением в ненормативные и нецеленаправленные досуговые активности, наличием ближайшего наркоаддиктивного окружения [55].

ОФИЦИАЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, РЕЦЕНЗИИ, ИНФОРМАЦИЯ

Э.Г. Эйдемиллер, И.М Никольская
ДЕСЯТЬ ЛЕТ КАФЕДРЕ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ,
ПСИХОТЕРАПИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ
СЕВЕРО-ЗАПАДНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО
УНИВЕРСИТЕТА ИМЕНИ И.И. МЕЧНИКОВА:
ОПЫТ ПРОШЛОГО, НАСТОЯЩЕЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ
Северо-Западный государственный медицинский университет имени
И.И. Мечникова (Санкт-Петербург).

2 июля 2012 года исполнилось 10 лет со дня основания кафедры детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии под руководством доктора медицинских наук, профессора Э.Г. Эйдемиллера.

История создания кафедры

В 1982 г. в Ленинградском государственном институте усовершенствования врачей имени С.М. Кирова была открыта кафедра психотерапии, которую возглавил профессор Борис Дмитриевич Карвасарский. Он был инициатором онтогенетического подхода в изучении этиопатогенеза пограничных нервно-психических расстройств и разработке методов психотерапии, а вновь организованная кафедра и тесно с ней связанный Психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева стали лидерами в области групповой и семейной психотерапии в СССР.

Эдмонд Георгиевич Эйдемиллер, ученик профессора Андрея Евгеньевича Личко, в то время младший научный сотрудник отделения подростковой психиатрии НИПНИ им. В.М. Бехтерева, был приглашен Б.Д. Карвасарским на должность ассистента новой кафедры с целью проведения и преподавания психотерапии детей, подростков и их родителей. Первым шокирующим впечатлением Э.Г. Эйдемиллера была полная неинформированность психиатров, желающих стать психотерапевтами, в медицинской психологии и психотерапии семьи и детства. На лекциях по психологии и психотерапии семьи многие женщины-слушатели бледнели, на их лицах появлялось выражение ужаса, а некоторые из них даже падали в обморок. Это случалось обычно тогда, когда они узнавали и осознавали, что семейное воспитание детей (в том числе, и их собственных) обусловлено не только сознательными установками, но и бессознательными мотивами, такими как расширение сферы родительских чувств, проекция на детей собственных нежелательных качеств, вынесением супружеского конфликта в сферу воспитания и др.

Также удивительным был факт пристрастия многих врачей-психотерапевтов классическому гипнозу и аутогенной тренировке. Причем классический гипноз они проводили в достаточно примитивной форме – симптомоцентрированной. В противовес этому профессор кафедры психотерапии Сергей Сергеевич Либих демонстрировал слушателям «патогенетическую гипнотерапию». Это позволило Э.Г. Эйдемиллеру в дальнейшем проводить гипноанализ детям, подросткам и взрослым. Суть данного подхода заключалась в осознании пациентами, находящимися в состоянии гипнотического транса, имеющихся у них невротических конфликтов, что позволяло искать способы их разрешения.

Необходимость создания и апробации эффективных и экономически целесообразных методов психотерапии постепенно привело Э.Г. Эйдемиллера и его первого аспиранта С.А. Кулакова к дистанцированию от гипнотерапии и к разработке оригинальной модели «интеракционно-ролевой групповой психотерапии» детей, подростков и взрослых. Было понятно, что при проведении групповой психотерапии с детьми и подростками нельзя ограничиваться только дискуссией. Сочетание дискуссий на тему «Кто что испытывает по поводу поведения другого?» с клиническими ролевыми играми позволяло подросткам лучше понимать друг друга и себя самих. Так была обоснована необходимость двухуровневой обратной связи, когда члены группы могли услышать и наглядно воспринять способы своего неэффективного взаимодействия, искажения восприятия. Использование психоскульптурирования, проигрывание психодрам давали возможность пациентам с трудностями вербализации выразить себя, свое отношение к другим и таким образом стать «понятыми».

В 1986 г. Э.Г. Эйдемиллер по заданию Министерства здравоохранения СССР разработал первую унифицированную программу обучения специалистов детско-подростковой психотерапии. В 1990 г. Э.Г. Эйдемиллером и С.А. Кулаковым в Журнале невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова была опубликована статья «Групповая психотерапия при пограничных нервно-психических расстройствах у подростков». Она стала первой в СССР по данной теме. Обобщение в статье опыта своей работы позволило авторам обрести профессионализм, начать говорить на языке специальности, а не на обывательском языке, который часто встречался в публикациях того времени, касающихся вопросов психотерапии.

В этом же году вышла в свет первая в СССР монография «Семейная психотерапия», написанная Э.Г. Эйдемиллером и В.В. Юстицким. Впервые были представлены такие понятия, как типология дисфункциональных семей, патологизирующие семейные роли, коммуникационные каналы. Опубликованы авторские методики семейной психологической диагностики, в том числе, «Предпочитаемый тип симпатии», «Наивная семейная психология». Работа над этой монографией позволила авторам осознать важность системного подхода в изучении индивидов, групп и семей, что в дальнейшем привело Э.Г. Эйдемиллера к созданию моделей «Семейной системной когнитивно-поведенческой психотерапии» и «Аналитико-системной семейной психотерапии по Э.Г. Эйдемиллеру и Н.В. Александровой».

1990 г. в рамках кафедры психотерапии был организован курс детско-подростковой психотерапии под руководством Э.Г. Эйдемиллера, который в последующем был преобразован в кафедру детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования. С момента создания курса детско-подростковой психотерапии, на базе которого затем была организована кафедра, *кредо* ее руководителя Э.Г. Эйдемиллера состояло в том, что при постановке медицинского диагноза и проведении психотерапии необходимо обязательное взаимодействие психиатров, психотерапевтов и медицинских психологов. По мнению Э.Г. Эйдемиллера, врач, который не знает медицинской психологии, не может быть хорошим психотерапевтом. В то же время медицинский психолог, который не знает психиатрии и психотерапии, не способен полноценно оказывать психологическую помощь детям, подросткам и взрослым.

Исходя из этого, на циклах, проводимых кафедрой, преподают и учатся как врачи, так и психологи. Это способствует достижению взаимопонимания и на-

лаживанию диалога между данными специалистами, который в клинических учреждениях часто невозможен или практически отсутствует. Такое междисциплинарное взаимодействие является особенно важным, когда речь идет об оказании психологической помощи. Руководитель кафедры и все ее сотрудники разделяют убеждение, что клинический диагноз обязательно должен быть дополнен результатами психологического исследования личности, ее семейного и социального окружения, что позволит понять пациента и как пациента, и как человека с проблемами, нуждающегося психологической помощи.

Кафедра детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии в настоящем

С октября 2011 г. кафедра детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии функционирует как подразделение вновь созданного Северо-Западного государственного медицинского университета имени И.И. Мечникова. Кафедра является лидером в области семейной психотерапии, групповой аналитически ориентированной психотерапии, перинатальной психологии и психотерапии, клинической психологии и психотерапии семьи и детства [1].

В настоящее время на кафедре работают следующие сотрудники:

Никольская Ирина Михайловна – профессор кафедры, доктор психологических наук, профессор

Городнова Марина Юрьевна - доцент кафедры, кандидат мед. наук, доцент

Добряков Игорь Валериевич – доцент кафедры, кандидат мед. наук, доцент

Колесников Игорь Александрович – ассистент кафедры, кандидат мед. наук

Александрова Нина Викторовна – ассистент кафедры

Коломиец Ирина Леонидовна – ассистент кафедры

Белова Елена Борисовна – ассистент кафедры

Кутехова Светлана Юрьевна – старший лаборант кафедры

Микеладзе Нино Андреевна – старший лаборант кафедры

И.М. Никольская – известный специалист в изучении психологической защиты и копинг-поведения у детей. Создала теоретическое обоснование клинической психологии семьи как одного из разделов современной медицинской (клинической) психологии. Автор оригинальной психодиагностической, коррекционной и консультативной арт-терапевтической технологии «Метод серийных рисунков и рассказов».

М.Ю. Городнова – создатель модели бифокальной семейно-групповой психотерапии наркозависимых подростков и взрослых, разрабатывает новое перспективное направление медицинской психологии - «психология приверженности к лечению и психология лечебной среды».

И.В. Добряков – один из основоположников перинатальной психологии и психотерапии в нашей стране, автор оригинальной модели краткосрочной психотерапии семьи, ожидающей ребенка.

И.А. Колесников – специалист в области перинатальной психологии и психотерапии и, в частности, расстройств развития у детей и психотерапии беременных женщин с нервно-психическими расстройствами.

Н.В. Александрова одной из первых стала заниматься индивидуальной, групповой и семейной психотерапией ВИЧ-инфицированных пациентов. Совместно с Э.Г. Эйдемиллером разработала модели краткосрочной аналитической психодрамы и аналитико-системной семейно психотерапии.

И.Л. Коломиец – сертифицированный гештальт-терапевт европейского регистра, в настоящее время занимается исследованием и помощью семьям, вос-

питающих детей с соматическими заболеваниями.

Е.Б. Белова – сертифицированный групп-аналитик и психоаналитик-супервизор. Специалист в области психотерапии больных с психотическими и пограничными нервно-психическими расстройствами.

С.Ю. Кутехова – врач-психотерапевт, занимается оказанием помощи детям и подросткам, находящимся в кризисных ситуациях.

Н.А. Микеладзе – специалист в области реабилитации психически больных, супервизор интернов и клинических ординаторов.

Сотрудниками кафедры разработаны следующие *программы повышения квалификации и профессиональной переподготовки*:

1. Детская и подростковая психиатрия: клиника, диагностика, лечение и реабилитация (ресертификационный);
2. Психотерапия детей, подростков и взрослых (ресертификационный);
3. Психотерапия (профессиональная переподготовка);
4. Перинатальная психотерапия. Психология и психотерапия семьи;
5. Современные методы групповой и семейной психотерапии детей и подростков;
6. Семейная психотерапия;
7. Клиническая психология и психотерапия;
8. Клиническая психология и психотерапия семьи и детства;
9. Аналитическая психодрама;
10. Когнитивно-поведенческая психотерапия детей и подростков;
11. Игровая психотерапия;
12. Методы телесно-ориентированной психотерапии при лечении нервно-психических расстройств у детей, подростков и взрослых;
13. Метод серийных рисунков и рассказов в психологической диагностике и консультировании детей и подростков;
14. Гештальт-терапия детей, подростков и взрослых;
15. Современные формы супервизии и балинтовских групп: совершенствование профессиональных качеств психотерапевта.

Повышение квалификации и профессиональная переподготовка на кафедре осуществляется:

1. На бюджетной основе (бесплатно) по плановым путевкам, распределяемым через областные (краевые, республиканские) органы здравоохранения и лечебно-профилактические учреждения Минздрава РФ. Бесплатно на обучение принимаются только специалисты учреждений здравоохранения России, которые заранее сделали заявки на получение плановых путевок.

2. На платной основе по счетам-путевкам, выделяемым по заявкам (ходатайствам) руководителей лечебно-профилактических учреждений, не относящихся к системе Минздрава РФ, лечебно-профилактических учреждений негосударственных форм собственности, учреждений другого подчинения, а также по личным заявлениям граждан. Платное обучение осуществляется за наличный и безналичный расчет по расценкам ГБОУ ВПО «СЗГМУ имени И.И.Мечникова».

По окончании обучения слушателям выдаются удостоверения государственного образца.

Адрес Учебного управления: 193015, С-Петербург, ул. Кирочная, 41, ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова», тел/факс: (812) 303-50-20, 303-50-88; факс отд. комплектова-

ния учебных циклов: 303-50-40; факс отд. платного обучения: 303-50-43.

План циклов кафедры детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии на 2013 год:

1. № 9401 Перинатальная психотерапия. Психология и психотерапия семьи (для психотерапевтов, психиатров, педиатров, семейных врачей, медицинских психологов, психологов детских учреждений, акушеров-гинекологов) 21.01.13-20.02.13., 216 часов.

2. № 9402 Психотерапия. Профессиональная переподготовка. Прием экзамена на диплом и сертификат специалиста (для психиатров). 05.03-30.05.13., 576 часов.

3. № 9403 Медицинская (клиническая) психология и психотерапия (для психологов, педиатров и врачей лечебного профиля). 14.03.-13.04.13., 216 часов.

4. № 9404 Современные методы групповой и семейной психотерапии (для психотерапевтов, психиатров, семейных врачей, медицинских психологов, психологов детских учреждений). 18.04-31.05.13., 288 часов.

5. № 9405 Психотерапия. Профессиональная переподготовка. Прием экзамена на диплом и сертификат специалиста (для психиатров). 19.09-12.12.13., 576 часов.

6. № 9406 Детская и подростковая психиатрия: клиника, диагностика, лечение и реабилитация. Подготовка и прием экзамена на подтверждение сертификата специалиста по специальности «Психиатрия», (для психиатров, психотерапевтов, психиатров-наркологов, работающих с разными возрастными категориями). 19.09-09.10.13., 144 часа.

7. № 9407 Психотерапия детей, подростков и взрослых. Подготовка и прием экзамена на подтверждение сертификата специалиста по специальности «Психотерапия» (для психотерапевтов, психиатров, психиатров-наркологов, работающих с разными возрастными категориями). 10.10-30.10.13., 144 часа.

8. № 9408 Медицинская (клиническая) психология и психотерапия семьи и детства (для психиатров-интернов, клинических ординаторов, психотерапевтов, психиатров, валеологов, семейных врачей, медицинских психологов, психологов детских учреждений и центров оказания помощи семье и детству). 12.11-12.12.13., 216 часов.

Сотрудники кафедры проводят выездные семинары и циклы повышения квалификации по выше указанной тематике.

На кафедре проводится обучение в интернатуре и клинической ординатуре с выдачей сертификатов специалистов по специальностям «Психиатрия» и «Психотерапия», а также очной и заочной аспирантуре по специальностям «Медицинская психология» 19.00.04, «Психиатрия» 14.01.06.

За 10 лет существования кафедры циклы усовершенствования и сертификации на ней прошло более 1600 врачей и психологов, на выездных циклах - еще более 200 слушателей. Практически все детские психиатры, психотерапевты Санкт-Петербурга и многие психологи детских медицинских учреждений Северо-Западного региона РФ, Сибири и Дальнего Востока неоднократно обучались на циклах кафедры. Более 80 врачей прошло на кафедре обучение в интернатуре по психиатрии и в клинической ординатуре по психиатрии и психотерапии

Научная идеология кафедры - это интеграция идей, методологии и практики психоанализа, психодинамической психиатрии, системного и нарративного подходов. Патогенез и психогенез психических расстройств рассматриваются с позиций биопсихосоциальной модели здоровья и болезни.

Основные научные направления, разрабатываемые на кафедре:

- Семейная психотерапия и аналитико-системная семейная психотерапия.
- Современные методы групповой психотерапии при нервно-психических и психосоматических заболеваниях у детей и подростков.
- Психосоматические соотношения, психотерапия и реабилитация при нервно-психических и психосоматических заболеваниях у детей и подростков.
- Перинатальная психология, психиатрия и психотерапия
- Клиническая психология и психотерапия семьи и детства
- Краткосрочная кризисная психотерапия
- Психология приверженности к лечению и лечебной среды

За десять лет существования кафедры успешно защитили кандидатские диссертации 12 аспирантов и соискателей. В настоящее время на кафедре выполняются два докторских и 12 кандидатских диссертационных исследований.

Основная научная продукция, созданная кафедрой

А. Монографии, руководства, учебники

- Бардиер Г.Л., Никольская И.М. Что касается меня... Сомнения и переживания самых младших школьников. – СПб.: Речь, 2005. – 208 с.
- Билецкая М.П. Семейная психотерапия детей с психосоматическими расстройствами (ЖКТ). – СПб.: Речь. - 2010. – 192 с.
- Добряков И.В. Перинатальная психология. – СПб., Питер, 1-е издание, 2011. – 272 с.
- Добряков И.В., Малярская М.М. Как родить счастливого ребёнка. - СПб.: Речь, 2008. – 160 с.
- Никольская И.М., Бардиер Г.Л. Уроки психологии в начальной школе. Изд. 2-е, дополн. и перераб. – СПб.: Речь, 2004. – 190 с.
- Никольская И.М., Грановская Р.М. Психологическая защита у детей. – СПб.: Речь, 2006. – 352 с.
- Эйдемиллер Э.Г. Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. 4-е изд. – СПб: Питер, 2008. – 672 с.

Б Учебные и методические пособия

- Билецкая М.П. Психосоматические расстройства при заболеваниях дыхательной системы. Учебное пособие для студентов старших курсов, аспирантов, психотерапевтов и психологов. – СПб.: Издательство СПбГПМА, 2010. – 67 с.
- Габдракипова В.И., Эйдемиллер Э.Г. Психологическая коррекция детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью (с учетом их половых различий). Методические рекомендации. – М.: УЦ «Перспектива», 2009. – 44 с.
- Городнова М.Ю. Модели телесно-ориентированной психотерапии в лечении детей, подростков и взрослых: учебное пособие для психотерапевтов и медицинских психологов. СПб.: Изд-во СПбМАПО, 2011. – 51 с.
- Городнова М.Ю. Психология болезни и инвалидности: учебно-методическое пособие / СПб.: ГУФК им. П.Ф. Лесгафта. – СПб: (б.и.), 2006. – 40 с.
- Детская психиатрия. Учебник / Под ред. Э.Г. Эйдемиллера. – СПб.: Питер, 2005. – 1120 с.
- Детский церебральный паралич: лечение в школьном возрасте / Под ред. И.В. Добрякова, Т.Г. Щедриной. – СПб.: Издательский дом СПбМАПО; Издательский дом ЗАО «ХОКА», 2008. – 440 с. Рекомендуются УМО по меди-

цинскому и фармацевтическому образованию России в качестве учебного пособия для системы послевузовского профессионального образования врачей.

- Маргошина И.Ю., Никольская И.М. Проективная рисуночная методика «Мои взаимоотношения с клиентом»: учебное пособие для врачей и психологов. – СПб.: Речь, 2012. – 80 с.

- Никольская И.М. Метод серийных рисунков и рассказов в психологической диагностике и консультировании детей и подростков. Учебное пособие для врачей и психологов. – СПб.: Издательство СПбМАПО, 2009. – 51 с.

- Никольская И.М., Пушина В.В. Семейная социограмма в психологическом консультировании. Учебное пособие для врачей и психологов. – СПб.: Речь. – 2010. – 223 с.

- Практикум по семейной психотерапии: современные модели и методы. Учебное пособие для врачей и психологов / Под ред. Э.Г. Эйдемиллера. – Изд. 2-е, испр. и доп. – СПб.: Речь. – 2010. – 425 с.

- Психология семьи и больной ребёнок Учебное пособие: Хрестоматия. Рекомендовано Советом по психологии УМО по классическому университетскому образованию / Сост. И.В. Добряков, О.В. Защирина. – СПб.: Речь, 2007. – 400 с.

- Семейная психотерапия. Хрестоматия / Составители Э.Г. Эйдемиллер, Н.В. Александрова, В. Юстицис. – СПб.: Речь., 2007. – 400 с.

- Эйдемиллер Э.Г., Александрова Н.В., Городнова М.Ю. Современные модели психотерапии при ВИЧ/СПИДЕ. Учебное пособие для врачей и психологов. – СПб.: Речь. – 2010. – 191 с.

- Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. Учебное пособие для врачей и психологов. Рекомендовано УМО по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России в качестве учебного пособия. Изд. 2-е, испр. и доп. – СПб.: Речь, 2006. – 352 с.

Лечебно-консультативная работа сотрудников кафедры

Сотрудники кафедры ведут платный амбулаторный прием в Медико-профилактическом центре СЗГМУ имени И.И. Мечникова по адресу: Санкт-Петербург, Заневский пр. д.1/82 (метро «Новочеркасская»), телефоны регистратуры 303-51-00, 444- 10-52.

Лечебно-консультативная работа также осуществляется на основе договоров о сотрудничестве на базах следующих лечебных учреждений г. Санкт-Петербурга:

1. Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия»: 5 реабилитационное отделение, отделение неврозов
2. Городская психиатрическая больница № 3 (32 реабилитационное отделение)
3. Городская наркологическая больница
4. Центр психолого-педагогического и медико-социального сопровождения развития ребенка Невского района
5. Городской центр восстановительного лечения детей с психоневрологическими нарушениями

Международное сотрудничество

Э.Г. Эйдемиллер, Н.В. Александрова, И.М. Никольская, И.В. Добряков, М.Ю. Городнова, И.Л. Коломиец - эксперты UNICEF (Детского Фонда ООН). Они принимали участие в реализации программ ЮНИСЕФ на Северном Кавка-

зе и в Кыргызстане. Сотрудники кафедры участвуют в мероприятиях ВОЗ, ESCAP (Европейского общества детской и подростковой психиатрии), BEWP (Международной ассоциации «Мост между Восточной и Западной Психиатрией») и других международных организаций.

Клуб друзей кафедры детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии

Каждый четвертый понедельник месяца с октября по май с 16.30 до 18.00 в рамках заседаний Санкт-Петербургского филиала Ассоциации детских психиатров и психологов в учебной аудитории кафедры проходят встречи клуба ее друзей, на которых могут присутствовать все желающие. На этих встречах с сообщениями по актуальным вопросам медицинской психологии, психиатрии и психотерапии выступают сотрудники и аспиранты кафедры, а также известные врачи, психологи и другие специалисты.

Перспективы развития кафедры

Перспективным направлением своего развития кафедра считает интегративный подход в разработке и совершенствовании методов клинико-психологической диагностики и моделей индивидуальной, групповой и семейной психотерапии при нервно-психических расстройствах у детей, подростков и взрослых. На основе анализа этапов и парадигм развития психотерапии в целом и семейной психотерапии в частности Э.Г. Эйдемиллером установлено, что современный, пятый по счету этап, следует считать интегративным. Этот этап отражает соединение различных методов психотерапии, осуществляемое одновременно на теоретическом и эмпирическом уровнях благодаря схожести корректирующих (лечебных) механизмов, изложенных в теориях и подтвержденных на практике. Исходя из этого сформулирована первая задача настоящей темы НИР кафедры: интеграция идей психоанализа, психологии отношений, системного и нарративного подходов психотерапии.

Новые теоретические разработки сотрудников кафедры используются в учебном процессе на циклах ОУ и ТУ «Психотерапия детей подростков и взрослых», «Клиническая психология и психотерапия», «Современные методы семейной и групповой психотерапии».

Контакты

КАФЕДРА ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ, ПСИХОТЕРАПИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ: Санкт-Петербург, Заневский проспект, дом 1. Вход со двора, 6 подъезд, 3 этаж. Станции метро: Новочеркасская, Пл. Александра Невского

Тел.: (812) 303-50-93, e-mail: eidemiller_mapo@mail.ru

Интернет-сайт кафедры www.eidemiller-maps.ru

СЕВЕРО-ЗАПАДНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ И.И. МЕЧНИКОВА: 191015, Россия, г. Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д.41, Станция метро «Чернышевская»

Тел: (812) 303-50-00; факс: (812) 303-50-35

Интернет-сайт: www.szgmu.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. Эйдемиллер Э.Г., Никольская И.М. Кафедра детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Северо-Западного государственного университета имени И.И. Мечникова [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2012. – № 5 (16). – URL: <http://medpsy.ru> (25.09.2012).

**27 ИЮНЯ 2012 ГОДА КОНСТИТУЦИОННЫЙ СУД РФ
ПРОВОЗГЛАСИЛ ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПО ДЕЛУ О ПРОВЕРКЕ
КОНСТИТУЦИОННОСТИ ПУНКТОВ 1 И 2 СТАТЬИ 29, ПУНКТА 2
СТАТЬИ 31 И СТАТЬИ 32 ГРАЖДАНСКОГО КОДЕКСА РФ**

27 июня 2012 года Конституционный Суд РФ признал взаимосвязанные положения пункта 1 и 2 статьи 29, пункта 2 статьи 31 и статьи 32 ГК РФ не соответствующими Конституции РФ. При решении вопроса о признании гражданина недееспособным действующее правовое регулирование не предусматривает дифференциации последствий нарушения его психических функций. И, соответственно, не позволяет определить степень снижения способности понимать значения своих действий и руководить ими.

КС РФ обязал федерального законодателя внести изменения в действующий механизм защиты прав граждан, страдающих психическими расстройствами, которые позволяли бы учитывать степень нарушения способности таких граждан понимать значение своих действий или руководить ими.

Поводом к рассмотрению дела 4 июня 2012 года явилась жалоба гражданки Деловой Ирины Борисовны.

История вопроса

Ирина Делова (1964 г.р.) является инвалидом с детства и проживает в специализированном психоневрологическом интернате в Санкт-Петербурге. В 2010 году по заявлению интерната была признана судом недееспособной и лишена возможности самостоятельно распоряжаться своим имуществом, в частности, пенсией. При решении вопроса суд руководствовался действующим гражданским законодательством, которое предусматривает только полное лишение гражданина дееспособности в случае наличия у него психического расстройства. Опекуном заявительницы в настоящее время является администрация интерната.

Позиция заявителя

По мнению заявительницы, не допуская ограничение дееспособности, пропорционально степени психического расстройства гражданина, оспариваемые нормы ограничивают конституционные права и свободы этих граждан – лишают их возможности реализовать право на пользование и распоряжение своим имуществом, на неприкосновенность частной жизни. По мнению заявительницы, степень ее психического расстройства не угрожает правам и законным интересам других лиц, в целях защиты которых права и свободы человека могут быть ограничены федеральным законом. Поэтому, как полагает заявительница, оспариваемые нормы носят дискриминационный характер. Заявительница просит признать оспариваемые нормы не соответствующими статьям 19, 23, 35 и 55 (ч.3) Конституции РФ.

Позиция Суда

Конституция РФ провозглашает человека, его права и свободы высшей ценностью. Недопустимо какое бы то ни было их умаление, в том числе в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами.

Общий подход к осуществлению прав и свобод гражданами, страдающими психическими расстройствами, сформулированный в ряде международных актов, предполагает, что такие лица должны иметь возможность осуществлять все гражданские и политические права. Ограничения этих прав допускаются строго в соответствии с Конвенцией о защите прав человека и основных свобод и не

могут основываться на одном лишь факте наличия у лица психического заболевания.

В рекомендации Комитета Министров Совета Европы от 23 февраля 1999 года государствам предлагается, в частности, руководствоваться принципом максимального сохранения дееспособности. В ней также указывается, что меры защиты не должны быть автоматически связаны с полным лишением гражданской дееспособности, а там где это возможно, совершеннолетнее лицо должно иметь право заключать юридически действительные сделки повседневного характера.

Государство должно принять комплекс мер в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами, направленных на наиболее эффективную защиту их прав и законных интересов и позволяющих учитывать в каждом конкретном случае их индивидуальные особенности.

КС РФ подчеркнул, что действующее правовое регулирование, предусматривает либо признание гражданина, страдающего психическими расстройствами, недееспособным в полном объеме, либо дееспособным, что не исключает злоупотреблений и упрощенного подхода к принятию решений. О необходимости соблюдения в отношении недееспособных лиц принципов гуманизма, справедливости и юридического равенства КС РФ также высказывался в постановлении № 4-П от 27.02.2009.

Европейский Суд по правам человека в 2008 году обратил внимание Российской Федерации на нарушение статьи 8 Конвенции о защите прав человека и основных свобод, поскольку в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами, российское законодательство различает дееспособность и недееспособность без учета «пограничных» ситуаций и не предусматривает «дифференцированных последствий» (дело «Штукатуров против России»).

КС РФ признал взаимосвязанные положения пункта 1 и 2 статьи 29, пункта 2 статьи 31 и статьи 32 ГК РФ *не соответствующими Конституции РФ*, так как при решении вопроса о признании гражданина недееспособным действующая система правового регулирования не предусматривает дифференциации последствий нарушения его психических функций, что не позволяет определить степень снижения способности понимать значения своих действий и руководить ими.

КС РФ при этом подчеркнул, что сама по себе возможность признания гражданина недееспособным вследствие психического расстройства *не противоречит Конституции РФ*, так как направлена прежде всего на защиту его собственных прав и законных интересов.

Федеральному законодателю предписано до 1 января 2013 года внести изменения в действующий механизм защиты прав граждан, страдающих психическими расстройствами, которые позволяли бы суду учитывать степень нарушения способности таких граждан понимать значение своих действий или руководить ими.

Дело гражданки Деловой Ирины Борисовны должно быть пересмотрено с учетом данного постановления КС РФ.

***Председательствовал в процессе ЗОРЬКИН Валерий Дмитриевич
Судья-докладчик ЖИЛИН Геннадий Александрович***

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ПЕЧАТНЫХ РАБОТ,

присылаемых для публикации в журнале «Вопросы психического здоровья детей и подростков (Научно-практический журнал психиатрии, психологии, психотерапии и смежных дисциплин)»

1. Содержание работы должно соответствовать тематике журнала и его рубрикам. Журнал не публикует планы и проекты.

2. Статья набирается шрифтом Times New Roman, кегль 14, интервал 1,5 строки, поля 2 см сверху, снизу, слева, 1,5 см справа.

3. Графики, рисунки, диаграммы изображаются в черно-белом формате.

4. Объем работы: авторские статьи, лекции – до 14 стр., краткие сообщения – до 7 стр.; архивные материалы, обзоры литературы, методические материалы могут превышать 14 стр. (в этом случае они публикуются с разбивкой на несколько выпусков).

5. В начале каждого материала указываются авторы с полными инициалами, название работы, представляемые организации.

6. Полному тексту предшествуют резюме (1 абзац до 10 строк) и ключевые слова.

7. В конце статьи (после списка литературы) излагаются **на английском языке** авторы с полными инициалами, название работы, представляемые организации, резюме (1 абзац до 10 строк) и ключевые слова.

8. Все упоминаемые в статье авторы должны отражаться в пристатейном списке литературы.

9. Список литературы оформляется соответственно требованиям Государственного стандарта (см. «Вопросы психического здоровья детей и подростков», 2011 (11), № 2, с. 141).

10. Статьи, оформленные не в соответствии с указанными правилами, возвращаются авторам без рассмотрения.

11. Плата за публикацию статей с авторов не взимается.

12. Статьи, поступившие для публикации рецензируются.

13. При рецензировании строго соблюдается право автора на неразглашение до публикации содержащихся в статье сведений.

14. Редакция оставляет за собой право сокращать и исправлять статьи.